

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, INOVAÇÃO E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
– PROFEPT
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA

CAROLINA CASTELO BRANCO DE MELO

“Alma Mater”:
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO VIOLÊNCIA DE GÊNERO



João Pessoa – PB
2021

CAROLINA CASTELO BRANCO DE MELO

“*Alma Mater*”:
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO VIOLÊNCIA DE GÊNERO



DISSERTAÇÃO referente à pesquisa realizada no Mestrado Profissional em Educação Profissional e Tecnológica (ProfEPT), do Instituto Federal da Paraíba (IFPB), linha de pesquisa “Práticas Educativas em Educação Profissional e Tecnológica”, em cumprimento aos requisitos institucionais para a obtenção do título de **Mestre**.

Orientador: Prof. Dr. José Washington de Moraes Medeiros

João Pessoa – PB
2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca Nilo Peçanha do IFPB, *campus* João Pessoa.

M528a Melo, Carolina Castelo Branco de.

“Alma mater”: Violência obstétrica como violência de gênero /
Carolina Castelo Branco de Melo. – 2021.

275 f. : il.

Dissertação (Mestrado - Educação Profissional e Tecnológica)
- Instituto Federal de Educação da Paraíba / Programa de Pós-
Graduação em Educação Profissional e Tecnológica (PROFEPT),
2021.

Orientação : Prof. D.r José Washington de Morais Medeiros.

1. Violência obstétrica. 2. Violência de gênero. 3. Parentalidade.
4. Ensino médio-técnico integrado. 5. Ensino de biologia. I. Título.

CDU 316.48:612.63(043)

Lucrecia Camilo de Lima
Bibliotecária - CRB 15/132

CAROLINA CASTELO BRANCO DE MELO

**“Alma Mater”:
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO VIOLÊNCIA DE GÊNERO**



DISSERTAÇÃO referente à pesquisa realizada no Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Educação Profissional e Tecnológica (ProfEPT), do Instituto Federal da Paraíba (IFPB), linha de pesquisa “Práticas Educativas em Educação Profissional e Tecnológica”, em cumprimento aos requisitos institucionais para a obtenção do título de **Mestre**. Aprovada em 31/08/2021.

BANCA EXAMINADORA

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "José W. Medeiros".

Prof. Dr. José Washington Morais de Medeiros
Instituto Federal da Paraíba (ProfEPT/IFPB)
Orientador

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Gilcean Silva Alves".

Prof. Dr. Gilcean Silva Alves
Instituto Federal da Paraíba (ProfEPT/IFPB)
Examinador Interno

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Danielle Andrade Souza".

Profa. Dra. Danielle Andrade Souza
Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)
Examinadora Externa

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Lorena Carneiro de Macêdo".

Profa. Dra. Lorena Carneiro de Macêdo
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)
Examinadora Externa

CAROLINA CASTELO BRANCO DE MELO

Guia digital

Auto da barriguda: gravidez, parto humanizado e violência obstétrica



Produto educacional apresentado ao Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Educação Profissional e Tecnológica (ProfEPT), do Instituto Federal da Paraíba (IFPB), como parte dos requisitos institucionais para a obtenção do título de Mestre em Educação Profissional e Tecnológica. Aprovado em 31/08/2021.

BANCA EXAMINADORA

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "José W. Medeiros".

Prof. Dr. José Washington Morais de Medeiros
Instituto Federal da Paraíba (ProfEPT/IFPB)
Orientador

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Gilcean S. Alves".

Prof. Dr. Gilcean Silva Alves
Instituto Federal da Paraíba (ProfEPT/IFPB)
Examinador Interno

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Danielle A. Souza".

Profa. Dra. Danielle Andrade Souza
Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)
Examinadora Externa

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Lorena C. Macêdo".

Profa. Dra. Lorena Carneiro de Macêdo
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)
Examinadora Externa

*A Cecília e Luísa: minhas amorinhas,
minhas joias raras,
minhas filhas.*

AGRADECIMENTOS

Existe um provérbio africano que diz: “É preciso uma aldeia inteira para educar uma criança”. Tomei conhecimento de tal dito apenas após a minha primeira experiência de maternidade e parece que, só após o meu segundo momento de ser mãe, é que o ditado fez completo sentido, podendo se aplicar à produção do conhecimento científico. Isso quer dizer que o caminho percorrido até aqui só foi possível em virtude da colaboração de diversas pessoas dos meus ciclos de relacionamento. Gratidão a todas e todos. Eu cheguei até aqui não apenas por conta de minha força de vontade e trabalho diário, mas pela contribuição, carinho e incentivo de vocês. É verdade: ninguém faz nada sozinho/a!

Em primeiro lugar, dedico a presente produção científica às minhas filhas **Cecília e Luísa**, fonte de inspiração diária para melhorar como pessoa, a quem agradeço pela companhia diária e paciência com essa mãe que virou cientista.

Dentro do meu núcleo familiar, agradeço à minha mãe, **Marileide Castelo Branco de Melo**, por ser exemplo de inteligência, força, honestidade e resiliência, sempre investindo e incentivando o estudo formal das filhas e das/os netas/os. Minha gratidão eterna também a **Pollyanna Isbelo Melo**, professora da Escola Técnica de Artes da Universidade Federal de Alagoas, a quem agradeço em nome das demais irmãs e sobrinhas/os, por incentivar o mergulho no mundo intelectual desde minha infância, me fazendo sempre buscar além e, com seu talento de *designer*, por nunca ter medido esforços para me ajudar a melhorar a estética de meus trabalhos acadêmicos, desde a época da escola, passando pelas graduações de Letras e Direito e, agora, do Mestrado. Foi ela a pessoa que me apresentou ao ProfEPT, me incentivou a estudar para a prova de ingresso no programa e idealizou junto comigo o guia produzido em paralelo à dissertação, sendo a responsável pelo projeto gráfico, diagramação e ilustrações.

Minha gratidão ao meu orientador, Prof. Dr. **Washington Medeiros**, a quem louvo pela sapiência, bem como por ter mostrado, como professor do Mestrado, os caminhos para produzir a verdadeira ciência, agradecendo também pela paciência nos três anos de orientação, um longo caminho. Os desafios da produção científica foram por mim sentidos não apenas pelas limitações de tempo e concentração por ser mãe de duas crianças pequenas, mas também pelo fato de que eu não tinha tanta proximidade com a pesquisa, tanto por estar afastada por 10 anos da academia, como porque, desde a época da graduação, tinha mais afinidade com a extensão, ainda que não tenha oficialmente participado de nenhum projeto. Ainda assim, prof. Washington acreditou na minha vontade de fazer ciência e, mesmo com

algumas dificuldades e dissabores, me incentivou a sempre aumentar o nível de minha produção, me fazendo perceber minha capacidade técnica e intelectual.

Meu agradecimento também aos pais de minhas amorinhas: **Dario**, pai de Cecília, e **Jimmy**, pai de Luísa. Enquanto eles exercem com tanto carinho e responsabilidade a paternidade/paternagem, eu consigo ir além da maternidade/maternagem e buscar no estudo e na produção científica a comprovação do que leio e estudo desde 2015, quando de minha primeira gestação, ocasião em que descobri que existe uma Medicina Baseada em Evidências (científicas) que corrobora todas as práticas relacionadas ao parto e nascimento respeitosos. Eles que, ao lado das equipes de médicas obstetras e doulas/enfermeiras humanizadas, foram os acompanhantes dos meus partos, presenciando o nascimento das nossas filhas. A Jimmy também agradeço pelo apoio na parte relacionada à tecnologia da informação, pois me auxiliou a fazer procedimentos relacionados às ciências exatas da pesquisa e a entender alguns preceitos que tive dificuldade por sempre ter me dedicado mais às ciências humanas.

Meu agradecimento, ainda, à rede de apoio que sempre me ajudou com as meninas, o que me permitiu ter concentração e tranquilidade para produzir ciência: **Rita de Cássia**, que foi minha ajudante nos cuidados com Cecília e Luísa por tantos anos, a quem as meninas chamam carinhosamente de “Ritinha” ou “Teté”, mas que situações familiares alheias às nossas vontades fez com que a parceria não pudesse continuar por mais tempo, já que foi preciso o retorno dela à Paraíba; Dona **Lourdes**, avó de Cecília, e **França**, avó de Luísa, que exercem sua parentalidade com muito amor e dedicação, sobretudo após nosso retorno a Brasília, sobretudo quando ficou bem reduzida a possibilidade de ajuda eterna nesse tempo de pandemia; **Neide** e **Josi**, pelas ajudas semanais com a casa e com as meninas depois que Rita não teve mais como continuar conosco, para que esse trabalho pudesse ser concluído.

Agradeço, ainda, a todas as amigas da época da faculdade de Direito (as Lulus), em nome de **Paloma Diniz**, minha amiga, professora, servidora pública, comadre, mãe e incentivadora de cursos na área do parto e do nascimento, como a capacitação em violência obstétrica que fizemos juntas, doula pelo mesmo curso de formação que o meu – no qual hoje em dia ministra aulas, companheira de produção e publicações científicas, meu muito obrigada pela força e orientação de sempre! As raízes desse trabalho, cujas sementes foram plantadas na Barriguda do Centro de Ciências Jurídicas da Universidade da Paraíba, são hoje colhidas também por causa de vocês.

No âmbito acadêmico, meu agradecimento à pioneira turma de Mestrado do ProfEPT/IFPB, com quem dividi momentos memoráveis a cada 15 dias no nosso primeiro ano de aulas presenciais, pessoas carinhosas, colaborativas a quem tive o prazer e a sorte de

encontrar na caminhada. Em especial a **Kiarelli Agra**, nosso representante e um dos meus maiores incentivadores; **Jonas Marques**, companheiro de viagens a João Pessoa; **Débora Lins**, que dividiu comigo a orientação do prof. Washington e abriu os caminhos dos nossos estudos de gênero com maestria.

Agradeço também às amigas que fiz nos meus anos de retorno à Paraíba, do nosso grupo Feminino, surpresas boas que a maternidade trouxe, em nome de **Janaína Coutinho**, mãe, mestre, professora, revisora linguística e exemplo de inteligência, perseverança e foco, que ensina todo dia sobre o poder da solidariedade e da organização.

Meu agradecimento também às mulheres da roda Amor d'Doula, da cidade de Patos/PB, na pessoa de **Itaiany Brito**, doula incansável na defesa do atendimento respeitoso, que me trouxeram para perto da realidade obstétrica do sertão paraibano e também me permitiram exercer o ofício da doulagem pós-parto.

Agradeço também às amigas feitas e intensificadas por meio da roda Germinar, em Campina Grande/PB, que me ajudaram a vivenciar a maternidade e conhecer o panorama obstétrico na Rainha da Borborema, especialmente as pessoas de **Andressa Ribeiro, Vanessa Souza, Clara Rodrigues, Luciana Maia, Daniele Rodrigues** e **Aline Nunes**.

Meu agradecimento, ainda, às amigas do grupo Maternidade Ativa, que me acolheram no meu segundo puerpério, já de volta a Brasília. Essa amizade começou virtualmente, mas foi um porto seguro em tempos difíceis de pandemia. Muito obrigada, especialmente a **Michele Gomes** e **Ana Paula Miranda**, mães, doulas e cientistas que colaboraram ativamente na presente produção científica.

Às minhas amigas da Associação de Doulas da Paraíba, com quem tive o prazer de conviver como gestão entre 2018-2019 e como parte do projeto Educa!Doula em 2020, que me tirou do mergulho na rotina pesada da pandemia: meu agradecimento especial a **Bruna, Amanara, Ana Lúcia, Hayanne, Thayana, Sandra** e **Karla**, por me mostrarem o melhor que João Pessoa tem a oferecer às mulheres paraibanas.

Por fim, agradeço às amigas e amigos que o Ministério Público da União colocou no meu caminho, por sempre torcerem e acreditarem no meu potencial, bem como pela amizade irrestrita, mesmo em tempos adversos: **Melissa, Vânia, Luciana, Gabriela, Camila, Devapi, Lucas, Vinícius** – MPDFT, **Inácia, Joama, Danielle, Rafaelly, Juliana, Penha** – MPF/PB. Da mesma forma, às minhas recentes chefias do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios, por sempre atenderem aos meus requerimentos como servidora, ajudando, direta ou indiretamente, na conclusão do presente trabalho: Dr. **Evandro**, Dra. **Rose** e Dra. **Alessandra**.

“Nunca se esqueça de que basta uma crise política, econômica ou religiosa para que os direitos das mulheres sejam questionados. Esses direitos não são permanentes. Você terá que manter-se vigilante durante toda a sua vida”.
(Simone de Beauvoir)

RESUMO

A violência obstétrica consiste em espécie de violência de gênero e se define como aquela praticada contra a mulher e a pessoa com sistema reprodutor feminino, por equipes de saúde, em instituições públicas ou privadas, por meio de manipulação do processo reprodutivo, podendo ocorrer durante a gestação, o parto, o pós-parto, em situações de abortamento e, ainda, envolvendo questões relativas ao uso de contraceptivos. Assim, o que deveria ser um momento de respeito acaba se transformando em uma ocasião marcada por procedimentos desnecessários, ofensas verbais e até mesmo lesões corporais de grande importância, podendo chegar ao extremo de causar a morte. Esta pesquisa objetivou investigar a violência obstétrica como violência de gênero a partir da concepção de estudantes e docentes do Ensino Médio Técnico-integrado do Instituto Federal da Paraíba (IFPB). Em termos metodológicos, trata-se de pesquisa aplicada, com abordagem primordialmente qualitativa, realizada nas modalidades descritiva, documental e exploratória. Na presente investigação, o universo delineado correspondeu aos/as discentes do Ensino Médio Técnico-integrado do IFPB, assim como aos/as docentes de Biologia da referida instituição federal, cuja amostra foi escolhida por meio de amostragem não probabilística aleatória, por acessibilidade, sendo delimitada por 77 discentes e 13 docentes de Biologia do Ensino Médio Técnico-integrado de todos os *campi* do IFPB que responderam voluntariamente ao chamamento de participação na pesquisa. Para análise de conteúdo dos resultados, foram selecionadas e classificadas categorias, subcategorias e unidades de sentido, com base em Laville e Dionne (1999). Os resultados constataram, em suma: o IFPB não tem uma política própria de mapeamento e controle relativo à ocorrência de gravidezes em geral, inclusive na adolescência; a maioria dos/as estudantes e dos/as professores/as de Biologia do Ensino Médio Técnico-integrado do IFPB relaciona violência obstétrica à violência de gênero; não foi constatada ocorrência de violência obstétrica sofrida por discentes ou docentes gestantes e/ou mães do Ensino Médio Técnico-integrado; o conteúdo sobre gênero, sexualidade e reprodução na Base Nacional Curricular Comum relativa à Biologia do Ensino Médio Integrado demonstrou um quase silenciamento de tais temáticas no teor da BNCC. Verificou-se, portanto, que o objetivo geral da pesquisa foi cumprido, considerando-se que a investigação apresentou resolução à questão de pesquisa que propôs, isto é, demonstrar como a violência obstétrica alude à violência de gênero no contexto do Ensino Médio Integrado do IFPB. Necessário, então, continuar as investigações e divulgações da temática no âmbito escolar, com a finalidade de entender melhor e prevenir tais fenômenos. Além disso, foi desenvolvido um guia digital como produto educacional decorrente da pesquisa, no intuito de contribuir para a prevenção da violência obstétrica, já que se observa que quanto mais informação a respeito, maior a possibilidade de ser exercido o direito de escolha informada direcionado às mulheres e demais pessoas que podem gestar, sobretudo no cenário do parto e do nascimento. Nesse diapasão, revelou-se sobremaneira oportuna não só a pesquisa, mas o desenvolvimento do referido produto educacional sobre a temática da violência obstétrica como violência de gênero.

Palavras-chave: Violência obstétrica; Violência de gênero; Parentalidade; Ensino Médio Técnico-integrado; Ensino de Biologia.

ABSTRACT

Obstetric violence is a kind of gender-based violence and is defined as that practiced against women and people with a female reproductive system, by health teams, in public or private institutions, through manipulation of the reproductive process, which may occur during the pregnancy, childbirth, postpartum, in situations of abortion and also involving issues related to the use of contraceptives. Thus, what should have been a moment of respect ends up becoming an occasion marked by unnecessary procedures, verbal offenses and even major bodily injuries, which can even go so far as to cause death. This research aimed to investigate obstetric violence as gender violence from the perspective of students and teachers of Instituto Federal da Paraíba (IFPB). In methodological terms, this is an applied research, with a primarily qualitative approach, carried out in descriptive, documentary and exploratory modalities. In the present investigation, the universe outlined corresponded to the students of the IFPB's Integrated Technical High School, as well as to the Biology teachers of the aforementioned federal institution, whose sample was chosen through non-probabilistic random sampling, for accessibility, being delimited by 77 students and 13 Biology professors from the Technical-integrated High School from all the IFPB campuses who voluntarily responded to the call to participate in the research. For content analysis of the results, categories, subcategories and units of meaning were selected and classified, based on Laville and Dionne (1999). The results found, in short, were: the IFPB does not have its own mapping and control policy regarding the occurrence of pregnancies in general, including in adolescence; most students and teachers of Biology at the IFPB's Technical-integrated High School relate obstetric violence to gender violence; there was no occurrence of obstetric violence suffered by pregnant students or teachers and/or mothers from the Integrated Technical High School; the content on gender, sexuality and reproduction in the Common National Curriculum Base on Integrated Secondary Education Biology demonstrated an almost silencing of such themes in the content of the BNCC. It was verified, therefore, that the general objective of the research was fulfilled, considering that the investigation presented a resolution to the research question it proposed, that is, to demonstrate how obstetric violence alludes to gender violence in the context of Integrated High School of IFPB. So, it is necessary to continue the investigations and dissemination of the theme in the school environment, in order to better understand and prevent such phenomenon. In addition, a digital guide was developed as an educational product resulting from the research, in order to contribute to the prevention of obstetric violence, since it is observed that the more information about it, the greater the possibility of exercising the right to informed choice directed at women and other people who can get pregnant, especially in the setting of childbirth and birth. In this vein, not only the research, but the development of the aforementioned educational product on the subject of obstetric violence as gender violence proved to be extremely timely.

Keywords: Obstetric violence; Gender violence; Parenting; Integrated Technical High School; Biology teaching.

LISTA DE FIGURAS

- FIGURA 1** – Capa da cartilha “Conversando sobre VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA”, da Defensoria Pública de São Paulo
- FIGURA 2** – Capa da cartilha “Gestação, parto e puerpério: conheça seus direitos!”, da Defensoria Pública do Rio de Janeiro
- FIGURA 3** – Capa da cartilha “Violência obstétrica: cartilha de orientação e apoio para mulheres”, do Governo do Estado da Paraíba
- FIGURA 4** – Ilustração contida no cordel “O DIA EM QUE O SUS VISITOU O CIDADÃO”
- FIGURA 5** – Ilustração contida no cordel “Rede Cegonha”
- FIGURA 6** – Categorias empíricas docentes sobre a concepção de “violência obstétrica”
- FIGURA 7** – Categorias empíricas sobre como docentes conheceram a expressão “violência obstétrica”
- FIGURA 8** – Categorias empíricas que emergiram nos relatos docentes sobre “violência obstétrica”
- FIGURA 9** – Categorias empíricas docentes sobre a relação entre “violência obstétrica” e “violência de gênero”
- FIGURA 10** – Categorias empíricas sobre as expectativas docentes em relação à noção que discentes teriam sobre “violência obstétrica”
- FIGURA 11** – Categorias empíricas sobre as expectativas docentes de discentes relacionarem “violência obstétrica” a “violência de gênero”
- FIGURA 12** – Categorias empíricas sobre a avaliação docente dos recursos didático-pedagógicos para socializar o conteúdo “reprodução humana”
- FIGURA 13** – Categorias empíricas sobre a necessidade de o currículo e o conteúdo do Ensino Médio Técnico-integrado abordarem a temática “violência obstétrica”
- FIGURA 14** – Categorias empíricas docentes sobre a necessidade de o currículo de ensino de Biologia abordar “violência de gênero”
- FIGURA 15** – Categorias empíricas sobre as políticas institucionais de assistência às adolescentes grávidas no IFPB
- FIGURA 16** – Interrelação dos eixos principais desvelados como categorias empíricas nas narrativas docentes
- FIGURA 17** – Capa da revista *Scientific American* Brasil (Outubro/2017)

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Categorias, subcategorias e unidade de sentido da pesquisa

QUADRO 2 – Categorias, subcategorias e unidade de sentido da análise e interpretação dos dados da pesquisa

QUADRO 3 – Proposta de produção do produto educacional

QUADRO 4 – Estudantes que se tornaram mães entre 2018 e 2020, nos diversos *campi* do IFPB, com base nas informações disponibilizadas pela instituição.

QUADRO 5 – Concepção sobre violência obstétrica, na perspectiva dos sujeitos docentes de Biologia do IFPB

QUADRO 6 – Como os/as docentes de Biologia do IFPB tomaram conhecimento da expressão “violência obstétrica”

QUADRO 7 – Relatos de violência obstétrica na perspectiva dos sujeitos

QUADRO 8 – Relação entre “violência obstétrica” e “violência de gênero”, de acordo com os/as sujeitos docentes

QUADRO 9 – Expectativas dos sujeitos docentes quanto à noção de “violência obstétrica” por parte dos/das discentes do IFPB

QUADRO 10 – Expectativas dos sujeitos docentes quanto à correlação entre “violência obstétrica” e “violência de gênero” por parte dos/das discentes do IFPB

QUADRO 11 – Justificativas dos sujeitos docentes sobre a avaliação a respeito dos recursos didático-pedagógicos para conduzir o ensino de “reprodução humana”, em Biologia

QUADRO 12 – Justificativas docentes quanto à necessidade de o currículo e o conteúdo do Ensino Médio Técnico-integrado abordarem a temática “violência obstétrica”

QUADRO 13 – Justificativas docentes quanto à necessidade de o currículo e o conteúdo do Ensino Médio Técnico-integrado abordarem a temática “violência de gênero”

QUADRO 14 – Justificativas docentes quanto às políticas institucionais de assistência às adolescentes grávidas do Ensino Médio da Rede Federal de Ensino, especificamente o IFPB

QUADRO 15 – Demais considerações dos sujeitos docentes

QUADRO 16 – Justificativas discentes quanto ao uso (ou não) de métodos contraceptivos

QUADRO 17 – Justificativas quanto ao tipo de parto que a discente escolheria

QUADRO 18 – Justificativas quanto ao tipo de parto que o discente entende como melhor escolha

QUADRO 19 – Compreensão discente sobre “violência obstétrica”

QUADRO 20 – Como o/a discente tomou conhecimento do termo “violência obstétrica”

QUADRO 21 – Sobre o fato de o/a discente conhecer alguma vítima de “violência obstétrica”

QUADRO 22 – Concepção discente a respeito de “violência de gênero”

QUADRO 23 – Forma como os/as discentes entendem a “violência de gênero”

QUADRO 24 – Justificativas discentes quanto à correlação entre “violência obstétrica” e “violência de gênero”

QUADRO 25 – Ficha técnica do produto educacional (PE)

QUADRO 26 – Justificativas dos/as avaliadores/as sobre indicação do produto educacional

QUADRO 27 – Justificativas dos/as avaliadores/as sobre utilização do produto educacional em sua atuação profissional

QUADRO 28 – Observações críticas e/ou sugestões acerca do tema “gravidez e parto humanizado”

QUADRO 29 – Observações críticas e/ou sugestões acerca de “gênero e parentalidade”

QUADRO 30 – Observações, críticas e/ou sugestões acerca de “violência obstétrica”

QUADRO 31 – Esquematização dos signos e significados da pesquisa desenvolvida

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Sujeitos docentes, quanto ao gênero

GRÁFICO 2 – Tempo de atuação como docente de Biologia

GRÁFICO 3 – Tempo de atuação como docente de Biologia na Rede Federal de Ensino

GRÁFICO 4 – Estado civil dos sujeitos docentes

GRÁFICO 5 – Docentes, quanto a ter filho(s)/a(s)

GRÁFICO 6 – Quanto à experiência de ter alunas grávidas em sala de aula

GRÁFICO 7 – Quanto à repetição da experiência de ter alunas grávidas em sala ao longo da carreira

GRÁFICO 8 – Docentes que já ouviram falar na expressão “violência obstétrica”

GRÁFICO 9 – Sobre o conhecimento docente referente à expressão “violência obstétrica”

GRÁFICO 10 – Docentes que conhecem alguém que já foi vítima de violência obstétrica

GRÁFICO 11 – Percepção docente quanto à fase em que é possível sofrer violência obstétrica

GRÁFICO 12 – Possibilidade de os/as docentes considerarem violência obstétrica como violência de gênero

GRÁFICO 13 – Percepção docente sobre o entendimento discente a respeito de violência obstétrica

GRÁFICO 14 – Percepção dos/das docentes sobre como os/as discentes relacionariam violência obstétrica à violência de gênero

GRÁFICO 15 – Avaliação docente a respeito dos recursos didático-pedagógicos serem suficientes para conduzir o ensino sobre “reprodução humana” e suas especificidades

GRÁFICO 16 – Sobre a necessidade de o conteúdo de Biologia abordar “violência de gênero”

GRÁFICO 17 – Avaliação dos/das docentes em relação às políticas institucionais relativas à Rede Federal de Ensino e, especificamente, referentes ao IFPB, serem suficientes para assistir adolescentes grávidas no Ensino Médio

GRÁFICO 18 – Sujeitos discentes, quanto ao gênero

GRÁFICO 19 – Sujeitos discentes, quanto ao curso

GRÁFICO 20 – Sujeitos discentes, quanto ao campus

GRÁFICO 21 – Sujeitos discentes, quanto à fase do curso.

GRÁFICO 22 – Estado civil dos sujeitos discentes

GRÁFICO 23 – Discentes, quanto a ter filho(s)/a(s)

GRÁFICO 24 – Discentes que estão namorando

GRÁFICO 25 – Discentes, quanto à vida sexual ativa

- GRÁFICO 26** – Discentes, quanto ao uso de contraceptivos
- GRÁFICO 27** – Discentes, quanto à convivência com colegas grávidas
- GRÁFICO 28** – Discentes, quanto à convivência com colegas que iriam ser pais
- GRÁFICO 29** – Discentes, quanto à convivência com colegas que eram pais
- GRÁFICO 30** – Discentes, quanto a conhecerem alguma aluna grávida e/ou mãe
- GRÁFICO 31** – Quanto ao tipo de parto que a discente escolheria
- GRÁFICO 32** – Quanto ao tipo de parto que o discente entende como melhor escolha
- GRÁFICO 33** – Discentes que ouviram falar na expressão “parto humanizado ou respeitoso”
- GRÁFICO 34** – Discentes que sabem o que significa “doula”
- GRÁFICO 35** – Discentes que já ouviram falar na expressão “violência obstétrica”
- GRÁFICO 36** – Discentes que sabem o que significa a expressão “violência obstétrica”
- GRÁFICO 37** – Discentes que conhecem alguém que foi vítima de “violência obstétrica”
- GRÁFICO 38** – Discentes que afirmaram ter havido discussão sobre “violência obstétrica” em algum componente curricular
- GRÁFICO 39** – Percepção discente quanto à fase em que pode ocorrer “violência obstétrica”
- GRÁFICO 40** – Discentes, quanto a saber o que significa “violência de gênero”
- GRÁFICO 41** – Quanto à possibilidade de considerar “violência obstétrica” como “violência de gênero”
- GRÁFICO 42** – Avaliações quanto à estética e à organização do produto educacional
- GRÁFICO 43** – Avaliações quanto à composição do produto educacional
- GRÁFICO 44** – Avaliações quanto ao estilo de escrita apresentado
- GRÁFICO 45** – Avaliações quanto às propostas didáticas apresentadas no produto educacional
- GRÁFICO 46** – Avaliações quanto à criticidade suscitada pelo do produto educacional
- GRÁFICO 47** – Quanto à indicação do produto educacional
- GRÁFICO 48** – Quanto à utilização do produto educacional em sua atuação profissional

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANAJUR – Associação Nacional dos Membros das Carreiras da Advocacia-Geral da União

BNCC – Base Nacional Comum Curricular

CEDAW – *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women*
(Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher)

EPT – Ensino Profissional e Tecnológico

IFPB – INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA
PARAÍBA ou INSTITUTO FEDERAL DA PARAÍBA

LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional

MBE – Medicina Baseada em Evidências

MEC – Ministério da Educação e Cultura

MS – Ministério da Saúde

PROFEPT – Programa de Pós-Graduação em Educação Profissional e Tecnológica

PB – Paraíba

PE – Produto Educacional

PL – Projeto de lei

PNE – Plano Nacional de Educação

PSL – Partido Social Liberal

PT – Partido dos Trabalhadores

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não Governamental

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

STF – Supremo Tribunal Federal

STJ – Superior Tribunal de Justiça

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	“DO FATO AO FETO”: A CONCEPÇÃO.....	9
1.1	ESTADO DA ARTE DO PROBLEMA DE PESQUISA.....	13
1.2	OBJETIVOS.....	16
1.2.1	Objetivo Geral.....	17
1.2.2	Objetivos Específicos.....	17
2	METODOLOGIA DA PESQUISA.....	18
2.1	CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	18
2.1.1	Quanto à classificação.....	18
2.1.2	Quanto à abordagem.....	19
2.1.3	Quanto à tipologia da pesquisa.....	19
2.2	LÓCUS E SUJEITOS DA PESQUISA.....	20
2.2.1	O campo empírico da investigação.....	21
2.2.2	Universo, amostragem e amostra.....	21
2.3	COLETA E PERSPECTIVA DE INTERPRETAÇÃO DE DADOS.....	23
2.3.1	Modelo misto de organização de categorias.....	23
2.3.2	Perspectiva de análise e interpretação dos dados.....	25
2.4	Esboço do produto educacional: do planejamento à ação no ensino.....	27
3	A EPISTEME DO FEMINISMO COMO SABER SUBALTERNO.....	37
3.1	(R)EVOLUÇÃO DO FEMININO: SER/ESTAR MULHER.....	37
3.2	A PROPÓSITO DE GÊNERO: (SUB)VERSÃO INCONTIDA.....	39
3.3	SOMOS DIFERENTES SIM!	41
4	MATRESCÊNCIA: A TRANSIÇÃO DO “SER MULHER” PARA O “SER MÃE”	44
4.1	DIREITOS DO NASCITURO.....	45
4.2	PARTO RESPEITOSO: GARANTIA DE DIREITOS HUMANOS.....	46
4.3	DORES DO/NO PARTO NO BRASIL: (SUS)TO PARA QUEM?.....	51
4.4	À CUSTA DE QUE(M)? REGIMES DA OBSTETRÍCIA.....	53
4.5	A CONTRA-HEGEMONIA: (SUB)VERSÕES DO VERBO “DOULAR”.....	55
4.6	DOULAGEM E PARTO HUMANIZADO.....	57
4.6.1	Humanização versus Tradição.....	57
5	GÊNERO, PARENTALIDADE E EDUCAÇÃO: A DIFERENÇA COMO FATOR DE TRANS-FORMAÇÃO.....	62
5.1	APRENDIZADO PELAS DIFERENÇAS.....	63
5.2	(CON)FUSÕES NA ADOLESCÊNCIA: A <i>MENINA-MÃE</i> NO ENSINO MÉDIO.....	65
5.3	GÊNERO, SEXUALIDADE E GRAVIDEZ: DIRETRIZES DO PLANO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (PNE).....	67
5.4	GÊNERO, SEXUALIDADE E GRAVIDEZ: ARCABOUÇOS DA BASE NACIONAL CURRICULAR COMUM (BNCC).....	68
6	VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO VIOLÊNCIA DE GÊNERO: APORTANDO NO ENSINO MÉDIO TÉCNICO-INTEGRADO DO INSTITUTO FEDERAL DA PARAÍBA – IFPB.....	70
6.1	SITUAÇÕES DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA EM ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO TÉCNICO-INTEGRADO.....	71
6.2	A CONCEPÇÃO DOS/AS PROFESSORES/AS DE BIOLOGIA DO ENSINO	

	MÉDIO TÉCNICO-INTEGRADO SOBRE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E SUAS RELAÇÕES COM A VIOLÊNCIA DE GÊNERO.....	76
6.2.1	Perfil do sujeito docente na área de Biologia do IFPB.....	76
6.2.2	Especificidades da compreensão docente sobre “violência obstétrica” e “violência de gênero”.....	81
6.3	A COMPREENSÃO DOS/AS ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO TÉCNICO-INTEGRADO SOBRE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E SUAS RELAÇÕES COM A VIOLÊNCIA DE GÊNERO.....	127
6.3.1	Perfil do sujeito discente do Ensino Médio Técnico-integrado do IFPB.....	128
6.3.2	Especificidades da compreensão discente sobre “violência obstétrica” e “violência de gênero”.....	152
6.4	AUTO DA BARRIGUDA: GRAVIDEZ, PARTO HUMANIZADO E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	173
6.4.1	Informações técnica sobre o produto educacional.....	174
6.4.2	Da estética visual ao enredo conteudístico: íntegra do “Auto da barriguda” como produto educacional.....	176
6.4.3	Apreciação do produto educacional sob a avaliação do comitê <i>ad hoc</i>.....	202
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	213
	REFERÊNCIAS.....	222
	APÊNDICE A: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – DOCENTES DE BIOLOGIA DO IFPB.....	235
	APÊNDICE B: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – DISCENTES DO ENSINO MÉDIO TÉCNICO-INTEGRADO DO IFPB.....	239
	APÊNDICE C: TERMO DE ASSENTIMENTO.....	244
	APÊNDICE D: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (MAIORES DE IDADE).....	246
	APÊNDICE E: FICHA DE AVALIAÇÃO DO PRODUTO EDUCACIONAL.....	248
	ANEXO A: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEB.....	255
	ANEXO B: RESPOSTAS DO IFPB AOS PEDIDOS FEITOS COM BASE NA LEI DE ACESSO À INFORMAÇÃO REFERENTE AOS DADOS ALUSIVOS A ESTUDANTES GRÁVIDAS.....	260

1 “DO FATO AO FETO”: A CONCEPÇÃO

Em pleno Século XXI, mesmo diante da evolução científico-tecnológica que marca a fase atual da sociedade informacional (em rede) e do conhecimento, a “violência obstétrica” é um fenômeno insistente, recorrente e intransigente no Brasil.

Sem sombra de dúvidas, trata-se de um problema histórico que incrusta no tecido social marcas culturais profundas, o qual se expressa e incide sobre diversos aspectos, dentre os quais: *a*) viola os fundamentos da dignidade da pessoa (a mãe) e dos direitos humanos: o direito de nascer (o/a bebê); *b*) manifesta-se a partir da condição da feminilidade diante do patriarcado, considerando que a mulher tem sido, historicamente, sujeitada por múltiplas formas de violência que banalizam, cotidianamente, as “convulsões” que representam e disseminam o papel da mulher na sociedade, notadamente no Ocidente.

Posto assim, segundo Magalhães (2013), membro da Associação Nacional dos Membros das Carreiras da Advocacia-Geral da União (ANAJUR), o direito de nascer (*a*) sofre de uma crise mundial, sobretudo a partir da polêmica instaurada em relação à legalização do aborto pelo Estado. Embora não seja objetivo deste estudo trilhar tal reflexão, viceja a compreensão de que a violência obstétrica (*b*) também se relaciona com o direito de nascer e, diretamente, põe em risco duas vidas (mãe e filho/a), mas a ênfase da pesquisa recai sobre o fato de que *a violência obstétrica é uma violência de gênero*, sofrida pela mulher quando do processo gestacional até a ação de parir, incluindo o puerpério.

Nesse sentido, em termos práticos, podemos entender violência obstétrica como aquela praticada contra a mulher por equipes de saúde, em instituições públicas ou privadas, por meio de manipulação do processo reprodutivo (SANTOS; SOUZA, 2015). Isso quer dizer que esse tipo de violência pode ocorrer durante a gestação, o parto, o pós-parto, em situações de abortamento e, ainda, envolver questões relativas ao uso de contraceptivos. Assim, é possível entender que consiste em uma violência de gênero porque é praticada contra a pessoa que possui sistema reprodutor feminino, conforme gênero designado quando de seu nascimento, por ocasião de seu ciclo gravídico-puerperal (BARBOSA *et. al.*, 2017).

Em tal contexto, tem-se que os direitos sexuais e reprodutivos são um assunto de interesse social, pois nada mais natural do que engravidar, parir e cuidar de um recém-nascido, ou, até mesmo, os casos de abortamento, que por mais dolorosos que sejam, também fazem parte das situações que podem ocorrer ao longo da vida das mulheres e de suas famílias. Além disso, há de se considerar, também, as questões relativas ao acesso e uso de contraceptivos por tais pessoas.

Por outro lado, apesar de serem processos naturais dos seres humanos, o que se observa no cotidiano são relatos de gestação e de parto que mais parecem, muitas vezes, narrativas de terror. Assim, o que deveria ser um momento de respeito acaba se transformando em uma ocasião marcada por procedimentos desnecessários, ofensas verbais e, até mesmo, lesões corporais de grandes proporções. Desta feita, foi a esse conjunto de condutas inadequadas na gestação, parto e pós-parto que se denominou de violência obstétrica, cuja ocorrência demonstra-se estar baseada num modelo de obstetrícia que pretende mostrar o parto como sendo uma patologia, e não um evento natural familiar (SÃO PAULO, 2015).

Assim como interessa à sociedade discutir esse tema, é evidente que tal problemática preocupa educadores/as, posto que já durante a adolescência tem início a vida sexual e, por vezes, a reprodutiva. Atualmente, a estrutura curricular brasileira traz a Biologia como componente das Ciências Naturais e suas Tecnologias, no âmbito da qual pode ser discutida a questão da sexualidade e da reprodução (BRASIL, 2018b).

Importante, ainda, discutir em que medida a violência obstétrica consiste em violência de gênero, já que a pessoa que deveria ser protagonista do seu parto sofre tal violência baseada na sua vulnerabilidade enquanto sujeito de um sistema desigual e baseado no patriarcado (MARIANI; NASCIMENTO NETO, 2016), que, por sua vez, nada mais é do que um sistema de dominação das mulheres pelos homens (MORGANTE; NADER, 2014).

Nesses termos, esta pesquisa objetiva *investigar a violência obstétrica como violência de gênero, no cenário do Ensino Médio Técnico-integrado*.

A ideia para a realização desse estudo partiu da própria experiência da autora, que, como mãe, teve duas experiências de parto respeitosos na cidade de Brasília/DF, em 2016 e 2019, respectivamente.

Além do mais, em 2017, durante estágios realizados para conclusão de cursos de formação de doula, a autora teve acesso a uma realidade completamente diferente, presenciando violências a mulheres em maternidades públicas dos municípios de João Pessoa e Campina Grande, bem como ouvindo relatos de mulheres em roda de gestantes do município de Patos, Paraíba, as quais também mencionavam a ocorrência de violências cometidas na maternidade de tal cidade paraibana. Explicando:

Doula é uma assistente, com ou sem formação na área de saúde, mas devidamente capacitada em cursos de formação, que dá suporte físico e emocional à grávida até os primeiros dias de vida do bebê. A palavra vem do grego “mulher que serve” e a presença deste agente se deve ao movimento

de humanização da obstetrícia, tornando-a inclusive menos impessoal (FARIAS; MELO, 2017, n.p.).

Segundo Fadyinha (2011), considerada a primeira doula do Brasil, seu trabalho como *acompanhante de partos* começou em 1978, ainda voluntariamente, passando a cobrar pelo serviço apenas algum tempo depois. Conta ela em seu livro:

No início da década de 90, quando acompanhava uma aluna em trabalho de parto, o Dr. Fernando Estellita Lins virou-se para mim e disse: ‘Fadyinha, você é uma doula!’. Levei um susto, achei que ele estava brincando comigo. E lhe disse: ‘É? Mas o que é uma doula?’. Foi quando ele me explicou que havia lido um artigo no qual informava que este era o nome dado à mulher que acompanhava partos, dando apoio à gestante. A partir desse dia, em todos os partos que participei junto a este saudoso médico, ele repetia para todos da equipe: ‘A Fadyinha é uma doula!’. Foi então que passei a utilizar este nome para designar meu trabalho. (FADYNHA, 2011, p. 12).

Pessoalmente, como mulher, como mãe, como doula, e como servidora do Ministério Público da União, acredita a autora ser imprescindível que as informações mais atualizadas a respeito do parto e do nascimento cheguem o mais cedo possível às mulheres e aos homens em idade reprodutiva, a fim de prevenir a ocorrência de violências não só contra a pessoa que gesta, mas também contra a pessoa recém-nascida.

Ademais, mostra-se pertinente a discussão acerca da violência obstétrica, no intuito de trazer reflexões a discentes e docentes, sobretudo no contexto do Ensino Médio Técnico-integrado, sobre as condutas das equipes de saúde que estão (ou não) alicerçadas no que se chama de Medicina Baseada em Evidências:

A Medicina Baseada em Evidências (MBE) é um movimento internacional criado na segunda metade da década de 1980 e em poucos anos se estendeu ao mundo inteiro. Nasce do reconhecimento de que boa parte da prática médica não é respaldada por estudos de qualidade sobre a segurança e a eficácia dos procedimentos utilizados, quer sejam os medicamentos, os exames, as cirurgias, entre outros. [...]. Verificou-se que a medicina se baseia em muitos tipos de pesquisa tendenciosos (chamados de viés pelos cientistas) que às vezes favorecem práticas inúteis, arriscadas ou danosas. Com isso foi organizada uma iniciativa internacional para sistematizar o conhecimento científico “menos tendencioso” a respeito de cada procedimento médico, por especialidade (DINIZ; DUARTE, 2004, p. 13).

Por fim, o objeto de pesquisa importa para a sociedade, pois o gestar, parir e maternar podem ocorrer a qualquer momento, em todas as famílias, de modo que se mostra oportuno a qualquer ser humano.

A gestação é uma experiência transformadora na vida de uma família, seja a gravidez planejada ou não. O corpo designado como feminino ao nascer tem seu desenvolvimento voltado para gestar e parir, sendo o caminho biológico traçado pela natureza. Descobrir-se grávida é onde tudo parece começar para a maioria das pessoas que gestam e, mesmo as que se preparam para engravidar, seja física e/ou emocionalmente, podem se deparar com eventos totalmente diversos do esperado, considerando-se a singularidade desse processo.

Por outro lado, apesar de ser biologicamente preparada, com exceção das pessoas com dificuldades de reprodução, o lugar social da mulher moderna acabou afastando-a da naturalidade que envolve a questão do materno, além de lhe permitir escolher não querer ser mãe, o que não exclui o fato de que, tendo capacidade reprodutiva, qualquer pessoa com útero pode vir a passar por uma gestação e, conseqüentemente, pelo parto, seja por escolha, seja pela falha de algum método contraceptivo, ou mesmo por ter sido vítima de alguma violência sexual.

Em todas as hipóteses levantadas, o mais comum é que todo ser humano tenha alguma experiência com gestação e parto, seja do/a próprio/a filho/a, da/o companheira/o, de um familiar, de uma personalidade famosa, até mesmo de personagens fictícios de livros, filmes ou telenovelas.

A expressão latina “*alma mater*”, que intitula o trabalho, designa a compreensão segundo a qual é a mãe o arquétipo da “grande deusa”, a representação que fertiliza e que frutifica a vida por intermédio do espírito da maternidade. A mãe é, pois, a que cuida, alimenta ou nutre. Seja na Roma Antiga, no Cristianismo Medieval (com a imagem da Virgem Maria) ou no mundo dos trovadores da Idade Média, “*alma mater*” perpassa pelo mesmo significado, cujas distinções aludem à mulher e ao fruto de seu ventre (o útero) como uma das maiores distinções que originam a correlação entre a feminilidade e a divindade, através da reprodução da vida.

Por outro lado, não se pode deixar de levar em consideração que não apenas as mulheres cisgênero podem engravidar, sendo uma realidade comum, em pleno avanço do Século XXI, que homens transgênero tenham escolhido passar pela experiência gestacional. Ademais, casais com orientação sexual homoafetiva também escolham ser mães e/ou pais, de modo que o conceito de maternidade e paternidade sendo substituído pelo exercício da parentalidade, fenômeno previsto na Constituição Federal (BRASIL, 1988) e corroborado com a promulgação da versão mais recente do Código Civil (BRASIL, 2002b).

A partir de então, a função parental, uma realidade dos casais tradicionais, também já era exercida por mães ou pais na figura solo, assim como por avós e outros parentes, passou

também a ser uma realidade por meio de parcerias de pessoas com identidades de gênero e orientações sexuais diversas, mas todas elas foram validadas juridicamente pelos dispositivos legais e constitucionais brasileiros.

Destarte, em função do entendimento do problema da pesquisa, a seção que segue destina-se a explorar o terreno da problemática, principalmente no que concerne a distinções mais atuais sobre o fenômeno estudado.

1.1 ESTADO DA ARTE DO PROBLEMA DE PESQUISA

O estudo sobre violência obstétrica não é de todo recente, porém é uma temática cada dia mais atual e presente no cotidiano brasileiro, notadamente pelo crescimento do movimento chamado de “humanização do parto e do nascimento”.

Em 1996, foi iniciada Comissão Parlamentar de Inquérito na Câmara dos Deputados destinada a investigar a incidência da mortalidade materna, a qual foi finalizada em 2001, e cujo relatório final traz como uma de suas conclusões: “a discussão de formas de reduzir a violência assume relevância significativa. Particularmente no que diz respeito à mulher gestante, a covardia desses ataques causa revolta ainda maior” (BRASIL, 2001a, p. 197).

Em agosto de 2010, a Fundação Perseu Abramo realizou a pesquisa “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado”, na qual se constatou que uma em cada quatro mulheres sofreu alguma violência no momento do parto (SOUSA, 2015).

Já em 2012, foi publicado o documentário “Violência obstétrica, a Voz das Brasileiras”, que traz relatos crus e dilacerantes acerca da violência obstétrica sofrida no Brasil (SOUSA, 2015).

Na mesma linha, o filme “O renascimento do parto” estreou em 2013, mostrando a realidade obstétrica brasileira. Em 2018 foram lançados dois outros filmes, completando uma trilogia, tratando “O renascimento do parto 2” especificamente sobre violência obstétrica e “O renascimento do parto 3” sobre experiências de sucesso de parto humanizado, inclusive no Sistema Único de Saúde (SUS).

Importante mencionar, também, a reportagem “Na hora de fazer não gritou”, de Andréa Dip, publicada em 2013 no Caderno de Direitos Humanos da Agência “Pública”, mostrando também as violências sofridas no momento do parto (SOUSA, 2015).

A situação da violência obstétrica é tão crítica que, ainda em 2013, foi criada em São Paulo a Organização Não Governamental (ONG) Artemis, organização civil cujo foco é a erradicação da violência obstétrica. Uma das fundadoras, Valéria Sousa (2015), publicou a

nota técnica “Violência obstétrica: Considerações sobre a violação de direitos humanos das mulheres no parto, puerpério e abortamento”, trazendo uma extensa e completa sistematização a respeito do tema.

Em 2014, a Fundação Oswaldo Cruz (2014) divulgou os resultados da primeira pesquisa que demonstra um panorama nacional da situação da atenção ao parto e ao nascimento no país. “Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento” apresenta dados alarmantes que evidenciam uma violência obstétrica estrutural no país.

No contexto de toda essa divulgação de um tipo de violência até então invisibilizada ou não reconhecida como tal, especialmente pela atuação de movimentos de mulheres e de doulas, que “são acompanhantes de parto treinadas para oferecer suporte físico, emocional e afetivo ao casal durante o trabalho de parto e parto” (DINIZ; DUARTE, 2004), foram sendo aprovadas leis estaduais e municipais garantindo às mulheres o acompanhamento de doulas em maternidades públicas e privadas. No Estado da Paraíba, por exemplo, em alguns dos seus maiores municípios, foram promulgadas leis garantidoras desse direito – PARAÍBA, Lei Estadual nº 10.647/16; JOÃO PESSOA, Lei nº 13.080/15; CAMPINA GRANDE, Lei nº 6.302/16; PATOS, Lei nº 4.727/16 (FARIAS; MELO, 2017).

Na mesma linha, na Paraíba vêm sendo promulgadas leis definindo violência obstétrica, a exemplo das Leis nº 13.061/2015 e 13.448/2017 do município de João Pessoa e da Lei nº 4.916/2017 do município de Patos.

Tais legislações nada mais fazem que atender às Recomendações do guia *Assistência ao Parto Normal* da Organização Mundial da Saúde de 1996, atualizado em 2018 (OPAS; OMS, 2018), e da publicação de 2001 do Ministério da Saúde, *Parto, aborto e puerpério – assistência humanizada à mulher* (DINIZ; DUARTE, 2004).

Em âmbito internacional, tem-se a Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), de 1979, promulgada apenas em 2002 no Brasil, por meio do Decreto nº 4.377 (BRASIL, 2002a), a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará), de 1994, além de previsão de direitos humanos da mulher na Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948.

O Comitê para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres, criado pela CEDAW, por exemplo, dispõe em sua Recomendação nº 24:

São aceitáveis os serviços que se prestam SE é garantido o consentimento prévio da mulher com pleno conhecimento de causa, se respeita sua

dignidade, se garante sua intimidade e se tem em conta suas necessidades e perspectivas – artigo 22 (SOUSA, 2015, p. 39).

Já a Convenção de Belém do Pará afirma em seu artigo 4 que a mulher tenha seus direitos humanos assegurados, especialmente o respeito à vida e à sua integridade física, mental e moral (BRASIL, 1996a).

A violação de tais direitos tem como conseqüência a violação dos direitos humanos da mulher previstos nos artigos 1 a 8 da Declaração Universal aos Direitos Humanos de 1948 e “ocorre reiteradamente pela incapacidade técnica dos profissionais de saúde brasileiros e pela tolerância e omissão dos órgãos governamentais responsáveis pela prestação desses direitos à população” (SOUSA, 2015, p. 35).

Tal panorama, ao revelar uma realidade violenta na obstetrícia nacional, começou a ser objeto de estudo de pesquisadores que passaram a buscar as origens de tal problema, que apesar de parecer recente, é na realidade bastante antigo.

As raízes da problemática parecem ter origem ainda no texto bíblico, como mencionam Alvarenga e Kalil (2016, p. 646): “A mais remota explicação conhecida para sua origem está contida na Bíblia Sagrada, no livro do ‘Gênesis’ (3:16), onde Deus disse à mulher: ‘multiplicarei os sofrimentos de teu parto; darás à luz com dores...’.1:51”.

Mariani e Nascimento (2016) também abordam a questão do gênero, mostrando a violência obstétrica como uma das faces das violências cometidas com base na vulnerabilidade da mulher, em virtude de estar situada numa sociedade que segue um modelo patriarcal e de desigualdade.

Por tal razão, a violência obstétrica é considerada uma violência de gênero. Isso porque “as práticas e o modelo de assistência obstétrica em vigência no Brasil desrespeitam e/ou ignoram os direitos sexuais, reprodutivos e humanos, o que se reflete nos altos índices de cesárea e nos maus tratos sofridos pelas mulheres nas maternidades brasileiras” (BARBOSA *et. al.*, 2017, p. 199). Tem-se, ademais, que a violência passou a ser cometida também contra os homens transgênero que gestam, pois, apesar de terem útero e capacidade e vontade reprodutivas, não se encaixam no padrão heteronormativo vigente (MISKOLCI, 2009), sendo considerados como pessoas vulneráveis dentro do patriarcado vigente.

Há de se considerar, também, conforme consta no art. 1º da Lei Federal nº 10.778/2003, deve haver a notificação compulsória da autoridade policial nos casos de indícios ou de confirmação de violência contra a mulher, entendida como

[...] qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, inclusive decorrente de discriminação ou desigualdade étnica, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público quanto no privado (BRASIL, 2003, n.p.).

Assim, como a lei não restringe em que situações a violência deve ser notificada, observa-se que pode ser considerada sua aplicação em relação à violência obstétrica, de modo que deveria ser obrigatória sua notificação às autoridades competentes.

Relativamente à forma como a jurisprudência trata o assunto, Silva e Serra (2017), em pesquisa realizada com relação a julgados do Supremo Tribunal Federal (STF) e do Superior Tribunal de Justiça (STJ), buscaram analisar julgamentos ocorridos entre 2007 e 2016, enfocando a violência obstétrica. O estudo revelou que, do total de 35 julgamentos localizados referentes a “danos perpetrados tanto pelos agentes de saúde no desempenho de atividade médico-hospitalar, quanto pelo estabelecimento de saúde, contra parturientes e neonatos” (SILVA; SERRA, 2017, p. 2438-2439), apenas 3 foram feitos pelo STF, enquanto 32 foram julgados pelo STJ.

Além disso, observaram que a maioria dos casos é de processos oriundos das regiões Sul e Sudeste, tendo a maior parte dos casos ocorrido na rede pública de saúde, destacando as autoras que não foi utilizado o termo “violência obstétrica” nos referidos julgamentos, sendo utilizado o termo “erro médico” quando das seguintes ocorrências: demora/recusa no atendimento ao parto com resultado de morte ou de sequelas ao neonato, episiotomia, aplicação de ocitocina, manobra de Kristeller, negligência e imprudência no atendimento, omissão de socorro, dentre outros (SILVA; SERRA, 2017).

Por todo o exposto, mostra-se evidente a importância não só da notificação compulsória a ser feita por agentes públicos quando se deparam com situações de violência obstétrica, mas também pelas próprias vítimas, para que a análise jurídica de tais questões chegue aos Tribunais Superiores do país, com principal intuito de firmar jurisprudência, isto é, conjunto maior e estável de decisões de tribunais a respeito de um tema, já que não existe, ainda, legislação federal específica sobre a violência obstétrica.

Esse panorama demonstra a importância e a relevância do tema, o que suscitou interesse em investigar a seguinte questão de pesquisa: Como a violência obstétrica alude à violência de gênero no contexto do Ensino Médio Integrado do Instituto Federal da Paraíba (IFPB)?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Investigar a violência obstétrica como violência de gênero a partir da concepção de discentes e docentes de Biologia do Ensino Médio Técnico-integrado do Instituto Federal da Paraíba.

1.2.2. Objetivos específicos

- a) Mapear situações de gravidez na adolescência em estudantes do Ensino Médio Técnico-integrado do Instituto Federal da Paraíba – IFPB, a partir de documentos institucionais;
- b) Identificar a compreensão dos/as estudantes e dos/as professores/as de Biologia do Ensino Médio Técnico-integrado do Instituto Federal da Paraíba – IFPB sobre violência obstétrica e suas relações com a violência de gênero;
- c) Conceber um guia digital sobre violência obstétrica, com o propósito de utilização em aulas de Biologia e/ou outros conteúdos programáticos do Ensino Médio Técnico-integrado.

2 METODOLOGIA DA PESQUISA

2.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

2.1.1 Quanto à classificação

A problemática da violência realizada no ciclo gravídico-puerperal é bastante complexa, como explanado anteriormente, afetando a saúde física e mental das pessoas que a vivenciam. Urgente, portanto, não só entender como ocorre o fenômeno, mas também pensar em soluções que minimizem ou mesmo evitem a ocorrência da violência obstétrica.

Destarte, a proposta científica utilizou-se da realização de pesquisa aplicada, por ser “fundamentalmente motivada pela necessidade de resolver problemas concretos, mais imediatos ou não” (VERGARA, 2004, p. 47). É o que também explica Rodrigues (2007) que, além de considerar a pesquisa aplicada como sinônimo de pesquisa prática, menciona que ela tem como finalidade buscar soluções para problemas concretos, não se preocupando com o abstrato. Segundo o autor, “a vida própria de que goza a pesquisa prática fica patenteada pelo tempo, muita vez longo, no curso da história da ciência, decorrido desde a formulação teórica até a sua aplicação” (RODRIGUES, 2007, p. 42).

A respeito, ensina Gil (2002, p. 17):

Há muitas razões que determinam a realização de uma pesquisa. Podem, no entanto, ser classificadas em dois grandes grupos: razões de ordem intelectual e razões de ordem prática. As primeiras decorrem do desejo de conhecer pela própria satisfação de conhecer. As últimas decorrem do desejo de conhecer com vistas a fazer algo de maneira mais eficiente ou eficaz.

Assim, a pesquisa aplicada, como dito alhures, tem a intenção de resolver problemas concretos. Conforme Fleury e Werlang (2016-2017, p. 11), “a pesquisa aplicada concentra-se em torno dos problemas presentes nas atividades das instituições, organizações, grupos ou atores sociais. Ela está empenhada na elaboração de diagnósticos, identificação de problemas e busca de soluções”.

Dessa forma, a presente pesquisa pode ser considerada como “aplicada”, pois teve o desejo não apenas de conhecer a realidade de como a violência obstétrica e de gênero se apresentava aos/às alunos/as e professores/as do Ensino Médio Técnico-integrado do Instituto Federal da Paraíba, mas também de prevenção dessa realidade violenta a partir da elaboração

de produto educacional que fosse eficaz na disseminação de informação e de conceitos aptos a essa prevenção.

2.1.2 Quanto à abordagem

A pesquisa quantitativa, segundo Freitas e Prodanov (2013, p. 69), “considera que tudo pode ser quantificável, o que significa traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las”. Já a pesquisa qualitativa é “a denominação dada à pesquisa que se vale da razão discursiva” (RODRIGUES, 2007, p. 39), porém sem dispensar formalização metódica, sendo isso parte mesmo da cientificidade (DEMO, 2011). Ainda segundo Demo (2011, p. 105), “a pesquisa qualitativa volta-se para dinâmicas intensas, aquelas que aparecem, por exemplo, em fenômenos participativos, felicidade, amor, militância”.

Freitas e Prodanov (2013, p. 70) ensinam: “Na abordagem qualitativa, a pesquisa tem o ambiente como fonte direta dos dados. O pesquisador mantém contato direto com o ambiente e o objeto de estudo em questão, necessitando de um trabalho mais intensivo de campo”. Todavia, “essas duas abordagens estão interligadas e complementam-se” (FREITAS; PRODANOV, 2013, p. 71).

Assim, no presente estudo, a abordagem ocorreu de maneira *quanti-qualitativa*, pois foi utilizada a forma quantitativa, isto é “métodos estatísticos (frequência, correlação, associação...)” (FREITAS; PRODANOV; 2013, p. 115) para analisar o perfil dos/as participantes (gênero, idade, etapa do Ensino Médio, quantidade de anos de docência, etc.), enquanto a análise do conteúdo referente às respostas abertas do questionário foi feita por meio da abordagem qualitativa, considerada a mais adequada ao tema da violência obstétrica, ainda mais quando se observa que tem como pano de fundo a violência de gênero, por meio da qual a pessoa com útero, sobretudo a mulher, é subjugada pelo sistema de saúde em seu ciclo gravídico-puerperal.

De toda forma, a abordagem utilizada foi primordialmente qualitativa, posto que as questões foram “estudadas no ambiente em que elas se apresentam sem qualquer manipulação intencional do pesquisador” (FREITAS; PRODANOV, 2013, p. 70), ou seja, a pesquisa pretendeu analisar e interpretar os dados referentes à natureza dos fenômenos estudados, não tendo foco maior o aspecto quantitativo.

2.1.3 Quanto à tipologia da pesquisa

A pesquisa de campo é adequada quando se necessita buscar informações ou conhecimentos para a solução de uma problemática para a qual se busca uma resposta e “consiste na observação de fatos e fenômenos tal como ocorrem espontaneamente, na coleta de dados a eles referentes e no registro de variáveis que presumimos relevantes, para analisá-los” (FREITAS; PRODANOV, 2013, p. 59).

Portanto, na presente investigação, foi utilizada pesquisa de campo, ou seja, uma “investigação empírica realizada no local onde ocorre ou ocorreu o fenômeno ou que dispõe de elementos para explicá-lo” (VERGARA, 2004, p. 47), do tipo descritiva, documental e exploratória.

A pesquisa descritiva tem como finalidade expor as características de certo fenômeno, sem a intenção de explicar tal fenômeno descrito (VERGARA, 2004). Documental, a seu turno, é a que utiliza documentos como fonte primária de informação (RODRIGUES, 2007). Já “pesquisa exploratória destina-se a esclarecer do que se trata, a reconhecer a natureza do fenômeno, a situá-lo no tempo e no espaço, a inventariar suas manifestações variadas, seus elementos constitutivos ou as contigüidades presentes à sua manifestação” (RODRIGUES, 2007, p. 28).

Considerando as explanações acima, tem-se que a pesquisa documental ocorreu em virtude da necessidade de acesso aos dados oficiais do Instituto Federal da Paraíba acerca da ocorrência de gravidez dentre a realidade dos estudantes do Ensino Médio Integrado do IFPB, entre 2018 e 2020, tendo sido consultada, também, a legislação brasileira e documentos oficiais diversos a respeito do tema.

Ademais, ainda sobre as tessituras metodológicas, importante enfatizar o aspecto exploratório da presente pesquisa. Segundo Gil (2002, p. 41), as pesquisas exploratórias

[...] têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses. Pode-se dizer que estas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições. Seu planejamento é, portanto, bastante flexível, de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado.

Pelo exposto, foi explorada a noção de violência obstétrica no contexto do Ensino Médio Integrado, bem como se existe correlação com a violência de gênero na concepção de discentes e docentes do IFPB.

2.2 LÓCUS E SUJEITOS DA PESQUISA

2.2.1 O campo empírico da investigação

A priori, o local escolhido para a realização da pesquisa foi o *campus* João Pessoa do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba, onde se desenvolviam as atividades presenciais deste mestrado profissional ProfEPT. Todavia, tendo em vista o contexto de pandemia do vírus SARS-Cov-2, as atividades escolares passaram a acontecer de forma remota¹.

Dessa forma, considerando que todo o contato com estudantes e educadores teve que ser realizado de maneira *online*, isto é, por *e-mail* e aplicativos de mensagens como o *WhatsApp*, a pesquisa foi ampliada para todos os campi do IFPB, até mesmo para conseguir número suficiente de respondentes, aptos a validar a realização da pesquisa. Conforme consta no sítio eletrônico do IFPB (2016, n.p.) na *internet*:

O Instituto Federal da Paraíba (IFPB) é uma autarquia federal vinculada ao Ministério da Educação e Cultura - MEC. Referência em ensino profissional na Paraíba, o IFPB conta com 21 unidades espalhadas em todo o Estado, entre Campus e Campus Avançado. Os Campi Avançados são vinculados à Reitoria, que tem sede na Capital paraibana. As unidades em funcionamento com denominação de Campus são: Cabedelo, Cajazeiras, Campina Grande, Catolé do Rocha, Esperança, Guarabira, Itabaiana, Itaporanga, João Pessoa, Monteiro, Patos, Picuí, Princesa Isabel, Santa Rita, Sousa e Santa Luzia. Os Campi Avançados são: Cabedelo Centro, João Pessoa Mangabeira, Soledade, Areia e Pedras de Fogo. Desde 2017, um Polo de Inovação credenciado Empresa Brasileira de Pesquisa e Inovação Industrial (EMBRAPII) está em funcionamento. Ele está localizado em João Pessoa e atua na área de Sistemas para Automação em Manufatura. O IFPB oferece diversos cursos presenciais e a distância, nas modalidades integrado ao ensino médio, subsequente, superior e pós-graduação (*stricto sensu* e *lato sensu*), além de cursos de Formação Inicial e Continuada. Todos gratuitos. A instituição conta ainda com diversos programas de Pesquisa, Extensão e Inovação, envolvendo estudantes, servidores e colaboradores.

O lócus da pesquisa, portanto, corresponde a todos os *campi* do IFPB acima citados.

2.2.2 Universo, amostragem e amostra

¹ Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) emitiu Declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional e, em 11 de março de 2020, a Declaração Pública de Pandemia em relação ao novo Coronavírus (SARS-CoV-2), causador da doença infectocontagiosa denominada de COVID-19 (OPAS/OMS, 2021). Assim, por conta da pandemia, foi publicada a Portaria/CAPES nº 55, de 29 de abril de 2020, que, juntamente com os Ofícios-Circulares nº 05/2020, de 14/05/2020, e nº 06/2020, de 27/05/2020, do Comitê Gestor e Comissão Acadêmica Nacional do ProfEPT, permitiram a realização da defesa da dissertação no prazo máximo de 36 (trinta e seis) meses, bem como aplicação do produto educacional por meio de avaliação por pares, escolhidos por meio de critérios definidos pelo/a mestrando/a e seu/sua orientador/a.

Quando se fala de universo, trata-se de definir a população, isto é, o conjunto de elementos ou pessoas que possuem características comuns ao objeto de estudo, enquanto amostra é a parte do universo escolhido para realização da pesquisa, o que pode ser feito via amostragem probabilística e não probabilística (VERGARA, 2004).

De início, para implementar a presente investigação, o universo delineado correspondeu aos discentes do 3º ano dos oito cursos técnicos presenciais do Ensino Médio Integrado do Instituto Federal da Paraíba – IFPB, *campus* João Pessoa.

Todavia, como já dito, considerando a situação de pandemia do novo Coronavírus, o universo foi ampliado para discentes do Ensino Médio Técnico-integrado de todos os *campi* do IFPB. De acordo com o Relatório de Gestão do IFPB referente ao ano de 2020, o Ensino Técnico e Profissional teve 26.750 matrículas (IFPB, 2020), número que corresponde ao universo da pesquisa.

Além disso, foram incluídos os docentes do componente curricular Biologia da referida instituição, após sugestão da banca de qualificação em 15 de maio de 2020, que considerou relevante a participação dos/as professores/as, por serem essenciais no processo de ensino-aprendizagem. O IFPB conta atualmente com 46 docentes de tal componente curricular (IFPB, 2021), valor que corresponde ao universo da presente investigação científica.

Relativamente à amostragem, sabe-se que a probabilística apóia-se em cálculo estatístico, enquanto a não probabilística é feita de forma acidental ou intencional (FREITAS; PRODANOV, 2013).

No presente estudo, a amostra foi escolhida por meio de amostragem não probabilística aleatória, por acessibilidade, conforme Freitas e Prodanov (2013), sendo delimitada por estudantes do Ensino Médio Técnico-integrado do IFPB e professores/as de Biologia de todos os *campi* de tal Instituto Federal.

A amostra inicialmente escolhida (estudantes de 3º ano) baseava-se no fato de que o componente curricular “Biologia” aborda os aspectos da sexualidade e reprodução em tal ano do Ensino Médio. Todavia, analisando o conteúdo não só da BNCC (BRASIL, 2018b), observou-se no material didático de Biologia adotado no IFPB, coleção Ser protagonista (AGUILAR *et. al.*, 2014), que o conteúdo referente à reprodução e ao desenvolvimento embrionário dos seres vivos é abordado a partir do 1º ano do Ensino Médio, enquanto a fisiologia e sistemas de órgãos humanos são estudados no 2º ano, chegando-se ao estudo sobre genética e determinação de questões relativas ao sexo no 3º ano do Ensino Médio.

Assim, considerando a proposta de suscitar discussões e disponibilizar informações acerca de reprodução e sexualidade, bem como sobre o movimento do parto e do nascimento humanizados, optou-se pela extensão da amostra a estudantes de todos os anos do Ensino Médio Técnico-integrado do IFPB, a fim de prevenir a ocorrência de violência obstétrica desde a adolescência, como dito acima, correspondendo a 77 (setenta e sete) discentes. Já a amostra docente foi de 13 professores/as de Biologia que lecionam no Ensino Médio Técnico-integrado da instituição, os quais, tanto docentes quanto discentes, responderam voluntariamente ao chamamento de participação na pesquisa.

2.3 COLETA E PERSPECTIVA DE INTERPRETAÇÃO DE DADOS

Para a coleta de dados, além da pesquisa documental, foram utilizados, durante a pesquisa de campo, questionários mistos.

O questionário é uma série ordenada de perguntas que devem ser respondidas por escrito pelo informante (respondente). O questionário, numa pesquisa, é um instrumento ou programa de coleta de dados. Se sua confecção for feita pelo pesquisador, seu preenchimento será realizado pelo informante ou respondente (FREITAS; PRODANOV, 2013, p. 108).

O questionário foi destinado a discentes do Ensino Médio Técnico-integrado do IFPB de todos os *campi* do IFPB, bem como a docentes de Biologia da instituição, sendo escolhida tal modalidade de instrumento de coleta de dados para investigar quais as noções prévias que adolescentes/jovens e professores/as tinham acerca de violência obstétrica e violência de gênero.

2.3.1 Modelo misto de organização de categorias

Para a análise/interpretação dos dados coletados, optou-se pelo recorte/sistematização dos conteúdos/resultados em categorias analíticas, com definição de subcategorias de análise e suas respectivas unidades de sentido, conforme proposto por Laville e Dionne (1999, p. 219).

O recorte dos conteúdos constitui uma das primeiras tarefas do pesquisador após a fase preparatória. A definição das categorias analíticas, rubricas sob as quais virão se organizar os elementos de conteúdo agrupados por parentesco de sentido, é uma outra tarefa que se reconhece primordial. A

ordem desses dois momentos da análise de conteúdo pode variar: às vezes, o pesquisador define primeiro suas categorias, mas em outros casos sua determinação é precedida do recorte de conteúdos, especialmente quando essas categorias são construídas de maneira indutiva, isto é, ao longo dos progressos da análise.

Ainda de acordo com Laville e Dionne (1999), há três modos de definir tais categorias, quais sejam: modelo aberto, modelo fechado e modelo misto, sendo este último o escolhido para a (de)codificação dos resultados e, por conseguinte, para dimensionar a análise dos dados nesta pesquisa, já que se utiliza dos outros dois modelos: “categorias são selecionadas no início, mas o pesquisador se permite modificá-las em função do que a análise aportará” (LAVILLE; DIONNE, 1999, p. 219).

De início, foram delineadas três categorias analíticas, conforme Quadro 1:

QUADRO 1: Categorias, subcategorias e unidade de sentido da pesquisa

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE SENTIDO
Violência de gênero	Feminismo	Patriarcado, feminismos, masculinidades, dominação do corpo
Violência obstétrica	Saber/poder	Patologização do parto, medicina baseada em evidências, humanização do parto e do nascimento
Educação Profissional e Tecnológica	Ensino integrado	Formação unitária, omnilateral e politecnicia

FONTE: Dados da pesquisa (2021)

Todavia, para a construção dos instrumentos de coletas de dados, assim como para a análise e a interpretação dos resultados, considerando exigências práticas e teóricas que se apresentaram no decorrer da pesquisa de campo, bem como pelo fato de ter sido escolhido o modelo misto de definição das categorias, conforme Laville e Dione (1999), foram acrescentadas categorias e subcategorias, assim como unidades de sentido, conforme quadro abaixo:

QUADRO 2: Categorias, subcategorias e unidade de sentido da análise e interpretação dos dados da pesquisa

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE SENTIDO
Violência obstétrica	Saber/poder	Tipos de parto
		Patologização do parto

		Medicina baseada em evidências
		Humanização do parto e do nascimento
		Doulagem
		Tipos de violência obstétrica
Violência de gênero	Questões de gênero	Gênero
		Sexismo
		Patriarcado
		Machismo
		Dominação do corpo feminino
		Feminismos
		Maternidade
		Matrescência
		Maternagem
Educação Profissional e Tecnológica	Ensino Médio Técnico-integrado	Formação unitária, omnilateral e politecnia
		Ensino de Biologia
		Gravidez na adolescência

FONTE: Dados da pesquisa (2021)

As categorias analíticas acima foram definidas, *a priori*, para análise dos dados da pesquisa de campo, sendo utilizadas na análise do conteúdo da pesquisa, mormente nas questões abertas, isto é, aquelas em que o/a participante teve a oportunidade de desenvolver, por escrito e livremente, sua compreensão/opinião sobre o que foi perguntado.

2.3.2 Perspectiva de análise e interpretação dos dados

A estratégia de análise qualitativa escolhida foi a “construção iterativa de uma explicação”, conforme sugestão encontrada em Laville e Dionne (1999), por ser a mais adequada para o presente estudo, que tem caráter exploratório. Segundo tal estratégia, a partir da leitura, interpretação e reflexão sobre as respostas aos questionários é que se chega às hipóteses que respondem a questão de pesquisa, já que se preferiu não definir apenas uma quando do início da investigação.

O instrumento de coleta de dados dos docentes do componente curricular Biologia do IFPB foi um questionário misto de 32 questões, dentre itens fechados e abertos, e no qual

constava, como primeira pergunta a ser respondida pelo participante, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ao final do TCLE, constava o seguinte texto:

Se você concorda em participar, nós agradecemos muito a sua colaboração e gostaríamos que soubesse que seu consentimento será atestado pela leitura e aposição do “de acordo” no questionário online, indicando que está devidamente informada/o sobre os objetivos da pesquisa e os usos dos seus resultados. Você está de acordo? (DADOS DA PESQUISA, 2021).

A coleta de dados ocorreu em duas etapas: de 23/09/2020 a 15/10/2020, participando da pesquisa sete docentes de Biologia do *campus* João Pessoa, e de 18/02/2021 a 05/03/2020, sendo respondentes seis professores de Biologia dos demais *campi*. No total, foram 13 participantes, sendo que todos responderam “sim” quanto a estarem de acordo com a participação na pesquisa (100%).

A pesquisa também contou com coleta de dados realizada junto aos discentes do Ensino Médio Técnico-integrado do IFPB.

O instrumento de coleta dos dados dos estudantes consistiu um questionário misto de 36 questões, dentre itens fechados e abertos, e no qual constava, como primeiro item, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que ao final perguntava se o/a discente estava de acordo com os termos de participação da pesquisa. Além disso, considerando que os respondentes poderiam ser menores de idade, foi feita a seguinte pergunta: “Se você é menor de 18 anos, seu(s) responsável(is) legal(is) está(ão) de acordo com sua participação na presente pesquisa?” (DADOS DA PESQUISA, 2021).

No total, foram 77 participantes, sendo que todos responderam “sim” quanto a estarem de acordo com a participação na pesquisa (100%). Após resposta afirmativa dos participantes maiores de idade e também de seus responsáveis legais, no caso dos menores, os itens foram devidamente respondidos.

A coleta de dados ocorreu em duas etapas: entre 05 e 27/11/2020, participando apenas discentes dos cursos do Ensino Médio Técnico-integrado do *campus* João Pessoa, e 03/02/2021 e 05/03/2020, sendo a pesquisa ampliada para estudantes do Ensino Médio integrado dos demais *campi* do IFPB.

Para análise quantitativa dos dados foram utilizadas medidas de frequência para variáveis categóricas, média e desvio padrão para variáveis numéricas, sobretudo no que se refere ao perfil dos sujeitos participantes, conforme exposto na seção 2.1.2, utilizando-se o *software* Excel, sendo os resultados apresentados em gráficos. Já para análise qualitativa, foi

feita análise de conteúdo utilizando-se as categorias, subcategorias e unidade de sentido descritas acima, no Quadro 2, com base em Laville e Dione (1999).

A análise e a interpretação dos dados constam detalhadamente descritas no capítulo 6, assim como os aspectos referentes ao planejamento e desenvolvimento do produto educacional.

2.4 ESBOÇO DO PRODUTO EDUCACIONAL: DO PLANEJAMENTO À AÇÃO NO ENSINO

A intenção de realizar pesquisa acerca da contextualização da violência obstétrica e sua relação com a violência de gênero no âmbito do Ensino Médio Integrado demandou a ideia de criação de um produto educacional que contemplasse tal realidade e pudesse contribuir para a prevenção desse tipo de violência, já que se observa que, quanto mais informação a respeito, maior a possibilidade de ser exercido o direito de escolha informada direcionado às mulheres no cenário do parto e do nascimento.

Atualmente, a maior disponibilização de conteúdo a respeito do tema acontece nas redes sociais virtuais, já que existem inúmeras páginas no *Facebook*, no *Instagram* e no *YouTube* tratando acerca de violência obstétrica, assim como *sites* e *blogs* também disponibilizados na rede mundial de computadores.

Outra forma comum de divulgação dos temas relacionados à humanização do parto e à violência obstétrica é pela produção de mídia cinematográfica como documentários e curtas-metragens.

Tais mecanismos de divulgação da temática são bastante eficazes, porquanto acessíveis e passíveis de disseminação ao maior número de pessoas possível, até mesmo pelo fato de estarem gratuitamente disponíveis na internet.

Nos dizeres de Haraway (2013, p. 64), “as tecnologias de comunicação e as biotecnologias são ferramentas cruciais no processo de remodelação de nossos corpos. Essas ferramentas corporificam e impõem novas relações sociais para as mulheres no mundo todo”.

Em âmbito institucional, observa-se a confecção de cartilhas didáticas sobre violência obstétrica, seja em mídia impressa ou digital. A Defensoria Pública do Estado de São Paulo, por exemplo, foi pioneira e publicou cartilha impressa de alta qualidade sobre violência obstétrica, já que o conteúdo se encontra lastreado na medicina baseada em evidências (SÃO PAULO, 2015).

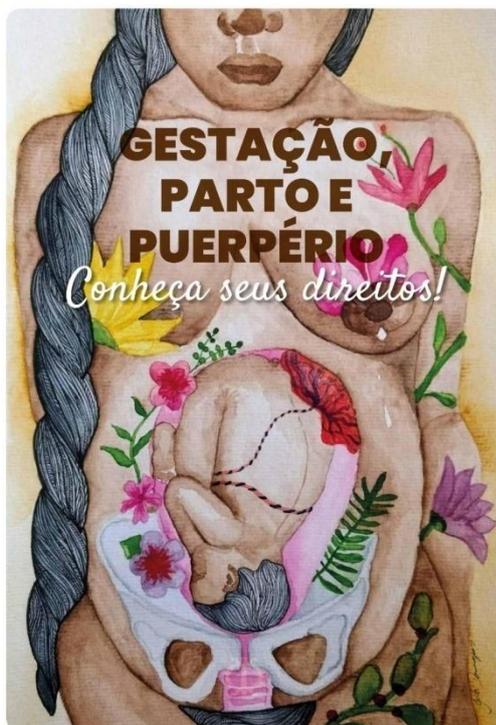
FIGURA 1: Capa da cartilha “Conversando sobre VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA”, da Defensoria Pública de São Paulo



FONTE: Defensoria Pública do Estado de São Paulo (2015).

Na mesma linha de atuação, a Defensoria Pública do Rio de Janeiro, juntamente com a Associação de Doulas também do Estado do Rio de Janeiro, publicou cartilha que tem versão digital sobre gestação, parto e puerpério, a fim de divulgar os direitos das mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal (RIO DE JANEIRO, 2020).

FIGURA 2: Capa da cartilha “Gestação, parto e puerpério: conheça seus direitos!”, da Defensoria Pública do Rio de Janeiro



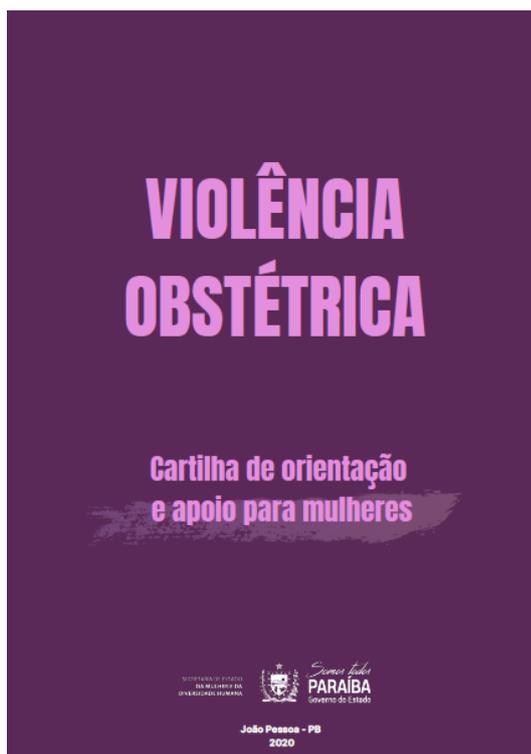
FONTE: Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro (2020).

A cartilha também aborda diversos aspectos da violência obstétrica, trazendo importante recorte racial, social e até mesmo etário a respeito do tema:

Se você é adolescente e está gestando saiba que a gestação na adolescência foi prevista no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e estará protegida pela lei. É garantido o sigilo no atendimento, a privacidade, a autonomia, além do recebimento de informações sobre a saúde sexual e a saúde reprodutiva. Se a gestante/ mãe adolescente quiser poderá, inclusive, ser atendida sozinha (RIO DE JANEIRO, 2020, p. 7).

Ainda em 2020, foi também publicada cartilha sobre violência obstétrica pelo Governo do Estado da Paraíba, a qual traz informações mais objetivas a respeito da tipologia da violência obstétrica, bem como sobre as instâncias onde buscar atendimento jurídico no caso de violação desses direitos.

FIGURA 3: Capa da cartilha “Violência obstétrica: cartilha de orientação e apoio para mulheres”, do Governo do Estado da Paraíba



FONTE: Paraíba (2020).

Por outro lado, apesar de intensas buscas, não foi encontrado material institucional sobre violência obstétrica editado seja pelo Ministério Público Federal ou pelo Ministério Público do Distrito Federal e Territórios, órgãos nos quais a autora da pesquisa teve lotação enquanto servidora do Ministério Público da União. Tais órgãos públicos, apesar de contarem com o *mister* institucional de proteção a minorias e de combate às violências de gênero, ainda têm uma atuação aquém do esperado na temática, quando se considera a questão de prevenção e informação da população a respeito da violência obstétrica.

De toda forma, considerou-se urgente e necessária a elaboração de material tratando acerca da violência obstétrica, o qual pode ser utilizado nas aulas de Biologia do Ensino Médio, tendo como público-alvo principal estudantes desse componente curricular.

As possibilidades aventadas para a construção do produto foram diversas, considerando-se que a geração atual de adolescentes e jovens tem amplo acesso às mídias digitais – canal no *YouTube*, perfil de *podcast* no *Spotify* ou *Deezer*, página no *Instagram* ou *Facebook*, *site* ou *blog* na rede mundial de computadores. Todos esses meios possibilitam a pulverização em massa de mídia cujo conteúdo seja a violência obstétrica e, na realidade, tais iniciativas já existem no âmbito do que se consagrou popularmente como Movimento pela Humanização do Parto e do Nascimento, ou apenas “Humanização”, iniciado em 1993 na cidade de Campinas/SP, conforme histórico traçado por Rattner (2005), sendo que grande

parte das informações de qualidade acerca do tema encontra-se disponível, gratuitamente, nas chamadas redes sociais. A maioria das divulgações de conteúdo na temática ocorre através de plataformas gerenciadas por doulas e parteiras, cujo ativismo em prol do parto e nascimento respeitosos chama atenção:

Hoje o Brasil é o quarto país, no ranking mundial, de tempo gasto nos media sociais como Facebook, Twitter e Instagram, entre tantas outras. E foi a partir do uso das redes sociais que inúmeros profissionais da área de saúde, educadores e, até, mães brasileiras e tantos outros militantes, inclusive, parteiras e doulas passaram a se organizar pela causa do parto ativo no Brasil, cuja principal bandeira é a noção de que a maternidade deve ser exercida em um processo consciente e socialmente ativo (SOUZA, 2018, p. 18).

Para a construção do produto, todavia, fez-se necessária a realização da pesquisa para investigação acerca de qual seria a melhor abordagem da temática no contexto do Ensino Médio Integrado, sendo importante reunir dados a respeito das noções que tanto estudantes como professores tinham acerca de violência obstétrica e de violência de gênero. Além disso, tendo em vista que o produto educacional também considerava as possibilidades de sua apresentação às turmas pelo docente de Biologia, de acordo com as metodologias adequadas para a faixa etária do público-alvo, foi escolhido, inicialmente, o desenvolvimento de cartilha sobre o tema em investigação. Todavia, após a conclusão da pesquisa, optou-se por designar o material produzido de **guia digital**, a fim de adequar melhor a forma/nomenclatura ao conteúdo produzido.

É fato que, desde o Ensino Fundamental, os livros de Biologia abordam o corpo humano, notadamente na grade curricular do 8º ano, voltando à temática no 1º ano do Ensino Médio, sendo a abordagem mais voltada a trabalhar a parte fisiológica de funcionamento do corpo. Ademais, a faixa etária prevista para estas séries (a partir dos 13 anos) é a média de idade também em que ocorre a menarca, que consiste na primeira menstruação (CASTILHO; BARRAS FILHO, 2000). Popularmente, também se diz já nesta idade costuma acontecer a iniciação sexual de meninos e meninas.

Assim, considerando que é no Ensino Médio que o conteúdo programático é voltado à sexualidade e reprodução humanas, com estudo do sistema reprodutor e também do sistema endócrino, envolvendo as questões, portanto, de gravidez, parto e hormônios envolvidos nesse processo, o produto educacional desenvolvido pode ser utilizado em sala de aula a partir do 1º ano do Ensino Médio. Além disso, na faixa etária de referida fase escolar, os/as alunos/as costumam ter uma maturidade maior que nas séries anteriores para discutir essa temática.

Ainda assim, sabe-se que existe possibilidade de haver uma dificuldade inicial para abordagem do assunto em virtude da idade dos alunos, já que sexualidade e reprodução humanas são temas que podem ser considerados como tabus não apenas no âmbito da educação, mas, sobretudo no contexto familiar. Na mesma medida, a própria violência obstétrica ainda continua sendo um assunto invisibilizado, já que não é costume na maioria dos ambientes sociais as conversas sobre parto e nascimento, assuntos cada vez mais medicalizados e tratados com menor naturalidade.

Outra limitação para tratar do tema encontra-se na estrutura curricular do Ensino Médio, que pouca ou nenhuma relevância dá a certos temas relacionados à sexualidade e gravidez. A BNCC traz os temas sexualidade e reprodução quando trata das Ciências da Natureza (Biologia), porém sequer menciona a palavra gravidez, o que dirá tratar de violência obstétrica.

Mesmo com essas dificuldades, acreditamos que o Ensino Médio seria um bom momento para tratar da temática, notadamente quando se observa que, como já dito alhures, a estrutura do componente curricular Biologia perpassa pelos conteúdos relacionados à fisiologia humana em geral, inclusive sistema hormonal, sexualidade e reprodução, na estrutura curricular dos três anos, mas cujo material didático padrão acaba não trazendo aspectos detalhados sobre fisiologia do parto e do nascimento.

Além disso, como já dito, pela própria idade dos discentes, dentre os quais vários já começaram ou estão presentes a iniciar sua vida sexual, acontecendo inclusive os casos de gravidez na adolescência, observa-se como uma oportunidade para se informarem melhor acerca de seus corpos e dos direitos relacionados aos temas do parto e do nascimento, tendo a chance de prevenir a ocorrência de violências durante todo o ciclo gravídico-puerperal, mesmo que venham a passar por essa experiência depois da adolescência.

A Constituição da República Federativa do Brasil trata sobre adolescência, quando, em seu art. 227, prevê o dever da família, da sociedade e do Estado de assegurar seu “direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária”, bem como de colocar o/a *adolescente* “a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão” (BRASIL, 1988, n.p.). Tais obrigações também se estendem às crianças e aos *jovens*, estes últimos apenas a partir da Emenda Constitucional nº 65, de 13 de julho de 2010 (ISHIDA, 2013). Ainda nos dizeres de Ishida (2013, p. 10):

Assim, salutar que se discipline uma legislação específica para essa faixa da população: a juventude. Embora a menoridade civil cesse aos 18 anos, é notório que a maturidade da pessoa humana não ocorre, na maioria das vezes, nessa idade. [...] Dessa forma, ao invés do ECA, de natureza essencialmente protetiva, o estatuto do jovem deverá priorizar outras diretrizes como a criação de oportunidade e orientação profissional, sexual etc. ao jovem. [...]

A definição de adolescente, pela lei, inclui pessoas a partir de 12 e menor de 18 anos de idade. Esse período é marcado por muitas mudanças biológicas e emocionais, trazendo sentimentos ambivalentes, sobretudo pelo fato de encontrar dificuldades na busca de independência (COSTA; SENA; DIAS, 2011). A complexidade desse período da vida humana também ocorre em relação à sexualidade, conforme publicação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020b, p. 32):

Na adolescência, a sexualidade se manifesta em diferentes e surpreendentes sensações corporais, em desejos ainda desconhecidos e em novas necessidades de relacionamento interpessoal, preocupação e curiosidade. Nesse contexto, valores, atitudes, hábitos e comportamentos estão em processo de formação e solidificação e, em determinadas conjunturas, podem tornar esse segmento populacional vulnerável.

Já para a Organização Mundial da Saúde, a adolescência tem as seguintes nuances:

A adolescência, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), deve compreender o período que abrange dos 10 aos 19 anos, estratégia que permite melhores comparações de dados, embora esteja claro que tanto os limites inferiores como os superiores variem individual e culturalmente. Por ser um período muito especial para a construção do indivíduo e para sua inserção social, deve ser entendido como de risco e vulnerabilidade.

O conceito de risco, anteriormente considerado apenas como biológico e médico, amplia-se para introduzir maior abrangência, envolvendo aspectos de naturezas social e comportamental. Associa-se naturalmente ao conceito de vulnerabilidade, à maior probabilidade de dano individual e social, e introduz o mecanismo de prevenção, ou seja, de proteção contra fatores que podem alterar para pior a qualidade de vida individual, familiar e da comunidade.

A gravidez na adolescência, habitualmente, é considerada de risco, perigosa, inapropriada e inadequada para os interesses dos jovens, particularmente por afetar preferencialmente meninas que vivem na pobreza, em países pouco desenvolvidos. Embora as taxas de fertilidade neste período, ao contrário do que se afirma em muitos trabalhos, estejam decrescendo em perspectiva global, aproximadamente 18 milhões de meninas abaixo de 20 anos dão à luz a cada ano. Dois milhões delas estão com menos de 15 anos. Uma das razões que poderiam explicar tais números exuberantes está na constatação de que, na história da humanidade, esta é a maior coorte de adolescentes e jovens de todos os tempos (SILVA; SURITA, 2012, p. 1).

Nesse contexto, o desenvolvimento do produto educacional levou em consideração o contexto das articulações pedagógicas do ensino profissional no âmbito dos Institutos Federais, que tem como pilares do Ensino Médio Integrado a formação unitária, omnilateral e a politecnia, cujos aspectos teóricos foram detalhados quando da análise dos dados referente à pesquisa de campo realizada com docentes e discentes do IFPB, de modo que foi idealizado como sendo passível de ser aplicado ao Ensino Médio, com base nos referidos eixos.

Assim, apesar das possibilidades de utilização de redes sociais de maior acesso (*Facebook, Instagram, YouTube*), ou mesmo a crescente valorização da mídia denominada *podcast*, a qual se constitui em áudio disponibilizado *online* e atualmente transmitido por plataformas como *Spotify* e *Deezer*, idealizou-se o desenvolvimento de um guia digital com conteúdo acerca de violência obstétrica, o qual pode ser facilmente utilizado em aulas de Biologia por docentes da instituição, assim como compartilhado com discentes pela plataforma de aulas *online* do IFPB, por *e-mail* ou mesmo por meio de aplicativos de mensagens como o *WhatsApp*.

De todo modo, o material foi confeccionado utilizando linguagem acessível ao explicar os termos técnicos relacionados à área da obstetrícia, assim como à área jurídica, para ser de fácil compreensão ao público a ele destinado. Para a elaboração do produto educacional idealizado, optou-se por seguir a proposta de Leite (2018, p. 331):

Como modo de contribuir com tais discussões, pretendo neste artigo, apresentar uma proposta de avaliação coletiva de produtos educacionais no contexto dos mestrados profissionais na área de Ensino. Não tenho a pretensão de revelar dados quantitativos que confirmem a eficiência desta proposta. Pretendo compartilhar essa estratégia avaliativa na tentativa de contribuir com abordagens metodológicas a serem utilizadas na avaliação de materiais textuais.

Quanto ao estilo imagético, foi escolhido o estilo de xilogravura para a arte gráfica, considerando a identidade visual ligada ao Nordeste e, em especial, ao Estado do Paraíba.

Relativamente ao conteúdo, o planejamento do produto educacional foi feito com base em Zabala (1998) e Kaplún (2003), conforme quadro a seguir:

QUADRO 3: Proposta de produção do produto educacional

DESCRIÇÃO
A intenção de realizar pesquisa acerca da contextualização da violência obstétrica e sua relação com a violência de gênero no âmbito do Ensino Médio Integrado fez surgir a ideia de criação de um produto educacional que contemplasse tal realidade e pudesse contribuir para a prevenção desse tipo de violência, já que se observa que quanto mais informação a respeito, maior a possibilidade de ser exercido o direito de escolha informada direcionado às mulheres no cenário do parto e do nascimento. A pesquisa pretende investigar e compreender o

<p>que alunos do Ensino Médio integrado do <i>campus</i> João Pessoa do Instituto Federal da Paraíba entende acerca do tema “violência obstétrica” e como ela estaria relacionada ao que eles entendem por “violência de gênero”. Assim, foi idealizada a produção de material que pudesse ser utilizado nas aulas de Biologia do Ensino Médio, ocasião em que se estudam temas relacionados à reprodução e sexualidade, de modo que o produto educacional escolhido foi um guia digital, o qual poderá ser utilizado pelos professores nas aulas, para falar dos temas <i>violência obstétrica</i> e <i>violência de gênero</i>, tendo a intenção de ser também um guia para os alunos e para a sociedade do caminho a ser seguido na busca dos órgãos jurídicos para efetivação dos direitos porventura violados.</p>
RELAÇÃO COM OS EIXOS PROPOSTOS POR KAPLÚN (2003) e ZABALA (1998)
EIXO CONCEITUAL
APRENDIZAGEM CONCEITUAL
<p>A pesquisa aborda na fundamentação teórica conceitos relacionados às questões de gênero, feminismo, parto e nascimento respeitosos (“humanizados”), medicina baseada em evidências, dentre outros, para demonstrar com base nas teorias e na legislação o que significa violência obstétrica.</p>
APRENDIZAGEM PROCEDIMENTAL
<p>Foi feito o planejamento do produto no corpo da pesquisa, a fim de que fique bem explicado o procedimento utilizado para construção do material.</p>
APRENDIZAGEM ATITUDINAL
<p>Na justificativa do trabalho, constam os valores e princípios seguidos na pesquisa, considerando-se o parto e o nascimento respeitosos como valores essenciais à construção de uma nova sociedade, pois quebra os paradigmas baseados no machismo e no patriarcado que têm vigorado no cenário obstétrico. Assim, pretende-se demonstrar o “parto humanizado” como princípio a ser seguido, levando-se em conta que, desde o início da idade reprodutiva, os adolescentes precisam ter contato e se informar a respeito da violência obstétrica, como forma de prevenção, bem como quais caminhos percorrer em buscas de direito porventura violados.</p>
EIXO PEDAGÓGICO
<p>A pesquisa considerou a necessidade dos sujeitos a que o produto se destina (especialmente docentes de Biologia e discentes do Ensino Médio integrado do IFPB) e pretendeu se pautar no uso de estilo textual e linguístico que permitisse a compreensão de termos acadêmicos e de gênero pelo público alvo, bem como utilização de imagens diversas a fim de chamar atenção à importância do conteúdo do referido material educativo.</p>
EIXO COMUNICACIONAL
<p>A forma para tratar acerca do tema “violência obstétrica como violência de gênero” e como buscar apoio jurídico acabou levando a pesquisa a escolher o eixo comunicacional imagético, pois se viu a possibilidade de ser mais atrativa aos alunos, bem como mais fácil de compartilhamento via redes sociais e sítios eletrônicos especializados e dos órgãos públicos, o que acaba democratizando o acesso a esse tipo de material.</p>
PROBLEMATIZAÇÃO
<p>O estudo da violência obstétrica não é de todo recente, porém, é uma temática cada dia mais atual e presente no cotidiano brasileiro, notadamente pelo crescimento do movimento chamado de “humanização do parto e do nascimento”. Ainda em 1996, foi iniciada Comissão Parlamentar de Inquérito na Câmara dos Deputados destinada a investigar a incidência da mortalidade materna. finalizada em 2001. Em agosto de 2010, a Fundação Perseu Abramo realizou a pesquisa “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado”, na qual se constatou que uma em cada quatro mulheres sofreu alguma violência no momento do parto. Já em 2012, foi publicado o documentário “Violência obstétrica, a Voz das Brasileiras”, que traz relatos crus e dilacerantes acerca da violência obstétrica sofrida no Brasil. Na mesma linha, o filme “O renascimento do parto” estreou em 2013, mostrando a realidade obstétrica brasileira. Em 2018 foram lançados dois outros filmes completando uma trilogia, tratando “O renascimento do parto 2” especificamente sobre violência obstétrica. Importante mencionar, também, a reportagem “Na hora de fazer não gritou”, de Andréa Dip, publicada em 2013 no Caderno de Direitos Humanos da Agência “Pública”, mostrando também as violências sofridas no momento do parto. A situação da violência obstétrica é tão crítica que, ainda em 2013, foi criada em São Paulo a Organização Não Governamental (ONG) Artemis, organização civil cujo foco é a erradicação da violência obstétrica. Uma das fundadoras, Valéria Sousa, publicou em 2015 a nota técnica “Violência obstétrica: Considerações sobre a violação de direitos humanos das mulheres no parto, puerpério e abortamento”, trazendo uma extensa e completa sistematização a respeito do tema. Tal panorama, ao revelar uma realidade violenta na obstetrícia nacional, começou a ser objeto de estudo de pesquisadores que passaram a buscar as origens de tal problema, que apesar de parecer recente, é na realidade bastante antigo. A violência obstétrica é considerada uma violência de gênero, pois praticada contra a mulher pela sua condição de ser mulher. <i>Todo esse quadro suscitou interesse em investigar a seguinte questão de pesquisa: Como a violência obstétrica alude à violência de gênero no contexto do Ensino Médio Integrado do Instituto Federal da Paraíba – IFPB? Ou seja, pretende-se pesquisar, primeiramente, o que os alunos entendem por violência obstétrica e se, para eles, ela alude à violência de gênero para, a partir daí, delimitar como a construção do guia digital sobre o tema pode responder aos</i></p>

questionamentos dos próprios alunos e, dessa forma, ser útil a eles na prevenção da violência obstétrica.
CONTEXTUALIZAÇÃO
Como já dito no decorrer desta apresentação do produto educacional, a relação entre o tema objeto da pesquisa ocorre em virtude do estudo de reprodução e sexualidade durante o Ensino Médio integrado, no componente curricular Biologia, de modo que as turmas do ensino profissional e tecnológico têm contato com o tema e se faz necessário que entendam o que significa “violência obstétrica”, até mesmo como forma de prevenção desse tipo de violência. Em tal idade (adolescência) é quando começa a idade reprodutiva, bem como o interesse maior dos estudantes por assuntos relacionados à sexualidade, tanto que é comum a gravidez na adolescência e, conseqüentemente, a violência obstétrica nesse período. Além disso, foi instituído curso de Doula na modalidade de Formação Inicial Continuada (FIC) no Instituto Federal de Brasília, sendo parte do ativismo na doulagem que esse tipo de curso seja parte de política pública, devendo ser oferecido em instituições como os Institutos Federais na modalidade de ensino profissional, já que ser doula consta como ocupação reconhecida na legislação brasileira. A aplicação do produto educacional a ser desenvolvido deve levar em conta o contexto das articulações pedagógicas do ensino profissional no âmbito dos Institutos Federais, que tem como pilares do ensino médio integrado a formação unitária, omnilateral e a politecnia.
DIALOGICIDADE
Para a construção do produto, fez-se necessária a realização da pesquisa para investigação acerca de qual seria a melhor abordagem da temática no contexto do Ensino Médio Integrado. Após desenvolvimento da pesquisa, foi escolhida a forma entendida como mais adequada no que se refere às possibilidades de sua apresentação às turmas pelo professor de Biologia, de acordo com as metodologias adequadas para a faixa etária do público-alvo. Assim, após realização de questionário com docentes de Biologia e discentes do Ensino Médio Integrado do IFPB, entendeu-se pelo desenvolvimento de guia digital, que se entendeu ser um produto útil a esse público-alvo principal da pesquisa realizada.
LOCAL DE APLICAÇÃO/EXPERIMENTAÇÃO
Turmas de Ensino Médio Técnico-integrado do IFPB.

FONTE: Dados da pesquisa (2021).

Todavia, durante o desenvolvimento textual e, após a finalização do produto educacional, considerando que o seu conteúdo foi além da temática da violência obstétrica, tratando detalhadamente sobre fisiologia da gestação e do parto, entendeu-se por bem alterar, além da tipologia do produto educacional, como mencionado anteriormente, também a nomenclatura inicial, sendo escolhido o título: “*Auto da barriguda: gravidez, parto humanizado e violência obstétrica – guia digital*”, mantendo-se o estilo visual e estilístico que foram escolhidos quando do planejamento, porém com uma nova capa e contendo diversas ilustrações, conforme teor do material, inserido integralmente no capítulo 6 (subseção 6.4.2).

Antes, porém, como o presente estudo apresentou como objetivo investigar a relação entre violência obstétrica e violência de gênero no contexto do Ensino Médio Integrado do IFPB, entendeu-se pela necessidade de abordar as questões relativas aos aspectos relativos ao feminismo e aos estudos de gênero, como veremos nos capítulos seguintes.

3 A EPISTEME DO FEMINISMO COMO SABER SUBALTERNO

Para entender a violência obstétrica, primeiro há que perpassar a questão das construções do conceito de gênero, as relações de poder existentes, assim como as diversas violências praticadas contra a mulher em razão de seu ser feminino. Importante ainda, desde logo, compreender o conceito de feminismo e as ondas feministas envolvidas na problemática.

3.1 (R)EVOLUÇÃO DO FEMININO: SER/ESTAR MULHER

O termo *feminismo* refere-se a um movimento social e político que busca a equidade, isto é, a conquista de direitos iguais/equivalentes entre homens e mulheres.

Oportuno ressaltar, todavia, que não existe um único movimento feminista na história da organização das mulheres, “mas sim uma síntese hegemônica de determinado período que caracteriza o enfoque dos diversos movimentos feministas, em que cada um assume uma posição política demarcada e delinea determinada estratégia” (BITTENCOURT, 2015, p. 198).

Segundo Bittencourt (2015, p. 199-200), a primeira “onda” do movimento feminista ocorreu com o sufrágio, tendo iniciado no final do século XVIII, no contexto da Revolução Francesa, e se estendido até o início do século XX:

As principais lutas concretas referem-se, portanto, a formação profissional e a representação política, reivindicando o acesso à educação formal, ao trabalho remunerado e ao voto. Tal fase é caracterizada como ligada “ao interesse das mulheres brancas de classe média” por apresentar pautas generalizadas de igualdade formal inclusiva que em pouco ferem a estrutura patriarcal historicamente edificada. [...] Ou seja, mesmo restringindo-se às conquistas “formais”, o impacto na ordem patriarcal era inegável.

A segunda onda feminista ocorreu após as duas guerras mundiais, entre os anos de 1960 e 1980, momento em que os homens voltaram ao mercado de trabalho e em que o exército de reserva do capitalismo passou a ser essencialmente formado por mulheres, cujo papel de esposa e mãe voltou a ser exaltado. Assim,

[...] diversas teóricas feministas começam a questionar o reforço de tais papéis culturais e sociais e procuram retomar certas conquistas atingidas pelo ingresso no mercado do trabalho, como: o espaço público (ainda que precarizado e desvalorizado); o ingresso nas universidades; e a conquista de

democracia representativa, de forma a romper os entraves das reivindicações formais da primeira onda feminista. (BITTENCOURT, 2015, p. 201).

Ainda nos dizeres de Bittencourt (2015), por ocasião da segunda onda, diversos movimentos feministas passam a combater o patriarcado, por ser uma forma de expressão do poder político que é exercido pela dominação do masculino sobre o feminino através da inferiorização das mulheres em praticamente todos os âmbitos sociais. A partir de então, começa-se também a fazer recortes de classe e de raça dentro do próprio feminismo e “elevam-se as vozes das mulheres negras e pobres subjugadas dentro do movimento” (BITTENCOURT, 2015, p. 201):

Inclusive, é nesse período em que se formulam as problematizações acerca das diferenças entre gênero, sexo e orientação sexual, desmitificando a naturalização de papéis sociais que seriam inerentes a homens ou mulheres. Ainda há a importante contribuição do questionamento da dicotomia artificial dos espaços públicos e privados, ressaltando que o “pessoal” ou o privado são espaços políticos e que devem ser desvelados.

Entre as décadas de 80 e 90, a onda neoliberal que ocorreu com o aumento do poder do mercado globalizado e transnacional, marcado pela flexibilização do trabalho, teve consequências também dentro dos movimentos feministas, passando a se falar na terceira onda do feminismo:

É chamada por diversos nomes que remetem à convergência teórica e política proclamada como o pós-modernismo, inclusive reafirmando-se como “pós-feminismo” ou “feminismo da diferença”, criticando a segunda onda por seu suposto caráter monolítico, universal e generalizante, sem perceber as implicações individuais ou subjetivas das mulheres (BITTENCOURT, 2015, p. 202).

Na realidade, a terceira onda abarca o início da teorização sobre a ressignificação dos estudos dos gêneros (BITTENCOURT, 2015), que inclui, ainda, a importante noção evidenciada por Joan W. Scott (1998), citada por Miskolci (2009, p. 173-4), de que a diferenciação entre os sujeitos ocorre a partir de uma *norma presumida*, nem sempre explicitada, na qual a diferença seria resultado da designação do outro por meio de processos *normalizadores* de certos comportamentos.

O panorama então exposto é essencial para compreender o feminismo, que na realidade trata de movimentos plurais e coexistentes. De todo modo, o termo expressa a luta por uma igualdade de direitos entre os gêneros masculino e feminino.

O feminismo, na definição de Tiburi (2018, p. 12), representa

[...] o desejo por democracia radical voltada à luta por direitos daqueles que padecem sob injustiças que foram armadas sistematicamente pelo patriarcado. Nesse processo de subjugação, incluímos todos os seres cujos corpos são medidos por ser valor de uso: corpos para o trabalho, a procriação, o cuidado e a manutenção da vida, para a produção do prazer alheio, que também compõem a ampla esfera do trabalho na qual está em jogo o que se faz para o outro por necessidade de sobrevivência.

Nesse contexto, também se faz importante compreender discussões relacionadas ao gênero, conforme veremos a seguir.

3.2 A PROPÓSITO DE GÊNERO: (SUB)VERSÃO INCONTIDA

A noção de gênero parece surgir na literatura feminista em contraposição à noção de sexo, isto é, enquanto este serviria para diferenciar os seres humanos com base em características biológicas (sexo masculino e sexo feminino), aquele teria a intenção de traduzir questões culturalmente atribuídas ao homem e à mulher, a princípio no sentido de manter uma estrutura de poder baseada na dominação do masculino sobre o feminino.

Em sua obra *O segundo sexo*, Simone de Beauvoir, considerada uma das autoras representativas da segunda onda do feminismo, magistralmente aborda aspectos do surgimento dessa dualidade entre os sexos e, como desde o início desse conflito, o homem tem prevalência na dominação sobre a mulher.

Segundo Beauvoir (2016a), foi ainda na Idade da Pedra, com a descoberta do cobre e do estanho, assim como com a fabricação de instrumentos com esses materiais, que o trabalho doméstico da mulher perdeu espaço na nova divisão de trabalho com o homem. A partir daí houve o advento da propriedade privada, o que, segundo a autora, possibilitou o surgimento da sociedade patriarcal, em que a transmissão de propriedade passou a ser de pai para filho, e não mais da mãe para o clã, de modo que o direito paterno se sobrepôs ao materno, momento em que a mulher passou a ser oprimida na família.

Sobre a questão, conclui:

A igualdade só se poderá restabelecer quando os dois sexos tiverem direitos juridicamente iguais, mas essa libertação exige a entrada de todo o sexo feminino na atividade pública. [...] O problema da mulher reduz-se ao de sua capacidade de trabalho. Forte na época em que as técnicas se adaptavam às suas possibilidades, destronada quando se tornou incapaz de explorá-las, ela

volta a encontrar no mundo moderno sua igualdade com o homem. São as resistências do velho paternalismo capitalista que, na maioria dos países, impedem que essa igualdade se realize; ela o será no dia em que tais resistências se quebrarem (BEAUVOIR, 2016a, p. 85).

Scott (1995, p. 72), a seu turno, afirma:

Na sua utilização mais recente, o termo "gênero" parece ter feito sua aparição inicial entre as feministas americanas, que queriam enfatizar o caráter fundamentalmente social das distinções baseadas no sexo. A palavra indicava uma rejeição do determinismo biológico implícito no uso de termos como "sexo" ou "diferença sexual". O termo "gênero" enfatizava igualmente o aspecto relacional das definições normativas da feminilidade. Aquelas que estavam preocupadas pelo fato de que a produção de estudos sobre mulheres se centrava nas mulheres de maneira demasiado estreita e separada utilizaram o termo "gênero" para introduzir uma noção relacional em nosso vocabulário analítico. Segundo esta visão, as mulheres e os homens eram definidos em termos recíprocos e não se poderia compreender qualquer um dos sexos por meio de um estudo inteiramente separado.

Judith Butler, teórica da terceira onda feminista, por outro lado, questiona a divisão entre sexo e gênero em que se considera que o primeiro seria determinado biologicamente, enquanto o segundo seria uma questão cultural.

Os questionamentos trazidos à tona por Judith Butler em *Problemas de gênero* referem uma preocupação de não limitar os conceitos de gênero e sexo entre natureza e cultura, isto é, de não polarizar a questão entre “livre-arbítrio e determinismo”, eis que “algumas restrições linguísticas comuns ao pensamento tanto formam quanto limitam os termos do debate” (BUTLER, 2017, p. 29).

Ainda segundo a autora, limitar o sexo ao corpo não seria o ideal, já que a própria noção de corpo é uma construção. “Se o gênero ou o sexo são fixos ou livres, é função de um discurso, como se irá sugerir, busca estabelecer certos limites à análise ou salvaguardar certos dogmas do humanismo como um pressuposto de qualquer análise do gênero” (BUTLER, 2017, p. 30).

Observa-se, portanto, que as teorias clássicas do feminismo começam a ser repensadas.

Através de novos questionamentos, reformulam-se conceitos e são incluídos na discussão aspectos ligados ao discurso hegemônico vigente, de modo a se criticar o próprio ideal de existência de uma “feminilidade original ou genuína”, o qual “tende não só a servir a objetivos culturalmente conservadores, mas a construir uma prática excludente no seio do feminismo”, afirma Butler (2017, p. 73), e continua: “Em toda a especulação de Engels, do

feminismo socialista e das posições feministas enraizadas na antropologia estruturalista, são muitos os esforços para localizar na história ou na cultura momentos ou estruturas que estabeleçam hierarquias de gênero”.

De toda forma, é notório que as relações de poder vigentes são determinantes na definição dessa tal hierarquia de um gênero sobre outro. Na realidade, não se nega a diferença biológica entre os sexos designados como masculino e feminino, mas é importante pensar em que medida tais diferenças levaram à dominação de um gênero (masculino) sobre o outro (feminino).

3.3 SOMOS DIFERENTES SIM!

Relativamente à questão da dominação da mulher pelo homem, observa-se uma estreita relação com a dominação do corpo feminino. No contexto da propriedade privada do patriarcado, a mulher passa a ser considerada também uma propriedade do homem. Enquanto menina é propriedade do pai, na juventude, preparava-se para aguardar o homem com quem casaria e que então passaria a ter domínio dela.

Beauvoir (2016b, p. 76), ao falar da jovem, lembra que

Admite-se unanimemente que a conquista de um marido – ou, em certos casos, de um protetor –, é para ela o mais importante dos empreendimentos. No homem encarna-se a seus olhos o Outro, como este para o homem se encarna nela; mas esse *Outro* apresenta-se a ele como o essencial e ela se apreende perante ele como inessencial. Ela se libertará do lar paterno, do domínio materno e abrirá o futuro para si, não através de uma conquista ativa e sim entregando-se, passiva e dócil, nas mãos de um novo senhor.

A noção de poder sobre o corpo é abordada por Michel Foucault em sua obra *Vigiar e punir*, conforme menciona Butler (2018, p. 97):

Nesse livro, a alma é definida como instrumento de poder pelo qual o corpo é cultivado e formado. Em certo sentido, funciona como um esquema carregado de poder que produz e efetiva o corpo. Podemos entender as referências de Foucault à alma como uma reelaboração implícita da formulação aristotélica, na qual a alma é entendida como a forma e o princípio da matéria do corpo.

Enquanto na referida obra o corpo é regido pelo poder disciplinar, já que, para Foucault (1987), “é dócil um corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado”, no livro *História da sexualidade I*, há resistência do sujeito

ao poder disciplinar da sexualidade, “a função repressiva da lei é enfraquecida precisamente por ela se tornar o objeto de excitação e de investimento erótico” (BUTLER, 2018, p. 109).

Tais aspectos abordados na obra foucaultiana relativos ao poder, quando relacionados ao corpo, parecem expressar também uma função psíquica, conforme Butler (2018). E é justamente tal abordagem que permite correlacionar a dominação do corpo da mulher no contexto do patriarcado. Ademais, é nessa ótica que Miskolci (2009, p. 158) traz a abordagem de tais teorias como subalternas, já “que fazem uma crítica dos discursos hegemônicos na cultura ocidental”.

Ao se considerar dono da mulher e, conseqüentemente, de seu corpo, o homem passou a utilizar castigos físicos para tentar conter as resistências porventura existentes contra sua dominação.

A dominação masculina, segundo Bourdieu (2019, p. 111),

[...] constitui as mulheres como objetos simbólicos, cujo ser (*esse*) é um ser-precebido (*percipi*), tem por efeito colocá-las em permanente estado de insegurança corporal, ou melhor, de dependência simbólica: elas existem primeiro pelo, e para, o olhar dos outros, ou seja, enquanto objetos receptivos, atraentes, disponíveis (BOURDIEU, 2019, p. 111).

Um dos pilares do feminismo, portanto, é a ideia de libertação do corpo feminino dessa dominação masculina.

Scott (1995, p. 91-92) traz ainda exemplos de ligações entre gênero e poder, afirmando:

[...] só são uma parte da minha definição de gênero como um modo primeiro de significar as relações de poder. Frequentemente, a ênfase colocada sobre o gênero não é explícito, mas constitui, no entanto, uma dimensão decisiva da organização, da igualdade e desigualdade. As estruturas hierárquicas baseiam-se em compreensões generalizadas da relação pretensamente natural entre o masculino e o feminino. A articulação do conceito de classe, no século XIX, baseava-se no gênero. Quando, por exemplo, na França os reformadores burgueses descreviam os operários em termos codificados como femininos (subordinados, fracos, sexualmente explorados como as prostitutas), os dirigentes operários e socialistas respondiam insistindo na posição masculina da classe operária (produtores fortes, protetores das mulheres e das crianças). Os termos desse discurso não diziam respeito explicitamente ao gênero, mas eram reforçados na medida em que se referenciavam a ele. A codificação de gênero de certos termos estabelecia e ‘naturalizava’ seus significados. Nesse processo, as definições normativas do gênero historicamente situadas (e tomadas como dadas) se reproduziram e se integraram na cultura da classe operária francesa.

As violências cometidas contra as mulheres vêm de datas longínquas. Porém, o advento do feminismo também foi um importante instrumento no combate a essas violações ao corpo e à psique *feminina*. As mulheres passaram a ter consciência de sua vulnerabilidade perante o sistema baseado no machismo e que, apesar de serem tão numerosas quanto os homens na sociedade, há muito estão em condição inferior quando se trata de direitos e obrigações.

Nesse contexto, surgem as discussões a respeito dos papéis sociais destinados ao homem e à mulher, como a paternidade e a maternidade, cujas enormes discrepâncias vêm sendo questionadas pelos movimentos feministas contemporâneos, conforme veremos no capítulo seguinte.

4 MATRESCÊNCIA: A TRANSIÇÃO DO “SER MULHER” PARA O “SER MÃE”

Enquanto a expressão latina “*alma mater*” alude à representação da mulher como uma divindade, colocando a mãe como aquela responsável por gestar, cuidar e alimentar, a maternidade contemporânea trouxe a resignificação desse local em que a mulher foi colocada, especialmente a partir do desenvolvimento das teorias feministas, conforme histórico traçado no capítulo anterior.

Nesse contexto, o conceito de maternidade foi atrelado à questão biológica ligada à gestação, parto e nascimento, enquanto maternagem passou a significar a parte de vínculo afetivo com a criação da prole (GRADVOHL; OSIS; MAKUCH, 2014).

Assim, considerando todas as transformações por que passa uma mulher na transição para a maternidade, Dana Raphael, antropóloga responsável por cunhar o termo “doula”², denominou de *matrescência* o conjunto de alterações hormonais, físicas e psicológicas decorrentes de uma gestação, parto e maternagem de um bebê. Segundo a autora:

O parto traz uma série de mudanças muito dramáticas no ser físico da nova mãe, em sua vida emocional, em seu status dentro do grupo, até em sua própria identidade feminina. Distingo esse período de transição dos outros, chamando-o de *matrescência* para enfatizar a mãe e focar em seu novo estilo de vida (RAPHAEL, 1973, n.p., *apud* ATHAN, 2020).

Sobre o termo *matrescência*, Sacks (2018) explica que a palavra tem correlação com o termo adolescência, uma das fases conhecidas pela grande carga de mudanças físicas e emocionais, não sendo automático aprender a ser mãe tão logo ocorra o nascimento do bebê.

Ainda segundo Raphael (1975, n.p., *apud* ATHAN, 2020):

O período crítico de transição que foi esquecido é a *matrescência*, a hora de se tornar mãe. [...] Dar à luz não torna automaticamente uma mãe uma mulher. [...] A quantidade de tempo que leva para se tornar uma mãe precisa de estudo.

Em suma: “Como a adolescência, a transição para a maternidade é uma grande mudança” (ATHAN, 2020).

A *matrescência*, portanto, seria uma transição entre a maternidade e a maternagem, denotando o sentido de que o fato de gestar e parir um descendente não torna alguém

² “Quem primeiro utilizou o conceito de doula na concepção moderna foi a antropóloga Dana Raphael, em seu livro *The Tender Gift Breastfeeding*, para se referir às mulheres que ajudavam às novas mães durante a lactância e o cuidado com o recém-nascido nas Filipinas” (SOUZA, 2018, p. 135).

automaticamente uma “mãe”, de modo que o processo de maternagem (vinculação) demandaria tempo e dedicação, não sendo algo automático.

De toda forma, nesse cenário, em se tratando de uma *maternidade* biológica, o fato de gestar envolve a vida do feto em desenvolvimento, o qual, na legislação brasileira, tem direitos desde o ventre. São os direitos do nascituro, cujos aspectos gerais veremos a seguir.

4.1 DIREITOS DO NASCITURO

A Constituição da República Federativa do Brasil (BRASIL, 1988) assegura o direito à vida como direito e garantia fundamental em seu artigo 5º, *caput*, asseverando que tal direito deve ser assegurado pela família, pela sociedade e pelo Estado quanto à criança, ao adolescente e ao jovem em seu artigo 227.

Segundo o Código Civil brasileiro (BRASIL, 2002b), a personalidade civil³ tem início a partir do nascimento com vida, porém a lei põe a salvo, desde a concepção, os direitos do nascituro.

Da mesma forma, o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990a), que dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente, conforme artigo 1º, assegura o direito à vida em seu artigo 7º.

Para além da discussão sobre o aborto, que não é objeto do presente estudo, há que se observar que a legislação brasileira de proteção tanto do nascituro como das crianças acaba por deixar margem para o cometimento de violências contra a mulher em nome do nascituro.

Muitas condutas de violência ocorridas durante o pré-natal, parto e trabalho de parto são cometidas em nome de salvar a vida do bebê. Com o pretexto de “salvar vidas”, o parto foi levado do ambiente doméstico para as instituições hospitalares.

Ao contrário do que se poderia imaginar, a chamada institucionalização médica ou hospitalização do parto fomentou práticas de atendimento sem base em evidências científicas e que ofendem a saúde da paciente assistida, vulnerabilizando-a física e mentalmente (FARIAS; MELO, 2017, n.p.).

Os relatos verbais ouvidos em rodas de gestantes e mães são de realização de toques ginecológicos para verificar dilatação quando ainda não foi iniciado o trabalho de parto (e

³ “Trata-se da aptidão, reconhecida pela ordem jurídica a alguém, para exercer direitos e contrair obrigações ou deveres na ordem civil.. A personalidade é, portanto, o conceito básico da ordem jurídica, que a estende a todos os homens, consagrando-a na legislação civil e nos direitos constitucionais de vida, liberdade e igualdade” (DIREITO NET, 2020, n.p.) .

violência verbal e psicológica caso haja recusa a procedimentos ginecológicos deste tipo), de aplicação de ocitocina sintética, hormônio que pode intensificar as contrações e causar dor insuportável durante o trabalho de parto, indicação de realização de cesariana por motivos não elencados na literatura médica como necessários à realização de cirurgia, pressão de fundo do útero para acelerar a saída do bebê durante o parto, realização de episiotomia (corte no períneo) a fim de, supostamente, aumentar a passagem para o bebê no canal vaginal.

Enfim, o rol mais diverso possível de motivos para tentar acelerar o trabalho de parto e o nascimento do bebê, justificando-se, com isso, a legalidade de condutas que, na realidade, são violentas e sem lastro na medicina baseada em evidências.

Além disso, uma das formas de violência obstétrica mais relatada é a negligência no atendimento, que “se refere a uma forma de tratamento rude e/ou ameaçador dispensado durante o atendimento obstétrico” (FARIAS; MELO, 2017, n.p.).

Assim, ainda segundo Farias e Melo (2017, n.p.), “tem-se uma discussão para além do acerto técnico dos métodos empregados pelos profissionais de saúde, em virtude do caráter machista mesmo que a conduta possui”.

Importante, dessa forma, tratar sobre o direito ao tratamento respeitoso que tem a pessoa que gesta, conforme discussão que segue.

4.2 PARTO RESPEITOSO: GARANTIA DE DIREITOS HUMANOS DA MULHER

A despeito da medicalização no cenário do parto, conforme noções trazidas por Aguiar (2010), os movimentos feministas foram se sucedendo e as mulheres passaram a demandar direitos diversos e igualdade em relação ao tratamento dispensado aos homens.

Um dos pilares do feminismo é a ideia de libertação do corpo feminino da dominação masculina, a qual

[...] constitui as mulheres como objetos simbólicos, cujo ser (*esse*) é um ser-precebido (*percipi*), tem por efeito colocá-las em permanente estado de insegurança corporal, ou melhor, de dependência simbólica: elas existem primeiro pelo, e para, o olhar dos outros, ou seja, enquanto objetos receptivos, atraentes, disponíveis (BOURDIEU, 2019, p. 111).

Assim, visando resgatar o protagonismo do corpo da mulher no cenário do parto, surgiu o Movimento da Humanização do Parto no Brasil, o correspondente do Movimento do Parto Ativo na Inglaterra, conforme dito na Introdução. Nos dizeres de Balaskas (2015, p. 22):

O Parto Ativo é uma revolução cuja hora chegou, aqui e em todo mundo. É uma revolução feminina que acontece com um parto de cada vez. As mulheres estão recuperando e reassumindo o poder do parto. Em cada cidade do Brasil há uma comunidade dedicada a esta causa, feita de mulheres e seus companheiros, doulas, obstetrias, enfermeiras obstetras, médicos obstetras, psicólogos, instrutores de yoga e pilates, fisioterapeutas e ativistas do parto de todos os níveis, inclusive aqueles envolvidos em treinamento de profissionais e os que trabalham no governo com a saúde materno-infantil.

Observa-se, portanto, que o movimento da humanização do parto exige nada mais do que o básico, isto é, o devido *respeito* à mulher em todo o seu ciclo gravídico-puerperal.

A assistência humanizada passou a ser uma expressão utilizada em publicações do Ministério da Saúde desde o ano 2001, sendo lançada como “Política Nacional de Humanização” (PNH) em 2003, em todo o serviço público de saúde:

A PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si (BRASIL, 2013b, n.p.).

Dessa iniciativa humanizadora surgiu a “Rede HumanizaSUS”:

Um portal colaborativo para produção e difusão de informações em humanização da saúde entre gestores e trabalhadores da saúde, pesquisadores, estudantes e profissionais de diferentes áreas. Todos com um interesse comum: conhecer melhor, ampliar e colocar na roda de conversa virtual o tema da humanização (BRASIL, 2013b, n.p.).

A temática, inclusive, virou tema de literatura de cordel publicado na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, conforme segue.

FIGURA 4: Ilustração contida no cordel “O DIA EM QUE O SUS VISITOU O CIDADÃO”



FONTE: Brasil (2008?).

Além disso, também foi criada a Rede Cegonha,

[...] uma estratégia lançada em 2011 pelo governo federal para proporcionar às mulheres saúde, qualidade de vida e bem estar durante a gestação, parto, pós-parto e o desenvolvimento da criança até os dois primeiros anos de vida. Tem o objetivo de reduzir a mortalidade materna e infantil e garantir os direitos sexuais e reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes. A proposta qualifica os serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no planejamento familiar, na confirmação da gravidez, no pré-natal, no parto e no puerpério (28 dias após o parto) (BRASIL, 2015, n.p.).

A divulgação da Rede Cegonha também aconteceu por meio de publicação inspirada em literatura de cordel, contendo ilustrações e informações didáticas sobre políticas públicas e direitos da pessoa grávida.

FIGURA 5: Ilustração contida no cordel “Rede Cegonha”



FONTE: Brasil (2012a).

As diretrizes de parto respeitoso também estão previstas em Recomendações da Organização Mundial da Saúde, cujas recomendações para mulheres saudáveis terem uma experiência positiva de parto foram atualizadas em 2018 (OPAS/OMS, 2018), e em diversas legislações brasileiras. O Estatuto da Criança e do Adolescente, por exemplo, dispõe:

Art. 8º. É assegurado a todas as mulheres o acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo e, às gestantes, nutrição adequada, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde. (Redação dada pela Lei nº 13.257, de 2016) (BRASIL, 1990a).

O texto fala em “atenção humanizada”, assim como existem legislações estaduais e municipais que recomendam tais práticas no serviço público.

Com base em tal diretriz, alguns entes da federação brasileira – a qual é composta pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios – começaram a legislar sobre o documento chamado de “plano de parto”, como é o caso do Município de João Pessoa/PB, na legislação que regulamenta a humanização do parto e do nascimento (Lei nº 13.448/2017):

Art. 4º Constatada a gravidez, a gestante que desejar, elaborará Plano de Parto, que deverá conter, no mínimo, as informações contidas no Anexo I à presente lei, e deverá ser apresentado ainda durante o pré-natal ao médico obstetra da gestante ou à direção clínica da maternidade, quando o parto for realizado por plantonista, para que este, de posse do plano, possa avaliar o desejo da gestante, associado ao risco da gravidez, e assim harmonizar a liberdade de escolha da mulher em conjunto com sua integridade física e a do recém-nascido, de acordo com as normativas da Agência Nacional de Saúde e da Organização Mundial de Saúde. § 1º O Plano de Parto tem a função de registrar as preferências da mulher sobre todas as etapas do nascimento do bebê, podendo ser escrito em forma de carta corrida ou uma lista de itens com as preferências da mulher sobre o atendimento no local de parto, desde a sua chegada até a alta, incluindo os cuidados com o recém-nascido. § 2º O Plano de Parto, uma vez validado pela(o) médica(o) obstetra da gestante ou com a direção clínica da maternidade, quando o parto for realizado por plantonista, deverá ser assinado pela(o) mesma(o) e pela gestante, não podendo ser descumprido sob hipótese alguma, salvo em caso de pôr em risco a saúde e integridade da mulher e do recém-nascido, o que deverá ser devidamente comprovado em Partograma ou Relatório Médico por escrito, nos termos da Resolução nº 368 de 06 de janeiro de 2015, da Agência Nacional de Saúde – ANS (JOÃO PESSOA, 2017, n.p.).

Também existe lei similar no Município de Patos/PB, a Lei nº 4.647/2016, que dispõe sobre o plano de parto em seus arts. 6º a 8º (PATOS, 2016). Referido município também editou a Lei nº 4.916/2017 (PATOS, 2017), que trata sobre questões consideradas como violência obstétrica.

Em âmbito federal, por outro lado, tais matérias ainda se encontram sob a forma de projeto de lei a respeito, existindo o PL nº 7.867/2017 (BRASIL, 2017a) e o PL nº 878/2019 (BRASIL, 2019) a respeito do tema. Mas isso não significa dizer que não existe obrigatoriedade de recebimento desse documento em todo país, pois apesar de não existir lei federal, existem outras formas de normas que possibilitam o exercício de direitos, como as resoluções.

Importante mencionar, por fim, que o atendimento humanizado é recomendado também para as ocorrências de abortamento. As reflexões a seguir, também contidas na publicação “Parto, aborto e puerpério”, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001b), resumem a necessidade de atendimento humanizado também no caso de perdas gestacionais:

A gravidez e o parto são eventos sociais que integram a vivência reprodutiva de homens e mulheres. Este é um processo singular, uma experiência especial no universo da mulher e de seu parceiro, que envolve também suas famílias e a comunidade. A gestação, parto e puerpério constituem uma experiência humana das mais significativas, com forte potencial positivo e enriquecedora para todos que dela participam (BRASIL, 2001b, p. 9).

A protagonista desse evento adverso, portanto, deve ser a família, de modo que os profissionais de saúde são

[...] coadjuvantes desta experiência e desempenham importante papel. Têm a oportunidade de colocar seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do bebê, reconhecendo os momentos críticos em que suas intervenções são necessárias para assegurar a saúde de ambos. Podem minimizar a dor, ficar ao lado, dar conforto, esclarecer, orientar, enfim, ajudar a parir e a nascer. Precisam lembrar que são os primeiros que tocam cada ser que nasce e ter consciência dessa responsabilidade (BRASIL, 2001b, p. 9).

Mesmo sendo essencial ter uma assistência humanizada, sabe-se que tal papel pode ser difícil de desempenhar, pois a

[...] maioria dos profissionais vê a gestação, o parto, o aborto e o puerpério como um processo predominantemente biológico onde o patológico é mais valorizado. Durante sua formação, doenças e intercorrências são enfatizadas e as técnicas intervencionistas são consideradas de maior importância. Entretanto, a gestação é um processo que geralmente decorre sem complicações. Os estudantes são treinados para adotar "práticas rotineiras", como numa linha de produção, sem a avaliação crítica caso a caso. Disto decorre um grande número de intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas (BRASIL, 2001, p. 9-10).

Assim, em vez de patologizar as situações de abortamento e/ou de perda neonatal, é importante observar as subjetividades do caso, pois

[...] reconhecer a individualidade é humanizar o atendimento. Permite ao profissional estabelecer com cada mulher um vínculo e perceber suas necessidades e capacidade de lidar com o processo do nascimento. Permite também relações menos desiguais e menos autoritárias, na medida em que o profissional em lugar de 'assumir o comando da situação' passa a adotar condutas que tragam bem-estar e garantam a segurança para a mulher e o bebê (BRASIL, 2001b, p. 9-10).

É direito fundamental da pessoa que gesta, portanto, o acesso às boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento, ainda que na situação ocorra uma perda gestacional.

O acesso à saúde, no Brasil, é direito universal, previsto na Constituição Federal, por meio do Sistema Único de Saúde, conforme veremos a seguir.

4.3 DORES DO/NO PARTO NO BRASIL: (SUS)TO PARA QUEM?

Apesar de haver previsão expressa na legislação brasileira de atenção humanizada à gravidez, ao parto, e ao puerpério, bem como atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde, inclusive em situações de abortamento, é sabido que a realidade brasileira de atenção ao parto e ao nascimento ainda está longe do ideal buscado pela Humanização.

Segundo o artigo 196 da Constituição Federal (BRASIL, 1988), a saúde é direito de todos e dever do Estado, tendo sido nela prevista a criação do sistema único de saúde.

Regulamentado através da Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990b), o Sistema Único de Saúde enuncia como alguns de seus princípios a universalidade de acesso, integralidade de assistência, preservação da autonomia, igualdade de assistência à saúde, dentre outros (artigo 7º).

Na perspectiva da humanização, uma das principais alterações da referida lei ocorreu através da Lei nº 11.108/05, a chamada “Lei do Acompanhante” (BRASIL, 2005), que garantiu à mulher parturiente a permanência de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, cuja violação, inclusive, pode ser considerada como violação de direitos humanos (MELO; FARIAS, 2018).

Todavia, antes mesmo da edição de tal lei, o Ministério da Saúde já havia editado documento oficial do programa denominado “Humanização do parto: humanização no pré-natal” (BRASIL, 2002c). Tal documento, porém, trata mais de aspectos técnicos, financeiros e procedimentais do que melhoria de atendimento e de práticas de obstetrícia.

Mais recentemente, já no ano de 2017, foi lançado novo documento pelo Ministério da Saúde, este chamado de “Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal” (BRASIL, 2017e). A publicação revela um direcionamento muito mais alinhado às práticas humanizadas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde – OMS, recomendando tais práticas no Serviço Único de Saúde.

Apesar de todas essas leis e garantias tão importantes, o que a prática revela é que elas têm sido “letra morta” para grande parte da população brasileira, especialmente a que depende exclusivamente do SUS.

Isso porque, apesar de ser um sistema de saúde referência em todo o mundo, o SUS não tem tido condições de atender à demanda de maneira satisfatória. Maternidades sucateadas, profissionais de saúde com alta carga de trabalho e, à exceção da maioria dos médicos, baixos salários, lotação de leitos, enfim, são aspectos materiais que deixam o sistema no limite. Por outro lado, tem-se o sistema patriarcal e machista que embasa grande parte do procedimento utilizado pelas equipes de saúde, já tão citados no presente texto, que

insistem em subjugar as mulheres a violências que fazem as dores do parto ser apenas um detalhe para as usuárias do SUS – trata-se da violência institucional abordada por Aguiar (2010).

As mulheres sofrem não só no parto, mas em todo o processo de pré-natal, espera e admissão em maternidades, assistência de profissionais machistas e violentos, parto com intervenções desnecessárias, pós-partos sem assistência adequada à mãe e ao recém-nascido, dentre vários outros relatos de mau atendimento na rede pública de saúde, conforme veremos em seguida.

4.4 À CUSTA DE QUE(M)? REGIMES DA OBSTETRÍCIA

Dentre as violências cruelmente suportadas pela mulher está a violência obstétrica, que, como dito alhures, é aquela praticada contra a mulher por equipes de saúde, em instituições públicas ou privadas, por meio de manipulação do processo reprodutivo (SANTOS; SOUZA, 2015). Sendo praticada contra a mulher, enquanto gênero feminino, por ocasião de seu processo de gestar e parir, a violência obstétrica é uma violência de gênero.

Tal correlação, inclusive, vem sendo corroborada pelo fato de que, na atualidade, não só mulheres podem gestar e parir, sendo muito comuns os relatos de homens transgênero que têm passado pela experiência da gestação e do parto, em virtude de terem sistema reprodutor designado como feminino ao nascimento. Assim, tais pessoas também têm sido alvo de violência obstétrica, sendo uma das faces, portanto, da violência de gênero cometida contra as pessoas que não se adequam ao padrão “heteronormativo” vigente, conforme veremos no capítulo seguinte.

Quando se fala em violência obstétrica, deve se ter em mente que expressão não quer dizer que ela seja cometida apenas por *profissionais da obstetrícia*, mas sim que o termo é utilizado para designar a violência cometida por *equipes de saúde* contra a mulher/pessoa com útero. Não existe legislação específica no ordenamento brasileiro tipificando a conduta, apenas os projetos de lei que pretendem dispor sobre medidas de proteção contra a violência obstétrica, assim como sobre divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério (PL nº 7.867/2017 e PL nº 878/2019).

Todavia, o termo é utilizado em relação à violência a que está sujeita a mulher/pessoa com útero, em seu ciclo reprodutivo/gravídico-puerperal, por qualquer integrante da equipe responsável por esses cuidados à mulher durante a gravidez, parto, pós-parto e situações de abortamento e, até mesmo, em atendimentos relativos a medidas de contracepção, como vem

acontecendo em diversos Estados brasileiros, em que o dispositivo de contracepção *Essure* foi implantando em milhares de mulheres no Sistema Único de Saúde, por volta dos anos de 2012 a 2014, mas cuja retirada vem sendo negada pelos órgãos públicos, mesmo com relatos de efeitos colaterais graves à saúde⁴, conduta que também pode ser considerada como violência obstétrica.

Importante destacar que não apenas as usuárias do SUS estão mais vulneráveis à ocorrência de violência obstétrica, pois é muito comum que profissionais vinculados a planos de saúde sejam autores dessas violências, bem como profissionais que atendem de forma particular.

Segundo Souza (2018, p. 169):

Os hospitais privados, por exemplo, cuja representação é maior nos estados brasileiros, praticamente não oferecem essa linha de trabalho, ainda representam as exceções. O que se percebe é certo discurso sobre a importância da humanização do nascimento, mas há uma distância entre falar e realmente operar/adotar as práticas na rotina produtiva da prestação de saúde institucionalizada, quando se trata desse tipo de assistência à parturiente.

Já Sousa (2015, p. 11) pontua que “os tipos de violência registrados vão desde maus tratos e xingamentos até agressões físicas e lesões corporais, praticados pelos profissionais de saúde em face da mulher, que geralmente passam pelo processo de parto sozinhas e sem comunicação com o meio externo”.

⁴ Sobre o dispositivo *Essure*, cabe explicar que ele foi criado para ser um método contraceptivo definitivo, porém mais simples que a laqueadura tubária. Todavia, não é indicado atualmente como anticoncepcional em virtude de diversos efeitos colaterais danosos à saúde identificados após ter sido implantado em milhares de mulheres em todo o mundo. No Brasil e em diversos outros países, o *Essure* foi retirado de circulação e não é mais comercializado, até mesmo porque inúmeras mulheres usuárias do método, atualmente, brigam judicialmente por sua retirada, que precisa ser feita por meio de cirurgia específica e delicada, tendo em vista o risco de danos ao sistema reprodutor: “O *Essure* consiste em um par de molas de 4 centímetros cujo diâmetro pode se expandir de 1,5 a 2 milímetros para se fixar nas paredes das tubas uterinas. Os stents possuem uma estrutura interna de aço inoxidável, circundada por fibras de tereftalato de polietileno (PET), e uma estrutura externa de Nitinol (liga metálica de níquel-titânio). As fibras PET estimulam o crescimento dos tecidos das trompas para que se infiltrem nas molas, o que resulta na obstrução da passagem e – segundo promete a atual fabricante, Bayer – na esterilização permanente das mulheres que recebem os microimplantes. Desenvolvido nos anos 1990 pela empresa norte-americana *Conceptus Inc.*, esse método contraceptivo é conhecido cientificamente como ‘esterilização por histeroscopia’ – porque é feita com um histeroscópio, instrumento que dá ao médico a visão do interior do útero e das trompas, sem necessidade de corte cirúrgico. Como pode ser efetuada em ambulatório, de maneira breve (leva em média 10 minutos para ser concluída), por via vaginal e, portanto, com baixo impacto na vida da paciente, é considerada uma técnica minimamente invasiva se comparada à laqueadura das trompas, que demanda internação, cirurgia e aplicação de anestesia. Havia duas únicas exigências após a inserção do dispositivo: que a mulher utilizasse outro método anticoncepcional durante os 90 dias seguintes ao implante e que, ao final desse prazo, um exame de imagem fosse realizado para confirmar o posicionamento adequado das molas e, conseqüentemente, a esterilização” (ANJOS, 2018, n.p.).

Tentando fugir da realidade violenta do sistema de saúde, as mulheres que buscam o parto respeitoso acabam por contratar equipes chamadas de “humanizadas”, um serviço que custa caro para ser pago por uma família, mas que tem sido relatado como um bom investimento quando se tem em vista a saúde física e mental da mulher e de seu bebê.

Seja por meio de assistência de doulas, enfermeiras obstetras, médicas obstetras e pediatras que atuam de maneira autônoma em hospitais privados, cobrando honorários à parte, seja pela contratação de uma equipe de saúde para parto domiciliar, ou mesmo com a contratação de serviço em casa de parto da iniciativa privada, é crescente a escolha das mulheres/pessoas com útero e famílias pelo “parto humanizado”, por pretenderem vivenciar uma experiência positiva em seus partos.

O *parto humanizado*, portanto, não é uma via de nascimento, mas um tipo de assistência que se pauta na realização de um atendimento respeitoso e baseado nas evidências científicas. Nesse cenário, a doula é a profissional que tem tido mais proeminência nos últimos tempos, assunto tratado na sequência.

4.5 A CONTRA-HEGEMONIA: (SUB)VERSÕES DO VERBO “DOULAR”

Ao pesquisar em mecanismos de busca *online* ou mesmo na literatura correlata do Movimento da Humanização, normalmente a primeira definição que se encontra sobre doula é que o termo significa “mulher que serve”. De fato, a origem da palavra doula tem esse significado:

Etimologicamente, a palavra doula, cuja pronúncia correta é “dúla”, vem do termo grego clássico “dúli”, que significa “escrava”. Desde a Antiguidade, essa palavra designa uma criada doméstica ou escrava. Ou seja, “doula” significa “mulher que serve”. Nos dias de hoje, aplica-se às mulheres que dão suporte físico e emocional a outras mulheres antes, durante e depois do parto (SOUZA, 2018, p. 135).

Todavia, a atuação da doula tem uma acepção muito mais ampla, pois designa “uma assistente, com ou sem formação na área de saúde, mas devidamente capacitada em cursos de formação, que dá suporte físico e emocional à grávida até os primeiros dias de vida do bebê” (FARIAS; MELO, 2017, n.p.). Além disso, já se sabe que a presença da doula no cenário do parto é comprovadamente positiva para seu desfecho satisfatório:

As evidências mostram que a presença de uma doula ou acompanhante de parto profissional que não esteja ligada à instituição é benéfica, e não há nenhuma contraindicação. A Organização Mundial da Saúde, o Ministério da Saúde e as últimas revisões científicas são unânimes: mulheres acompanhadas de doula apresentam baixo índice de morbimortalidade materna e neonatal (DINIZ; DUARTE; 2004, p. 83).

Atualmente, a atividade da doula encontra-se classificada como ocupação, como lembra Souza (2018, p. 140): “Em 31 de janeiro de 2013, o Ministério do Trabalho lançou a nova versão da Classificação Brasileira de Ocupações, em que a ocupação de doula aparece, pela primeira vez, com o número 3221-35”. Não existe o reconhecimento como profissão, mas há o Projeto de Lei nº 8.363, de 2017, em trâmite na Câmara dos Deputados com essa finalidade (BRASIL, 2017b).

Todavia, atualmente, a doula não tem apenas a função de acompanhar as mulheres durante o trabalho de parto, pois exercem, além do “suporte físico, emocional e afetivo” (DINIZ; DUARTE, 2004, p. 83) durante a gestação, parto e pós-parto, uma função muito importante no ativismo pelo parto respeitoso e adoção de boas práticas por todos os profissionais de saúde que atuam no cenário do parto e do nascimento.

Junto às lideranças políticas e procurando proximidade junto a legisladores municipais, estaduais, e federais, as doulas e os movimentos de mulheres têm papel fundamental na edição das leis que permitem seu acesso às maternidades junto às parturientes, porém sem contar com o acompanhante legal (FARIAS; MELO, 2017), assim como legislações diversas que assegurem as boas práticas em obstetrícia.

Além disso, tem sido essencial o papel das doulas (e mais recentemente de parteiras, enfermeiras obstetras, obstetrizes e médicas obstetras) nas chamadas redes sociais, por meio das quais essas profissionais conseguem chegar a mulheres de variadas regiões, classes sociais e etnias do Brasil (e do mundo) com as informações mais recentes e atualizadas acerca das melhores recomendações obstétricas, ginecológicas e neonatais, de modo a permitir o empoderamento das gestantes no sentido de resgatar o protagonismo de seus partos e corpos e tentar buscar a melhor experiência de parto e nascimento possível para si e seus bebês.

Em sua tese de doutoramento, Souza (2018) traz um panorama detalhado acerca da atuação das doulas e parteiras nas denominadas “*medias digitais*”, que correspondem às *redes sociais* no Brasil. Em uma de suas análises, Souza (2018, p. 203-204) afirma:

[...] para além da (óbvia) atividade de parteiras/doulas, vale ressaltar que é muito diferente achar que tão somente a realização da atividade como parteira ou doula é suficiente como contributo. Há uma necessidade inerente

de se ir mais longe, pois é aí que começa o verdadeiro ativismo (em particular, o ativismo online). Afinal, a assistência ao parto é uma tarefa offline.

Observa-se, portanto, que a doula nem de longe tem o papel passivo de “servir”, sendo seu ativismo político e digital cada vez maior na sociedade brasileira.

4.6 DOULAGEM E PARTO HUMANIZADO

A doulagem, que nada mais é do que a atuação da doula, está intrinsecamente ligada ao parto humanizado, que, como vimos, é um tipo de assistência ao parto, de modo a tornar tal atendimento mais respeitoso e baseado em evidências científicas.

No exercício do seu mister,

[...] a doula não executa procedimentos médicos, não faz exames, não cuida da saúde do recém-nascido. Ela não pode ser encarregada de ouvir o coração do bebê, de tirar temperatura ou pressão. Não é sua responsabilidade cuidar desses exames, como também não deve responder a nenhuma decisão tomada durante o processo de parto (DINIZ; DUARTE, 2004, p. 85).

Por outro lado, a doula tem

[...] tempo e paciência para conhecer as mulheres grávidas e estar com elas. E independentemente de quão demorado seja o momento do parto, sua principal função é de ajudar as parturientes a relaxarem, a se sentirem seguras e emocionalmente compreendidas, a se esquecerem do mundo e a se entregarem àquele momento. Ou seja, as doulas se tornaram elementos extremamente empoderadores para as parturientes e as assistem para que possam parir da melhor forma e naturalmente (SOUZA, 2018, p. 138).

Todavia, é importante deixar explícito que a assistência ao parto feita no contexto do Movimento da Humanização não é a única forma pela qual pode acontecer um atendimento respeitoso, existindo também, no Brasil, a assistência ao nascimento por meio da atuação de *parteiras tradicionais* e *sororgestas*, como são atualmente chamadas as doulas da tradição.

4.6.1 Humanização versus Tradição

O Movimento da Humanização, conforme visto anteriormente, tem sido um dos meios para divulgar, encorajar e exigir que as escolhas da mulher sejam respeitadas no que concerne ao seu processo de gestar, parir e maternar. Como visto, a doulagem tem papel essencial nesse

movimento, o qual tem por base a medicina baseada em evidências. Porém, à parte da medicina tradicional, existe no Brasil a *parteria tradicional*, composta pelas parteiras tradicionais e sororgestas, antes chamadas de doulas da tradição.

As parteiras tradicionais são mulheres que vivem em comunidades mais isoladas da zona urbana e cujos conhecimentos sobre parto e nascimento nem sempre não são baseados em estudos formais, mas sim em conhecimentos ancestrais, passados de geração a geração:

As parteiras estão presentes na história do Brasil desde as primeiras décadas da colonização. Em Portugal o exercício do ofício era reconhecido, entretanto, era necessário obter uma licença especial para praticá-la, tanto na Metrópole quanto na Colônia. [...] Presentes em todo o território brasileiro eram denominadas por diferentes terminologias, tais como: Parteiras, comadres, aparadeiras, assistentes etc., entretanto a função exercida era a mesma (BUENO; TORTATO, 2019, p. 267).

Ainda segundo Bueno e Tortato (2019, p. 271), “o reconhecimento profissional das parteiras se manteve, mesmo após a institucionalização da medicina no Brasil”, porém “nem todas as parteiras possuíam licença para exercer o ofício, mas isso não as limitava no emprego de suas funções” (BUENO; TORTATO, 2019, p. 271-272).

Apesar de terem perdido prestígio após a institucionalização do parto e o surgimento da Medicina da Mulher (BUENO; TORTATO, 2019), é fato que,

[...] para um contingente de mulheres brasileiras sob influência de fatores geográficos, econômicos e sociais especialmente, nas zonas rurais, pesqueiras e lugares mais distantes, a única opção que existe para dar a luz é o parto domiciliar contando com a experiência de parteiras, muitas vezes, em condições precárias e sem muito preparo técnico (LUZ, 2001, p. 668).

Por essa razão, o Ministério da Saúde, ainda no ano de 2000, iniciou um programa de capacitação das parteiras tradicionais, publicando material com vistas a contribuir com a formação das parteiras, conforme explicitado por LUZ (2001, p. 668-669):

Nesse sentido, o "Livro das Parteiras" serve de material de apoio ao processo de aprendizagem das parteiras, como um dos principais instrumentos pedagógicos para a sua capacitação. O texto do livro é sumário, com o uso de poucas palavras e possui recursos visuais (desenhos e fotos) que facilitam o entendimento, de modo que a parteira possa utilizá-lo como material de consulta em casos de dúvida nos procedimentos para a saúde da mãe e do bebê, mesmo não sendo alfabetizada. É dividido em 11 capítulos: o corpo da mulher; pré-natal; exames que a parteira pode e deve fazer; trabalho e posições do parto; cuidados com o recém-nascido; material para um parto limpo; experiência de um parto em domicílio; problemas na gravidez, parto,

depois do parto e com o bebê; como encaminhar em caso de problemas; amamentação; plantas medicinais.

Já a publicação denominada “Trabalhando com parteiras tradicionais”

[...] serve de apoio pedagógico, apresentando diferentes técnicas de oficina para o desenvolvimento dos temas. Muitas das técnicas sugeridas nesse livro são desenvolvidas pelo movimento de mulheres e movimento popular de saúde. Criadas, adaptadas e utilizadas como instrumento de sensibilização sobre a questão de gênero e para a reciclagem de conhecimentos técnicos. Trata-se de uma proposta de processo de capacitação das parteiras tradicionais, de metodologia lúdica e criativa, valorizando suas experiências pessoais na tentativa de atenuar a postura educacional professor/aluno através de metodologia participativa (LUZ, 2001, p. 669).

Ainda conforme Luz (2001), o Ministério da Saúde visava atuar na capacitação da parteira tradicional para assistência ao parto, bem como permitir a troca de experiência, além de valorização desse momento da vida de uma mulher.

Após, o Programa “Trabalhando com Parteiras” deu origem ao documento “Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais” (BRASIL, 2010), sendo destinado aos profissionais de saúde da área técnica, a fim de capacitar as parteiras para atuação também com base nos princípios da humanização, como se pode observar de toda a leitura do texto, em especial seu capítulo 2, que é finalizado com trecho contendo a seguinte afirmação:

Se por um lado é fato que as parteiras tradicionais possuem limitados conhecimentos técnico-científicos, principalmente por seu trabalho encontrar-se isolado do serviço de saúde local, realizando-se em meio a muitas dificuldades, é igualmente notório que, em sua grande maioria, as parteiras possuem muitas habilidades, que lhes auxiliam na resolução de partos difíceis e recursos, principalmente no campo relacional, fundamentais para um cuidado baseado no respeito e no empoderamento da mulher para vivenciar o seu parto (BRASIL, 2010, p. 40).

Já no documento denominado “Livro da Parteira Tradicional”, consta o seguinte:

Este livro faz parte do investimento do Ministério da Saúde em reconhecer e valorizar o trabalho das parteiras tradicionais com sua sabedoria capaz de perceber o caráter familiar e íntimo do nascimento, nas diferentes regiões brasileiras. Nele estão contidos assuntos relacionados à gravidez, parto, resguardo, aborto e cuidados com o bebê, temas que fazem parte do seu dia a dia. O Livro da Parteira Tradicional foi elaborado para ser seu companheiro e acompanhar seus passos, incluindo espaço para complementação com seus saberes. Pretende-se que este material seja de fácil entendimento e contribua para a assistência ao parto e nascimento saudáveis, amorosos, seguros e respeitosos. Os desenhos visam facilitar o uso pelas parteiras tradicionais

que ainda não aprenderam a ler e escrever. Queremos que este livro ajude a lembrar do treinamento e sirva para consulta nos casos de dúvidas. Para a leitura dos textos, se for necessário, sabemos que podem contar com a ajuda, em casa, de familiares e amigos. (BRASIL, 2012b, p. 9).

Observa-se, portanto, que apesar de reconhecidas pelo Ministério da Saúde, as parteiras tradicionais têm atuação complementar para o órgão, que continua pautando suas diretrizes principais em torno do parto que ocorre em instituições, relegando o parto domiciliar às comunidades tradicionais e mais distantes dos centros urbanos. Isso significa que, em que pese situar a humanização como padrão a ser alcançado no parto, na prática não são realmente respeitados os saberes das parteiras tradicionais.

Cumprir mencionar, por outro lado, que tal inclusão e capacitação dessas mulheres acabou popularizando a parteria tradicional para uma parcela da população brasileira que não mora em comunidades tradicionais nem distantes de grandes centros urbanos.

Um dos expoentes da tradição é o Cais do Parto – Centro Ativo de Integração do Ser, uma organização não governamental fundada em 1991 em Olinda, Pernambuco, a qual tem como fundamentos a reforma sanitária, os direitos humanos, os direitos reprodutivos e o desenvolvimento sustentável, atuando nas áreas de saúde, gênero, cidadania, educação, ecologia e cultura (CARVALHO, 2020).

O C.A.I.S. do Parto destaca-se como entidade de apoio a grupos de parteiras, contribuindo efetivamente no resgate de culturas e tradições do parto e nascimento no Brasil e para o reconhecimento da profissão. Nossa entidade conta com capacidade instalada de uma equipe técnica qualificada para coordenar e desenvolver as ações específicas e cumprir as metas que a nossa atuação exige (CARVALHO, 2020, n.p.).

Além de apoiar as parteiras, o Cais do Parto costumava realizar cursos para formação de doulas na tradição, mas isso aconteceu apenas até o ano de 2019, conforme consta anunciado na página do Cais do Parto na rede social *Facebook* (CAIS BR, 2019). Porém, mais recentemente, isto é, a partir de 2020, tal organização passou a ser chamada de Escola de Saberes, Cultura e Tradição Ancestral (ESCTA), passando a divulgar a formação de *sororgestas* em suas redes. O termo significa “irmã maior” daquela que gesta (CAISINTERNACIONAL, 2020), forma como a entidade passou a chamar as “doulas na tradição”.

As sororgestas têm atuação diferente das parteiras, mas similar à atuação da doula da Humanização, porém se pautam com base mais nos conhecimentos tradicionais que nas evidências científicas. De toda forma, a despeito do que popularmente se difunde, parteira e

doula/sororgesta têm atribuições diferentes, seja pela perspectiva da Humanização, seja pela perspectiva da Tradição:

Profissionalmente a Doula cuida especialmente da fase do ciclo gestacional, se comprometendo com a ética e o respeito pelas escolhas da gestante, estando disposta a oferecer suporte e apoiar as questões físicas e emocionais femininas e familiares, podendo associar diversas habilidades naturais de seu conhecimento para beneficiar a mulher grávida, o bebê e o casal, estimulando o vínculo familiar, antes, durante e após o parto.

A Doula também poderá apoiar as mulheres na ressignificação de suas fases de menstruação, fertilidade, sexualidade, menopausa e nas mais variadas necessidades que abrange o universo feminino. A Tradição valoriza toda riqueza cultural que envolve a sabedoria ancestral das parteiras e curandeiras, utilizando dos dons e recursos naturais com gratidão e generosidade. Reconhecendo e honrando as próprias raízes, encontramos um caminho para simplicidade que nos torna parte do mundo e não nos complica enquanto espécie humana (LEITE, 2014, n.p.).

Destarte, apesar de não haver muita diferença de atuação entre as doulas do movimento da humanização e as sororgestas, ainda se observa a prevalência do “parto humanizado” em detrimento do “parto na tradição”, já que ainda prevalece nos serviços de saúde brasileiros o modelo institucionalizado de atendimento ao parto.

Por outro lado, em que pese a assistência ao nascimento pela Humanização estar cunhada, pelo menos na teoria, na medicina baseada em evidências, os atendimentos obstétricos costumam seguir uma linha intervencionista, algo que alguns pesquisadores chamam de “viés de gênero”, por considerar o corpo grávido como imperfeito e ameaçador (DINIZ; DUARTE, 2004), de modo a precisar de intervenções para salvaguardar a vida do feto.

Nessa linha, a seguir discutiremos as questões relacionadas ao gênero, trazendo noções sobre parentalidade e sobre a importância do estudo do tema ainda durante a educação básica.

5 GÊNERO, PARENTALIDADE E EDUCAÇÃO: A DIFERENÇA COMO FATOR DE TRANS-FORMAÇÃO

É difícil falar sobre questões relacionadas ao parto, ao nascimento e à maternidade sem fazer a correlação do tema com aspectos relacionados ao gênero. Essa discussão, por mais que possa levar a ideias polêmicas, tem sua razão de ser, quando o próprio Ministério da Saúde traz conceitos recentes a respeito do tema (BRASIL, 2020b, p. 35):

- › **Orientação sexual:** é a atração que alguém sente por outros indivíduos. Geralmente, envolve questões sentimentais, e não somente sexuais.
- › **Identidade de gênero:** é uma classificação pessoal e social das pessoas como homens ou mulheres, que pode ou não concordar com o gênero que lhes foi atribuído ao nascimento.
- › **Sexo designado ao nascimento:** refere-se aos aspectos anatômicos e morfológicos da genitália ao nascimento.
- › **Expressão de gênero:** é a forma como a pessoa se apresenta, sua aparência e seu comportamento.

Dessa forma, apesar da disseminação do discurso de que existem apenas o binômio homem e mulher, definidos biologicamente, de modo que as questões relativas aos estudos de gênero seriam fruto de uma ideologia, isto é, criadas para ameaçar a moralidade (MISKOLCI; CAMPANA, 2017), o fato é que publicação oficial e recente de órgão público brasileiro entende como certa a diferenciação acima exposta.

Segundo Miskolci e Campana (2017), as ideias acerca da existência de uma “ideologia de gênero” teriam surgido partir de textos escritos por Joseph Aloisius Ratzinger, que na época (1997) era cardeal da Igreja Católica, depois vindo a ser o Papa Bento XVI, tendo sido um dos expoentes religiosos que criticou a substituição do termo “mulher” pela “perspectiva de gênero”, a qual foi sugerida na Conferência Mundial sobre a Mulher de Beijing (1995). Explicam os autores que,

[...] nessa conferência se reconheceu que a desigualdade da mulher é um problema estrutural e só pode ser abordada de uma perspectiva integral de gênero. Essas declarações, que tinham um alcance global, colocaram a categoria “gênero” no centro dos debates que giravam em torno do papel da mulher, provocando uma importante reação por parte de diversos setores religiosos conservadores e, em especial, da própria Igreja Católica (MISKOLCI; CAMPANA, 2017, p. 727).

Por outro lado, houve a necessidade de falar sobre a perspectiva de gênero em virtude de uma demanda considerada urgente na garantia dos direitos humanos das populações que

não se incluíam na divisão dos sexos biológicos (masculino e feminino), fim de conseguir disponibilizar políticas públicas a essas chamadas minorias. Assim, concluem Miskolci e Campana (2017, p. 743):

[...] tudo indica que os empreendedores morais contra a “ideologia de gênero” são grupos de interesse conservadores que buscam distanciar os movimentos feminista e LGBT, e mesmo seus simpatizantes, das definições de políticas públicas e tomar o controle sobre elas. Sobretudo, dentro do recente campo discursivo de ação reconstituído neste artigo, buscam delimitar o Estado como espaço masculino e heterossexual, portanto refratário às demandas de emancipação feminina e de expansão de direitos e cidadania àqueles e àquelas que consideram ameaçar sua concepção de mundo tradicional.

Portanto, tais raízes fáticas e teóricas demonstram ser importante abordar aspectos relacionados ao gênero, para entender de onde surge a violência contra a mulher com base nessa perspectiva.

5.1 APRENDIZADO PELAS DIFERENÇAS

Questionando o estabelecimento de apenas dois sexos e/ou gêneros (feminino e masculino), Miskolci (2009) aborda a teoria *queer*, que busca justamente subverter tal lógica binária, que teria por base a heteronormatividade, ou seja, “um conjunto de prescrições que fundamenta processos sociais de regulação e controle, até mesmo aqueles que não se relacionam com pessoas do sexo oposto” (MISKOLCI, 2009, p. 156).

Segundo tal teoria, a *heteronormatividade* tanto subverte os indivíduos que não se enquadram em um dos dois sexos e/ou gêneros, taxa como “normais” apenas as pessoas que seguem os preceitos baseados na cultura do relacionamento heterossexual. Além disso, afirma Miskolci (2009, p. 175) que “identidades são inscritas através de experiências culturalmente construídas em relações sociais”. E conclui:

O interesse *queer* por travestis, transexuais e pessoas intersex se deve ao compromisso científico de crítica dos apanágios identitários e concepções de sujeitos unitários e estáveis. A Teoria *Queer* busca romper as lógicas binárias que resultam no estabelecimento de hierarquias e subalternizações, mas não apela à crença humanista, ainda que bem intencionada, nem na “defesa” de sujeitos estigmatizados, pois isto congelaria lugares enunciatórios como subversivos e ignoraria o caráter contingente da agência. A crítica da normalização aposta na multiplicação das diferenças que podem subverter os discursos totalizantes, hegemônicos ou autoritários (MISKOLCI, 2009, p. 175).

De toda forma, apesar de não se negar a existência de diferenças corporais e/ou biológicas entre as pessoas que são denominadas de sexos feminino ou masculino, o fato é que a divisão em dois sexos ou gêneros denota que “certas diferenças foram eleitas em determinado momento histórico para justificar desigualdades sociais” (ZANELLO, 2018, p. 42).

Assim, ao analisar todo o histórico dessas diferenças estabelecidas entre mulheres e homens, o que se constata é que, para além das diferenças biológicas, foi instituído um sistema cultural que estabeleceu papéis sociais baseados em dois gêneros, desprivilegiando não só os que não se identificam com nenhum deles, mas também colocando a mulher numa posição inferior.

Para Butler (2017), a própria diferença sexual estabelecida é também uma construção de gênero, como já afirmado anteriormente, no subtítulo 3.2. Conforme afirma, “se o gênero ou sexo são fixos ou livres, é função de um discurso que, como se irá sugerir, busca estabelecer certos limites à análise ou salvaguardar certos dogmas do humanismo como um pressuposto de qualquer análise do gênero (BUTLER, 2017, p. 30).

Nesse contexto, começou a ser discutida um exercício mais ativo da paternidade (biológica) e da paternagem (afetividade), mas indo além: passou a ser discutida a própria noção de parentalidade.

A Constituição Federal (BRASIL, 1988) traz em seu texto o direito da criança e do adolescente à proteção integral por parte do Estado e da família, o qual, referendado no Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990a) e corroborado no Código Civil (BRASIL, 2002b), acaba se desdobrando no conceito de parentalidade, segundo o qual, pela lei civil, a função parental deve ser exercida tanto pelo pai quanto pela mãe, ambos responsáveis legais pelos descendentes menores.

Nessa linha de raciocínio, mostra-se importante a discussão da parentalidade não apenas pelo fato de incentivar a divisão igualitária entre pai e mãe do papel de cuidado em relação à sua prole, mas, também, por dar visibilidade a formas de exercício de tal papel que há muito vem sendo exercida pelas mães solo (que criam sozinhas) ou mesmo por familiares como avós, tios e tias, etc.

Além disso, a exaltação da parentalidade acaba sendo uma forma mais inclusiva de denominação das novas configurações familiares contemporâneas, sendo comuns famílias compostas por pessoas com orientações sexuais diferentes das tradicionais parcerias heterossexuais (dois pais ou duas mães, por exemplo), ou mesmo compostas por pessoas com

identidades de gênero diversas, sendo uma realidade atualmente a escolha de gestar e parir por homens transgênero, muitos dos quais têm sistema reprodutor feminino, como foram designados ao nascer.

Mostra-se, destarte, a importância da discussão acerca das questões de sexualidade e gênero ainda durante o Ensino Médio Integrado, sendo uma realidade que precisa ser discutida.

De toda forma, mesmo considerando a diversidade no exercício da parentalidade, com variadas possibilidades de configuração da família brasileira, que podem ser compostas por casais/parcerias heterossexuais ou homossexuais, cisgênero ou transgênero, bem como por figuras solo materna ou paterna – todas protegidas pela legislação brasileira, inclusive pela Constituição Federal (BRASIL, 1988), o que se observa, na prática, é que a maioria das ocorrências de gravidezes acontecem a mulheres cisgênero e, quando acontece na adolescência, aparece a figura da “menina-mãe”, aspecto que será abordado a seguir.

5.2 (CON)FUSÕES NA ADOLESCÊNCIA: A *MENINA-MÃE* NO ENSINO MÉDIO

Segundo o artigo 2º do Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990a), a pessoa entre doze e dezoito anos de idade é considerada adolescente. A proteção ao adolescente é prevista na Constituição Federal (BRASIL, 1988), sendo que “a Emenda Constitucional nº 65, de 13 de julho de 2010, introduziu no art. 227 do texto constitucional a expressão *jovem*, junto com as expressões criança e adolescente” (ISHIDA, 2013, p. 9).

Em 2013, foi promulgado o Estatuto da Juventude, que em seu artigo 1º, § 1º, define como jovens as pessoas entre quinze e vinte nove anos de idade (BRASIL, 2013a).

Por outro lado, para a OMS, a adolescência é o período entre dez e dezenove anos de idade (COSTA *et. al.*, 2011), de modo que, para a legislação brasileira, inclui crianças, adolescentes e jovens. Ademais, “a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a gravidez na adolescência como uma gestação de alto risco devido a repercussões sobre a mãe e ao RN, além de acarretar problemas sociais e biológicos” (COSTA *et. al.*, 2011, p. 184).

Apesar de diferentes nas diversas legislações, os marcos etários demonstram que a gravidez durante o período da infância, da adolescência ou mesmo da juventude pode trazer dificuldades a essas jovens mulheres. Tanto é que,

No Brasil, há uma estreita relação entre educação e maternidade. Resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) mostram maior

frequência de gravidez em adolescentes de 15 a 19 anos sem escolarização do que naquelas com 9 a 11 anos de estudo (COSTA *et. al.*, 2011, p. 184).

Publicação recente do Ministério da Saúde informa que o Brasil possui a maior taxa de mães adolescentes da América Latina, o que motivou o lançamento do Programa “Adolescência primeiro, gravidez depois” (BRASIL, 2020a).

Segundo a publicação, “a taxa brasileira chega a 68,4 nascimentos para cada mil adolescentes mulheres”, enquanto “na América Latina o índice é de 65,5 nascimentos para cada mil” e “a taxa mundial é de 46 nascimentos para cada mil adolescentes e jovens mulheres” (BRASIL, 2020a).

Por meio de tal programa, “todo adolescente pode procurar um serviço de saúde, mesmo sem a presença dos responsáveis”, para atendimento individualizado na Atenção Primária, e de acordo com seu momento de vida, serão abordados temas como crescimento e desenvolvimento, saúde sexual, planejamento familiar, saúde reprodutiva e pré-natal (BRASIL, 2020a).

Assim, observa-se que a orientação do sistema de saúde brasileiro é no sentido de orientar campanhas para prevenir a gravidez na adolescência. Porém, se ela ocorre, existe o direito à realização de atendimento de pré-natal, mesmo que sem a presença dos responsáveis legais pelo adolescente.

Todavia, o que se observa, na prática, ainda é a tentativa de tutela do corpo das adolescentes pelas famílias (!), até mesmo porque, segundo os artigos 3º e 4º do Código Civil, são consideradas como absoluta ou relativamente incapazes, a depender da faixa etária (BRASIL, 2002b).

Para além dos aspectos sociais e legais, estudos comprovam alguns riscos relativos à gravidez na adolescência:

A literatura é quase unânime em afirmar que a associação da gestação adolescente e o aspecto socioeconômico cultural em que está inserida é fator de risco determinante para a ocorrência de prematuridade e/ou baixo peso ao nascer. A idade da mãe como fator isolado, ou a análise pura e simples do ambiente socioeconômico cultural em que se encontra, é perigosamente reducionista quando comparados com os de mães não adolescentes ou com condição social melhor diferenciada. Sob a ótica da saúde pública há consenso sobre os maiores riscos quando as idades das adolescentes são mais precoces, o que solicita o estudo e a elaboração de políticas públicas efetivas direcionadas a essa população (COSTA *et. al.*, 2011, p. 186).

Portanto, se para as mulheres em geral já existe uma tentativa de dominação do corpo em seu processo sexual e reprodutivo, para as adolescentes e jovens, a tendência é ser ainda mais explícita, seja pelos riscos sociais e fisiológicos que podem existir, seja pelo fato de que os estudos que indicam riscos para a saúde quando há gravidez na adolescência, podem ser utilizados como mais uma forma de tutela e de cometimento de violência durante o ciclo gravídico e puerperal.

Em rodas de mulheres e gestantes, há relatos de que as famílias de adolescentes e jovens grávidas as pressionam para escolher equipe de pré-natal, enxoval, nome do bebê e até mesmo a via de parto, isto é, ficam passíveis ao não protagonismo de seu parto e a violências obstétricas de várias ordens.

Ademais, especialmente quando estudantes, tais jovens sofrem constrangimentos da família e da sociedade porque estariam “estragando a vida e a possibilidade de seus estudos” ou por serem “crianças carregando outra criança”, como popularmente se diz, de modo que elas se tornam “meninas-mães” no Ensino Médio, sendo marginalizadas na realidade escolar, já tão cheia de percalços para estudantes nessa faixa etária.

Veremos, a seguir, aspectos relacionados a essa questão relacionada ao âmbito escolar.

5.3 GÊNERO, SEXUALIDADE E GRAVIDEZ: DIRETRIZES DO PLANO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (PNE)

De acordo com o artigo 35 da Lei de Diretrizes e Bases da Educação, o Ensino Médio compreende a etapa final da educação básica, tendo duração mínima de três anos, cujo currículo deve ser composto pela Base Nacional Comum Curricular, nos termos de seu artigo 36, seguindo o Plano Nacional de Educação, conforme artigo 87, § 1º da LDB (BRASIL, 1996b).

O Plano Nacional de Educação vigente está previsto na Lei nº 13.005/2014. Em seu anexo, a lei traz como sua Meta 3: “universalizar, até 2016, o atendimento escolar para toda a população de 15 (quinze) a 17 (dezessete) anos e elevar, até o final do período de vigência deste PNE, a taxa líquida de matrículas no ensino médio para 85% (oitenta e cinco por cento)” (BRASIL, 2014), e, para tanto, indica como estratégia:

3.8) estruturar e fortalecer o acompanhamento e o monitoramento do acesso e da permanência dos e das jovens beneficiários (as) de programas de transferência de renda, no ensino médio, quanto à frequência, ao aproveitamento escolar e à interação com o coletivo, bem como das

situações de discriminação, preconceitos e violências, práticas irregulares de exploração do trabalho, consumo de drogas, **gravidez precoce**, em colaboração com as famílias e com órgãos públicos de assistência social, saúde e proteção à adolescência e juventude (BRASIL, 2014). (*grifou-se*)

Observa-se, portanto, que a legislação faz correlação entre prevenção de gravidez precoce e aumento da matrícula de jovens de 15 a 17 anos de idade, mas não traz nenhuma disposição específica acerca de direitos ou situações especiais da adolescente gestante.

A Base Nacional Curricular Comum, a seu turno, mesmo sendo mais recente (BRASIL, 2018b), não trouxe muitas melhorias nesse aspecto, como abordado na seção que segue.

5.4 GÊNERO, SEXUALIDADE E GRAVIDEZ: ARCABOUÇOS DA BASE NACIONAL CURRICULAR COMUM (BNCC)

A Base Nacional Curricular Comum, prevista na Lei de Diretrizes e Bases, foi instituída pela Resolução nº 2, de 22 de dezembro de 2017, do Conselho Nacional de Educação (BRASIL, 2017c).

A análise de seu texto integral denota que há uma limitação para tratar de gênero, sexualidade e reprodução. Observou-se em tal documento, de 600 páginas, que tais temas têm pouca ou nenhuma relevância na estrutura curricular do Ensino Médio. A sexualidade e a reprodução são abordadas na BNCC quando esta trata das Ciências da Natureza (Biologia).

Há cinco menções à palavra “sexualidade” no texto e quatro à palavra “reprodução”, sendo que a mais relevante consta do seguinte trecho:

Nos anos finais, são abordados também temas relacionados à reprodução e à sexualidade humana, assuntos de grande interesse e relevância social nessa faixa etária, assim como são relevantes, também, o conhecimento das condições de saúde, do saneamento básico, da qualidade do ar e das condições nutricionais da população brasileira (BRASIL, 2018b, p. 327).

Por outro lado, sequer se menciona a palavra “gravidez” ou mesmo “gravidez na adolescência”. Da mesma forma, não há nenhuma ocorrência das palavras “contracepção”, “contraceptivos” ou “anticoncepcional”, assim como não há menção ao termo “IST” ou “infecção sexualmente transmissível”.

Já em relação à palavra “gênero”, há impressionantes 499 ocorrências dessa palavra no teor da BNCC, porém todas elas se referem à literatura, linguagem e gêneros textuais.

Não contendo menções relevantes aos termos acima citados, não foi surpresa o fato de não ser encontrada menção à violência de gênero e à violência obstétrica na BNCC.

As lacunas na estrutura curricular sobre estudos de gênero e sexualidade relacionados à reprodução humana, na realidade, corroboram a necessidade da presente pesquisa, no que se refere à investigação de como a violência de gênero pode levar à ocorrência da violência obstétrica. A urgência de intervenção nesse âmbito restou demonstrada na pesquisa de campo realizada com docentes e discentes do Ensino Médio do IFPB, demonstrando a importância de produção de recurso educacional para auxílio a discentes e docentes no processo de ensino-aprendizagem, conforme será abordado no capítulo seguinte.

6 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO VIOLÊNCIA DE GÊNERO: APORTANDO NO ENSINO MÉDIO TÉCNICO-INTEGRADO DO INSTITUTO FEDERAL DA PARAÍBA – IFPB

Este capítulo dimensiona os resultados da pesquisa, canalizando a perspectiva da análise e da interpretação dos dados, ou seja, os achados ou resultados da investigação empírica. Nesse aspecto, o texto que segue reúne condições para responder ao problema proposto, a partir das nuances interpretativas que atendem aos objetivos investigados.

Em outros termos, com o objetivo de *investigar a violência obstétrica como violência de gênero a partir da concepção de estudantes e professores de Biologia do Ensino Médio Técnico-integrado do Instituto Federal da Paraíba (IFPB)*, esta investigação partiu da seguinte questão de pesquisa: *como a violência obstétrica alude à violência de gênero no contexto do Ensino Médio Técnico-integrado, no IFPB?*

Assim, a estrutura textual desta seção perfaz-se com o fito de elucidar as incumbências expressas pelos objetivos da pesquisa, doravante, os objetivos específicos. Desse modo, a base de sentidos da produção que segue perpassa o esforço pela didática das ideias, no bojo atinente à compreensão analítico-interpretativa, espelhando o rito lógico-conceitual arvorado pela metodologia da pesquisa.

Além da pesquisa documental, a pesquisa de campo envolveu a realização de questionário misto, como o instrumento de coleta de dados pertinente à investigação, com duas categorias diferentes de sujeitos, envolvidos no mesmo cenário de ensino-aprendizagem: docentes do componente curricular Biologia, e discentes do Ensino Médio Técnico-integrado do Instituto Federal da Paraíba (IFPB).

Referente à pesquisa de campo e ao instrumento de coleta utilizado, o tratamento analítico dos dados partiu das especificidades das próprias informações captadas: *a)* os dados quantitativos foram tabulados, ilustrados em gráficos, ponderados os devidos percentuais e médias, fundados na estatística descritiva; *b)* já os dados qualitativos foram elucidados através de um tratamento condizente com sua natureza, cujo intuito foi desvendar *os porquês* interpostos pelo fenômeno nas dimensões da realidade vivida.

Assim sendo, para a sistematização dos dados qualitativos a partir das falas dos sujeitos (subsidiados por indagações abertas do instrumento de coleta de dados), optamos por organizá-los em quadros, cuja estruturação respalda-se nas narrativas docentes/discentes, e, com base nestas, na subsunção de *categorias empíricas*, corroborando o método de análise de

conteúdo para a organização/interpretação dos dados qualitativos, discussão a qual foi anteposta na metodologia da pesquisa.

Nesse aspecto, o processo de *categorização empírica* efetivou-se a partir dos seguintes princípios norteadores:

- a) leitura criteriosa do discurso que compôs o *corpus* das narrativas;
- b) parealidade do conteúdo das narrativas a partir de sentidos convergentes;
- c) correspondência dos blocos discursivos pareados com significados atinentes e correlatos;
- d) desdobramento de significados das categorias empíricas em dois parâmetros de associação: *eixos principais* e *fatores incidentes*.

Desta feita, os *eixos principais* anteparam o significado conjuntural da *parealidade do conteúdo* e das *correspondências dos blocos discursivos*, subsidiando o entendimento e/ou interpretação do *corpus*, que se desvela como matriz objetificada do processo de significação. Correlato a este procedimento, os *fatores incidentes* detalham melhor os sentidos encontrados, cujo desdobramento esclarece e/ou esmiúça a conjuntura dos eixos principais e seus feixes de significado.

Por oportuno, reiteramos que a pesquisa foi outorgada e referendada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IFPB, ainda no ano de 2019, porém, tendo em vista o contexto da Pandemia do SARS-CoV-2 (Coronavírus), assim considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a partir de 11 de março de 2020, a realização da coleta de dados foi feita na modalidade remota, utilizando-se a rede mundial de computadores (*Internet*), por intermédio da ferramenta *Google Forms*.

Nesses termos, os questionários foram construídos no segundo semestre de 2020 e transpostos para a plataforma *Google Formulários*, os quais foram enviados para os sujeitos via *e-mail* e/ou através de aplicativo de mensagens instantâneas (*WhatsApp*), após contato com coordenações, com docentes e com discentes de diversos *campi* e cursos do Ensino Médio Técnico-integrado do IFPB.

Portanto, as seções que seguem explanam os resultados alcançados, e, por sua vez, correspondem e atendem aos objetivos específicos da pesquisa, respondendo, pois, ao problema estipulado para a condução da investigação.

6.1 SITUAÇÕES DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA EM ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO TÉCNICO-INTEGRADO

A gravidez na adolescência é uma realidade que faz parte do cenário formativo do Ensino Médio, nas escolas brasileiras. Isso posto, já é comum instituições públicas de ensino regulamentarem, em suas bases processuais internas, a gravidez na adolescência. No IFPB não é diferente, já que, em termos institucionais, o Regimento Didático dos Cursos Técnico-integrados ao Ensino Médio prevê que as estudantes gestantes têm, apenas, direito às seguintes prerrogativas (IFPB, 2014):

- a) trancamento de matrícula, no caso de gravidez de risco (art. 32, parágrafo único, inciso III);
- b) regime especial de exercício domiciliar, a partir do 8º mês de gestação ou, no pós-parto, até 90 dias (art. 50, I).

Com base nisso, a partir do sistema de obtenção de informações da Rede Federal (Sistema de Informação ao Cidadão – SIC), fundamentados na Lei de Acesso à Informação, instamos acerca das estudantes que se tornaram mães, entre 2018 e 2020, e solicitaram ou não o regime especial. Como resposta a tal requerimento, o IFPB disponibilizou as informações, cuja íntegra propiciou a sistematização da tabela que se segue:

QUADRO 4: Estudantes que se tornaram mães entre 2018 e 2020, nos diversos *campi* do IFPB, com base nas informações disponibilizadas pela instituição.

CAMPI	ESTUDANTES QUE SE TORNARAM MÃES	ANO	CURSO	REGIME ESPECIAL
Areia	Nenhum caso registrado	-	-	-
Cabedelo	2	2020	Técnico Subsequente em Meio Ambiente	Não
	1	2020	Técnico-integrado em Recursos Pesqueiros	Não
	1	2019	Técnico Subsequente em Meio Ambiente	Não
Cabedelo (centro)	1	2020	Técnico Subsequente (curso não informado)	Ensino remoto durante a pandemia
Cajazeiras	1	2019	Técnico-integrado em Meio Ambiente (PROEJA)	Não
	1	2020	Técnico-integrado em Meio Ambiente (PROEJA)	Sim
Campina Grande	-	-	-	-
Católé do Rocha	-	-	-	-
Esperança	1	2018	Técnico-integrado em Informática	Sim
	1	2019	Técnico-integrado em Informática	Sim
	1	2019	Técnico-integrado em Informática	Não houve regime especial, discente e familiares solicitaram transferência externa
	3	2018	Técnico em Contabilidade (não informado)	Sim

Guarabira			se Integrado ou Subsequente)	
	1	2019	Técnico em Edificações (não informado se Integrado ou Subsequente)	Sim
Itabaiana	-	-	-	-
Itaporanga	-	-	-	-
João Pessoa	1	2020	Técnico-integrado em Eletrotécnica	Aula remota devido à pandemia
Mangabeira	3	2018 a 2020	Técnico Subsequente de Cuidador de Idosos	Sim
	3	2018 a 2020		Não
Monteiro	1	2020	Técnico-integrado em Instrumento Musical	Sim
	3	2019		Não
	1	2018		Não
	1	2019	Técnico-integrado em Edificações	Transferida
Patos	1	2019	Técnico-integrado em Segurança no Trabalho	Sim
Pedras de Fogo	-	-	-	-
Picuí	1	2020	Técnico-integrado em Geologia	Sim
	1	2020	Técnico-integrado em Edificações	Sim
	1	2020	Técnico-integrado em Informática	Sim
	2	2018	Técnico-integrado em Edificações	Sim
Princesa Isabel	2	2020	Técnico-integrado em Edificações	Não
	1	2019	Técnico-integrado em Controle Ambiental	Não
	3	2018	Técnico-integrado em Controle Ambiental	Não
Santa Luzia	1	2019	Técnico Subsequente em Informática	Não
	1	2019	Técnico-integrado (curso não informado)	Sim
Santa Rita	1	2020	Técnico-integrado em Meio Ambiente	Aula remota devido à pandemia
	1	2019	Técnico-integrado em Informática	Não
	1	2019	Técnico-integrado em Meio Ambiente	Não
Soledade	1	2020	Técnico Subsequente em Informática	Teve bebê no início da suspensão de aulas presenciais, devido à pandemia
	1	2020	Técnico Subsequente em Informática	Aguardando o atestado para providências
	1	2018	Técnico Subsequente em Informática	Sim
Sousa	1	2020	Bacharelado em Medicina Veterinária	Sim
	2	2019	Bacharelado em Medicina Veterinária	Sim
	1	2019	Licenciatura em Letras EAD	Sim
	2	2018	Bacharelado em Medicina Veterinária	Sim
	1	2018	Técnico em Agropecuária (Não informado se Integrado ou Subsequente)	Sim

FONTE: Dados da pesquisa (2021).

Conforme se percebe a partir da Tabela 1, os *campi* que totalizam as unidades do IFPB no Estado perfazem um total de vinte e uma (21) localidades, espalhadas do Litoral ao Sertão. Estrategicamente, cada unidade está situada em municípios que polarizam microrregiões, o que implica dizer que muitas pessoas de municípios circunvizinhos a cada *campus* usufruem, direta e/ou indiretamente, dos serviços prestados pela instituição.

Os resultados explicitados, cujos dados oficiais foram acessados através do Sistema de Informação ao Cidadão (SIC) do IFPB, com base na Lei de Acesso à Informação, também aventam a complexidade dos processos de ensino-aprendizagem da instituição, haja vista que sua estrutura *pluriformativa* atina e atende às várias fases e níveis educacionais, ficando de fora, apenas, a oferta da educação infantil e do ensino fundamental.

Esta, em suma, é a característica da Rede Federal de Educação, apontada por Silva (2017, p. 20), quando enfatiza que:

[...] no Brasil, a Rede Federal de Educação constitui-se como única base cujas instituições atinentes assumem para si a complexidade de uma formação “multimodal”, jamais visto em outra estrutura de formação educacional no país: a) Ensino Técnico-integrado ao Ensino Médio (ETIM - Profissionalizante); b) Ensino Técnico-integrado ao Ensino Médio para Jovens e Adultos (ETIM/EJA – Profissionalizante); c) Ensino Técnico Subsequente ao Ensino Médio; d) Formação Tecnológica voltada a Cursos Superiores de Tecnologia (CST – Profissionalizante); e) Formação de grau acadêmico voltada a Cursos Superiores de Bacharelado; f) Formação de grau acadêmico voltada a Cursos Superiores de Licenciatura; Formação de título acadêmico voltada a Cursos de Pós-graduação *Lato Sensu* (Aperfeiçoamento, Especialização); g) Formação de título acadêmico voltada a Cursos de Pós-graduação *Stricto Sensu* (Mestrado, Doutorado).

Do ponto de vista da oferta do ensino, conforme registrado no portal da própria instituição (IFPB, 2021), atualmente, o IFPB conta com 38 cursos superiores presenciais e/ou à distância (licenciaturas, bacharelados, tecnólogos), 106 cursos técnicos (integrados/subsequentes ao Ensino Médio), quatorze de pós-graduação *lato sensu* (especialização), quatro cursos de pós-graduação *stricto sensu*, em nível de mestrado (acadêmico e profissional), e apenas cursos em nível de doutorado ainda não são ofertados pelo IFPB.

[...] os Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia compõem as únicas instituições de ensino que comportam, em suas incumbências intrínsecas, uma natureza multifacetada, multifuncional e/ou plurivalente, diferenciando-se da missão das universidades juntamente pelas valências que assumem na condução de seus complexos processos e missões formativas (SILVA, 2017, p. 20).

Neste panorama, com um número aproximado de mais de 30 mil estudantes nos diversos *campi* e níveis formativos (IFPB, 2020), soa estranho que dos 38 cursos de graduação, por exemplo, apenas Medicina Veterinária e Letras, ambos em Sousa-PB, tenham registros de pessoas grávidas, entre 2018 a 2020. Nessa (i)lógica, o *campus* João Pessoa, o

maior da instituição em número de cursos e de estudantes, não apresentou nenhuma situação de pessoas grávidas cursando graduação, durante o mesmo intercurso de tempo.

Ao que parece, a própria instituição não demonstra ter um controle sistemático a respeito da ocorrência das gravidezes, especificamente na adolescência, que ocorrem durante o Ensino Médio Técnico-integrado, tendo enviado, também, dados dos cursos subsequentes, PROEJA⁵ e superiores, cujo perfil é diferente dos alunos do Ensino Médio Técnico-integrado.

Em síntese, vale ressaltar que a informação requerida ao IFPB (vide Anexo B) solicitava o número de registro de gravidezes na adolescência, durante o período supramencionado, o que implica dizer que pessoas que não estavam matriculadas no Ensino Médio na instituição não eram objeto de interesse direto por parte da requisição.

Essa conjectura deflagra uma tríplice perspectiva de dedução:

- a) requisições feitas via SIC/IFPB podem não corresponder e, por conseguinte, não satisfazer a real distinção de suas solicitações por parte de quem busca a informação institucional;
- b) isso leva a crer que o IFPB, assim como aconteceu, parece não sistematizar/disponibilizar informações públicas adequada e coerentemente, e, por isso, não consegue dar conta de tais dados, o que significa dizer que a subnotificação sobre pessoas grávidas matriculadas pode implicar em supostas ingerências sobre tais registros;
- c) no Ensino Médio, isso se torna ainda mais preocupante, uma vez que gravidezes na adolescência requerem ainda mais assistência à pessoa por parte da família e da escola, principalmente quando se sabe que jovens grávidas no Ensino Médio têm grandes chances de evadir da escola durante a gravidez e/ou após o parto. Na estrutura administrativo-institucional interna, não é perceptível que a política de assistência estudantil, a estrutura pedagógica, a assistência social, bem como o setor médico integrem uma “força-tarefa” eficientemente necessária ao acompanhamento adequado à pessoa grávida no Ensino Médio.

Na esteira desse entendimento, portanto, refutamos os dados institucionais dispostos pelo SIC/IFPB, mesmo que o total de gravidez na adolescência informado, mediante o

⁵ O “Programa de Integração da Educação Profissional ao Ensino Médio na Modalidade Educação de Jovens e Adultos” (PROEJA) corresponde ao Ensino Médio Técnico-integrado, porém, ficou de fora dos interesses da pesquisa pelo fato de ser educação de jovens e adultos, ou seja, pessoas fora do escopo da adolescência. Afora isso, outro fator que chama atenção nas informações disponibilizadas pelo IFPB é que, em 2018 e 2019, era mais comum a solicitação de regime especial na maioria dos casos, o mesmo não sendo observado em 2020, por conta do período de pandemia, que acarretou a suspensão de aulas no primeiro semestre e o modo remoto de ensino a partir do segundo semestre daquele ano, que acabou ampliando, para todos os estudantes, a oferta de exercício domiciliar de educação.

período de tempo posto, ainda pareça significativo, totalizando **54** gravidezes, segundo a instituição. No entanto, conforme as perspectivas expostas, não há garantias de que a informação “exata” disponibilizada seja, de fato, condizente à realidade, ou seja, uma informação “real”.

Nesse aspecto, mesmo diante das dúvidas suscitadas sobre a inteireza e a real pertinência dos dados postos, estes foram ponto de partida para situarmos a realidade institucional no que corresponde à gravidez na adolescência, notadamente para encamparmos que as múltiplas formas de violência obstétrica são oriundas da violência de gênero, incrustada no sistema cultural. A esse respeito, a seção a seguir perpassa o entendimento docente sobre tal circunstância.

6.2 A CONCEPÇÃO DOS/AS PROFESSORES/AS DE BIOLOGIA DO ENSINO MÉDIO TÉCNICO-INTEGRADO SOBRE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E SUAS RELAÇÕES COM A VIOLÊNCIA DE GÊNERO

O questionário, como instrumento de coleta de dados referente aos docentes, foi disposto em dois períodos de tempo: 23/09 a 15/10/2020, quando responderam apenas os/as professores de Biologia do IFPB, *campus* João Pessoa; e 18/02 a 05/03/2021, quando o questionário foi estendido a docentes de Biologia de todos os *campi* do IFPB.

Como a primeira parte do instrumento buscava sistematizar variáveis correspondentes ao perfil docente, a seção que se segue estrutura tais dados, cujas distinções veremos a seguir.

6.2.1 Perfil do sujeito docente na área de Biologia do IFPB

Sobre tal instrumento, as primeiras sete perguntas visavam conhecer o perfil dos sujeitos respondentes, enquanto as demais questões especificavam sobre o fenômeno em estudo, conforme veremos a seguir.

GRÁFICO 1: Sujeitos docentes, quanto ao gênero

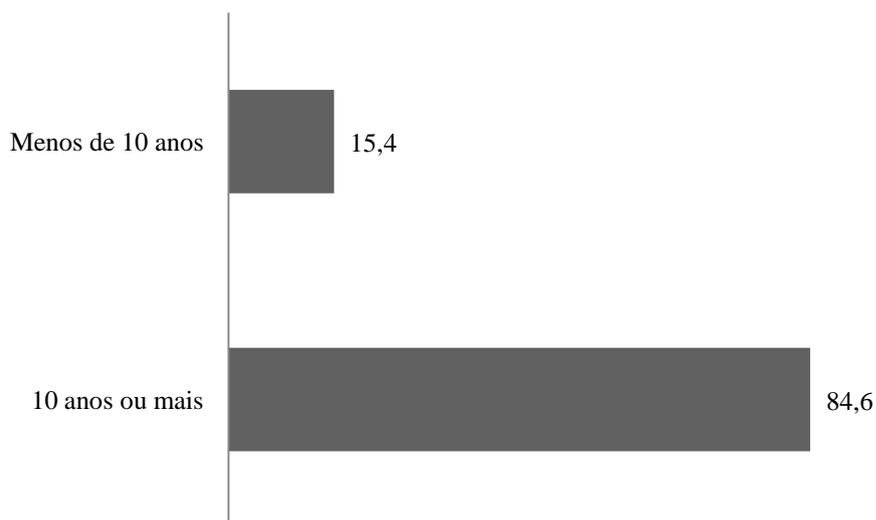


FONTE: Dados da pesquisa (2021).

De acordo com o resultado sobre a identidade de gênero autodeclarada por docentes respondentes ao questionário, sete participantes se identificaram como sendo do gênero feminino (53,8%), enquanto seis responderam ser do gênero masculino (46,2%). Mesmo constando a alternativa “outro”, e sendo dada oportunidade de descrever “qual” seria a autoidentificação de gênero conforme a pessoa, houve a prevalência do binarismo na questão da identidade de gênero.

Em relação à faixa etária, foi constatado que o/a docente mais novo/a tem 35 anos, e o/a mais velho 56 anos, de modo que a média de idade dos sujeitos participantes é 49 anos, com desvio padrão $\pm 6,9$ anos.

GRÁFICO 2: Tempo de atuação como docente de Biologia

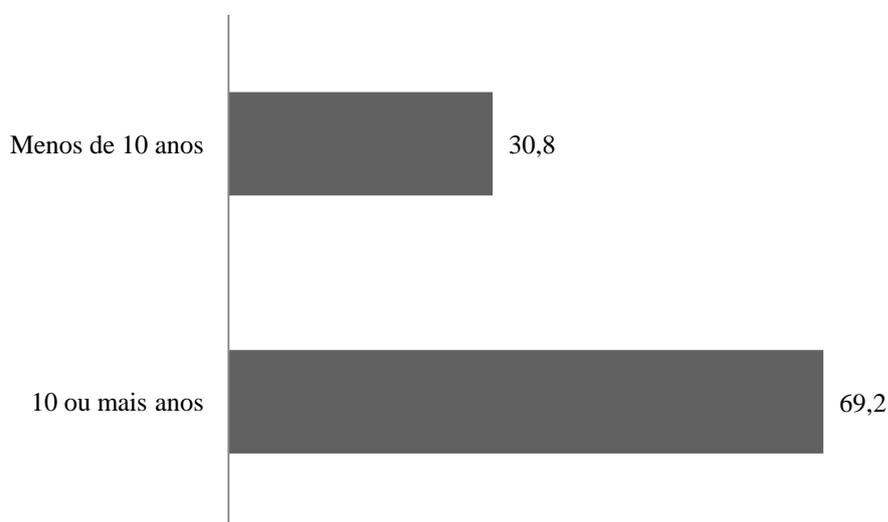


FONTE: Dados da pesquisa (2021).

Questionados/as acerca do tempo de atuação como docente de Biologia, obteve-se como menor tempo 4 anos, e maior tempo o período de 30 anos, com média de 17 anos e desvio padrão $\pm 8,2$ anos. Além disso, viu-se que a maioria tem 10 ou mais anos de atuação na docência no componente curricular Biologia (84,6%).

Especificamente acerca do tempo de atuação como docente de Biologia na Rede Federal, variou de 4 a 24 anos a resposta dos sujeitos participantes, com média de 10 anos, e desvio padrão $\pm 5,9$ anos. Assim como no item anterior, a maior parte dos docentes está há mais de 10 anos como professor/a de Biologia na Rede Federal de Ensino (69,2%).

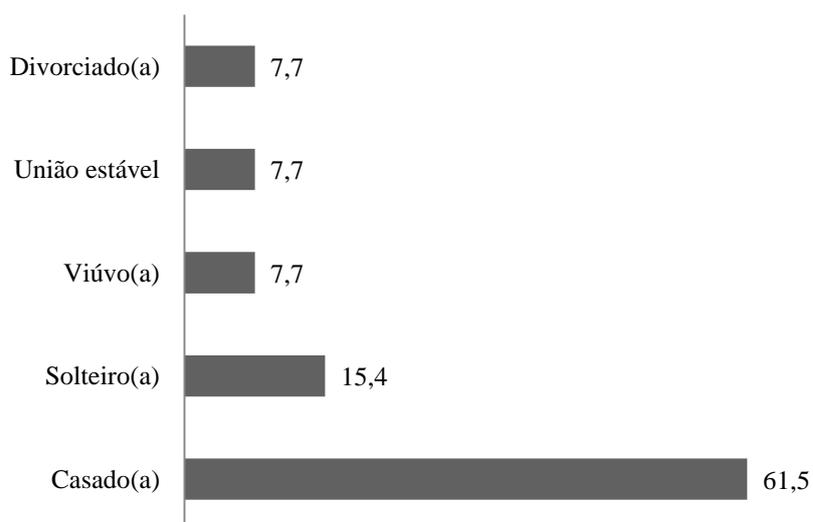
GRÁFICO 3: Tempo de atuação como docente de Biologia na Rede Federal de Ensino



FONTE: Dados da pesquisa (2021).

Relativamente à variável “Estado civil”, a maior parte dos/as respondentes afirmou ser casado/a (61,5%), enquanto 15,4% responderam ser solteiros/as. Em seguida, vieram união estável, divorciado/a e viúvo/a, que ficaram com a mesma porcentagem (7,7%).

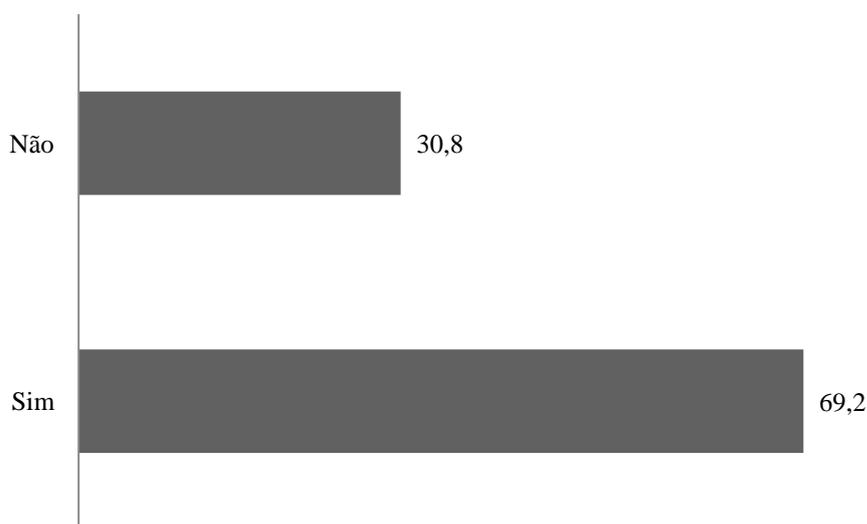
GRÁFICO 4: Estado civil dos sujeitos docentes



FONTE: Dados da pesquisa (2021).

Questionados se tinham filhos, 69,2% dos/as professores/as respondeu que “sim”, enquanto 30,8% afirmou que “não”, conforme resultado a seguir.

GRÁFICO 5: Docentes, quanto a ter filho(s)/a(s)



FONTE: Dados da pesquisa (2021).

Acerca da quantidade de filhos, o valor variou entre 0 e 3, uma média de 2 filhos dentre os/as docentes de Biologia que participaram da pesquisa, o que implica dizer que a maior parte dos/as respondentes tem, pelo menos, um filho (69,2%).

No que tange ao questionamento se já tiveram alunas (adolescentes) grávidas em sala de aula, os resultados constataram que sete docentes não tiveram tal experiência (53,8%),

enquanto seis (46,2%) responderam que sim, ou seja, que já tiveram alunas grávidas nas salas de aula do Ensino Médio Técnico-integrado, no IFPB.

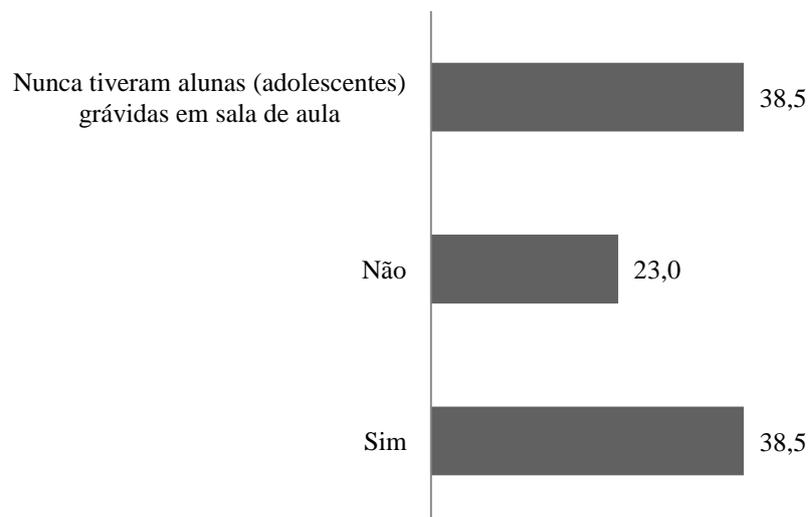
GRÁFICO 6: Quanto à experiência de ter alunas grávidas em sala de aula



FONTE: Dados da pesquisa (2021).

Quanto ao fato de ter se repetido ao longo da carreira a experiência de ter alunas grávidas em sala de aula, cinco docentes responderam que “sim” (38,5%), três responderam que “não” (23,1%), enquanto outros cinco afirmaram que “não tiveram alunas (adolescentes) grávidas em sala de aula”.

GRÁFICO 7: Quanto à repetição da experiência de ter alunas grávidas em sala ao longo da carreira



FONTE: Dados da pesquisa (2021).

Mapeado o perfil docente e a canalização deste para o entendimento do fenômeno estudado, os resultados subsequentes buscaram compreender as nuances sobre o tema a partir das articulações docentes, entre suas concepções e vivências relacionadas à situação, conforme veremos a seguir.

6.2.2 Especificidades da compreensão docente sobre “violência obstétrica” e “violência de gênero”

Necessário, a partir deste momento, utilizar algum tipo de critério para identificar os/as docentes, sendo escolhida a ordem de resposta do questionário para nominar cada pessoa, isto é, Docente 1 (D1), Docente 2 (D2), Docente 3 (D3), e assim sucessivamente, até o Docente 13 (D13).

Em relação aos sujeitos que responderam que tiveram alunas (adolescentes) grávidas em sala de aula, foi questionado quantas vezes, em média, havia ocorrido tal situação. Assim, dentre os seis respondentes que afirmaram que tiveram casos de gravidez na adolescência entre suas alunas (46,2% n=6), as respostas foram diversas, mas cada uma delas correspondeu à porcentagem 7,7%, da seguinte forma: a) um dos docentes disse que se repetiu uma vez (D3); b) um docente disse que aconteceu duas vezes (D8); c) outro afirmou que se repetiu uma vez por ano nos seus primeiros três anos de atuação no IFPB, todos os casos no interior, na cidade de Picuí/PB (D9); d) um afirmou que se repetiu seis vezes durante sua docência (D10); e) outro afirmou que se repetiu oito vezes (D5); f) por fim, um dos docentes disse não se recordar (D13).

Consideramos, portanto, ser muito constante a ocorrência da gravidez na adolescência dentre aqueles/as que responderam “sim” no referido item do questionário docente.

A seguir, os docentes foram questionados quanto à expressão “violência obstétrica”, categoria que foi delineada no início da pesquisa, relacionada às subcategorias “saber/poder” e às unidades de sentido “patologização do parto”, “medicina baseada em evidências”, “humanização do parto e do nascimento”, sendo acrescentadas as unidades de sentido “tipos de parto”, “doulagem” e “tipos de violência obstétrica”, tanto na formulação dos questionários quanto na análise de resultados, conforme Quadro 2 (subseção 2.3.1 do capítulo 2).

Acreditamos que a ocorrência da violência obstétrica passa pela questão do conhecimento e do poder sobre o corpo grávido, materializado na patologização do parto a partir da expansão da técnica desenvolvida na Medicina, mas que tem voltado às origens de entender como é, de fato, a fisiologia do nascimento, com base nas evidências científicas, e

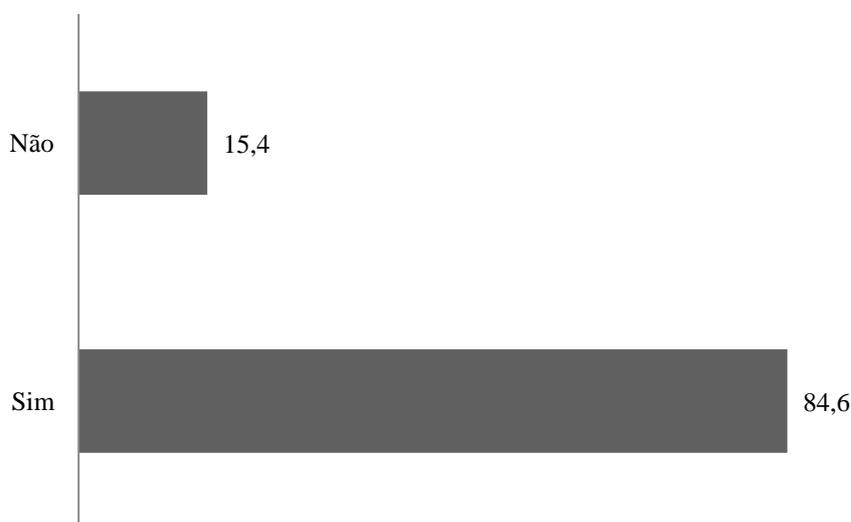
não apenas na prática médica, algo defendido e buscado pelo movimento da Humanização do parto e do nascimento, que passou a identificar tipos de parto e de violência obstétrica, notadamente a partir da expansão da doulagem, isto é, a atuação das doulas.

É que, quando do nascimento da especialidade médica da Obstetrícia, o parto passou a ser considerado como uma patologia, ou seja, uma doença (WERMUTH *et. al.*, 2016). Essa “patologização” acabou transformando o parto em um evento clínico, controlado e cheio de intervenções (BUENO; TORTATO, 2019), uma excessiva medicalização que acabou por deixar em segundo plano a participação da mulher e do bebê no processo de parir e de nascer.

Vejamos, então, se tais aspectos foram, direta ou indiretamente, mencionados nas respostas dos sujeitos participantes – docentes.

Perguntados/as se já ouviram falar na expressão “violência obstétrica”, 84,6% (n=11) responderam que “sim”, e 15,4% afirmaram que “não” (n=2), cuja demonstração é ilustrada a seguir.

GRÁFICO 8: Docentes que já ouviram falar na expressão “violência obstétrica”



FONTE: Dados da pesquisa (2021).

Diante de tal contundência, mesmo com proporção menor, causa surpresa que docentes do componente curricular Biologia (Ensino Médio), habilitados/as e qualificados/as para tal, nunca tenham ouvido falar na expressão supracitada, que tem sido tão propagada pelo ativismo em redes sociais, além de divulgada na grande mídia e redes sociais, nos últimos anos. Além disso, não deixa de ser um fenômeno correlato às discussões sobre reprodução humana, embora um tanto lacunar como conteúdo de ensino, conforme enfatizado pelos próprios sujeitos, mais adiante no texto.

De acordo com Aguilar et. al. (2014, p. 182), “reprodução é o processo biológico pelo qual os organismos geram descendentes, perpetuando a existência das espécies”, sendo enfatizado que, “para o ser humano, entretanto, o sexo não está associado apenas à função reprodutiva”, pois “o exercício da sexualidade humana envolve papéis afetivos, psicológicos e sociais, e traz consigo o problema das doenças transmitidas por via sexual, as doenças sexualmente transmissíveis, além da possibilidade de gravidez indesejada”.

Relativamente ao Ensino Fundamental, o conteúdo sobre Ciências referente ao 8º Ano estabelece parâmetros para:

Comparar o modo de ação e a eficácia dos diversos métodos contraceptivos e justificar a necessidade de compartilhar a responsabilidade na escolha e na utilização do método mais adequado à prevenção da gravidez precoce e indesejada e de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) (BRASIL, 2018a, p. 349).

Mesmo considerando o relevo de tal registro no conteúdo de Ciências do 8º Ano (segunda fase do Ensino Fundamental), quando se trata do Ensino Médio, a BNCC não menciona, em nenhuma parte do documento referente ao Ensino Médio, os termos “gravidez”, “gravidez precoce”, “gravidez na adolescência”, “violência obstétrica”, “violência de gênero” (BRASIL, 2018b).

Já no que concerne à palavra “reprodução”, esta é mencionada em apenas uma ocasião, (BRASIL, 2018b, p. 542). Todavia, não foi encontrada diretriz específica à “reprodução humana” e, quanto à sexualidade, apenas sugere formação de núcleos de estudo a respeito do tema. Dessa forma, observamos que tais menções não são suficientes para a compreensão do fenômeno da “violência obstétrica”.

Este resultado demonstra que há necessidade de trazer à tona e discutir tal tema na formação inicial de professores/as de Biologia, bem como na qualificação profissional, nas capacitações docentes no ambiente escolar, e na sala de aula, como vertente direta e/ou transversal ao currículo.

Em seguida, quando questionados se sabiam o que significa a expressão “violência obstétrica”, 92,3% (n=12) afirmaram que “sim”, enquanto 7,7% responderam que “não” (n=1).

GRÁFICO 9: Sobre o conhecimento docente referente à expressão “violência obstétrica”



FONTE: Dados da pesquisa (2021).

A sequência das respostas constantes dos Gráficos 8 e 9 aparentou ser divergente, já que dois docentes afirmaram não ter ouvido falar, enquanto apenas um respondeu que não sabia o que significa. Porém, acreditamos que houve divergência em uma das respostas por ter havido o contato com a expressão “violência obstétrica” a partir do acesso a este questionário, tanto que, na questão seguinte, que solicitava apenas aos participantes que disseram “sim” quanto a já ter ouvido falar na expressão “violência obstétrica”, que expressassem sua compreensão sobre o termo, todos os sujeitos responderam, mesmo aqueles que disseram não ter ouvido falar ou não saber o que significava o termo.

As falas foram sistematizadas, de modo que se desvelou as *categorias empíricas*, seus *eixos principais* e *fatores incidentes*, fruto das narrativas dos sujeitos, cuja explicitação é constatada no quadro a seguir.

QUADRO 5: Concepção sobre violência obstétrica, na perspectiva dos sujeitos docentes de Biologia do IFPB

CATEGORIZAÇÃO EMPÍRICA		NARRATIVAS DE SUJEITOS DOCENTES
EIXOS PRINCIPAIS	FATORES INCIDENTES	
Patologização do parto	Atendimento clínico/profissional inadequado ou indevido	“Acredito que seja atendimento profissional inadequado ” (D2).
		“Alguém da equipe médica que está realizando o parto, força ou causa mais dor do que devia no momento do parto ” (D3).
		“Qualquer tipo de maus tratos à mulher durante atendimento relacionados à gravidez, parto e pós-parto , com destaque para o parto” (D8).
Atentado à integridade humana	Prejuízos à gestante e/ou ao bebê	“Submeter a mulher a procedimentos médicos que possam, de alguma forma, causar alguma violência à sua integridade física e/ou emocional ” (D1).

		“Qualquer tipo de atitude que perturbe o momento natural da gestação, causando efeitos e prejuízos à mãe e/ou ao bebê ” (D9).
Violência gestante/mãe	à	<i>Manifestações da violência</i>
		“Acho que esse termo está relacionado à violência contra mulheres grávidas ” (D4).
		“Tipo de violência (física e psicológica) cometida por profissionais de saúde (ou não), às mulheres em período de gestação e, principalmente, durante o parto ” (D5).
		“Geralmente, acontece quando se induz alguns procedimentos realizados sem o conhecimento ou contrariando o desejo da parturiente , como a realização de episiotomia ou o uso de algum analgésico” (D6).
		“A violência que ocorre contra a mulher grávida no momento da gestação , do parto , do abortamento do embrião/feto, e, inclusive, no atendimento em consultas e/ou exames à gestante ” (D7).
		“É quando uma mulher está grávida, durante o período da gestação ou do parto , recebe dos que prestam o serviço obstétrico, xingamentos ou maus-tratos ” (D10).
		“ Agressão física/psicológica contra a mulher , como, por exemplo, discriminação por idade” (D11).
		“Qualquer ato que possa levar à lesão física ou emocional da mãe ou do bebê ” (D12).
		“ Violação ética e moral e física/emocional de pacientes /mulheres gestantes no pré e pós-parto ” (D13).

FONTE: Dados da pesquisa (2021).

O desdobramento dos resultados, cujos pormenores são aprofundados pelas narrativas, demonstram que as concepções que os/as docentes de Biologia do IFPB têm sobre “violência obstétrica”, apesar de não englobarem a amplitude de sentidos do termo, estão próximas ou representam, pelo menos, uma parte do significado polissêmico da expressão.

Segundo Santos e Souza (2015), em termos práticos, a violência obstétrica é aquela praticada contra a mulher por equipes de saúde, em instituições públicas ou privadas, por meio de manipulação do processo reprodutivo. Isso significa que esse tipo de violência pode ocorrer durante a gestação, o parto, o pós-parto, em situações de abortamento e, ainda, quando há falta, negativa ou negligência quanto ao acesso a métodos contraceptivos, sejam estes eventuais ou permanentes, como os casos de esterilização. Através desta compreensão terminológica, é possível perceber o quanto os sujeitos docentes conseguem atinar suas concepções em direção à raiz conceitual do fenômeno.

Conforme se percebe por tais resultados, a “violência obstétrica” está, indiretamente, contida em praticamente todas as respostas, posto que os sujeitos mencionam que ela decorre da realização de diversos tipos de violência, verbais ou físicas, por meio de procedimentos feitos sem consentimento (o que, por si só, já caracteriza uma violência), por meio de procedimentos desatualizados ou em desacordo com a Medicina Baseada em Evidências

(MBE), do atendimento profissional inadequado/indevido, ou de a gestação, mesmo de baixo risco, ser tratada como uma patologia.

Também foi observada a menção, ainda que indireta, ao Movimento da Humanização do parto e do nascimento, o qual preconiza que o parto com o menor número de intervenções possível é mais seguro para mãe e bebê (BRASIL, 2017e), aspecto trazido na fala de D9, demonstrando que o/a respondente tem a noção de que não seguir a fisiologia do parto pode ser considerada uma violência obstétrica. Esse tipo de assistência que respeita o funcionamento fisiológico do corpo é conhecida como “parto humanizado”.

Segundo Knobel (2020, p. 37):

[...] Há quem defina parto humanizado de outras formas. Para alguns, parto humanizado é apenas aquele no qual a mulher não é maltratada, é chamada pelo nome ou pode movimentar-se. Outros consideram parto humanizado o parto sem dor. Aquele parto no qual a mulher ‘não sente nada’. Também há quem considere parir uma coisa animal, e o parto humanizado é sempre a cesárea. Há locais que apregoam que realizam partos humanizados e, na realidade, apenas enfeitaram as paredes e colocaram música ambiente. Mas, se a gestante/parturiente/mãe não for a protagonista do seu parto, nada será diferente. Porque essa mulher não será sujeito, será objeto e não há humanização possível sem isso, é apenas ‘sofisticação de tutela’.

O Movimento da Humanização, portanto, preconiza por seguir a Medicina Baseada em Evidências e, conforme estudos que vêm sendo realizados desde a década de 1980, as gestações de baixo risco precisam de pouca intervenção clínica.

Segundo Diniz e Duarte (2004, p. 16-17):

O Grupo da Colaboração Cochrane de Gravidez e Parto foi um dos que primeiro se organizaram e desenvolveram pesquisas acerca do tema, tendo se tornado referência para os demais. Em 1989, o grupo publicou exaustiva revisão dos procedimentos e, em 1993, um de seus resultados mais importantes foi a publicação da revisão sistemática de cerca de 40.000 estudos sobre 275 práticas de assistência perinatal, classificados quanto à efetividade e à segurança. Este trabalho de uma década contou com o esforço de mais de quatrocentos pesquisadores (incluindo obstetras, pediatras, enfermeiras, estatísticos, epidemiologistas, cientistas sociais, parteiras, e até mesmo mulheres usuárias), que realizaram uma revisão completa de todos os estudos publicados sobre o tema desde 1950, cujo resultado inteiro está disponível em publicações eletrônicas a partir da segunda metade da década de 1990. Periodicamente é atualizado no *site* da Colaboração Cochrane (ver na seção Recursos). Uma síntese desse trabalho foi publicada primeiramente pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1996, e desde aquele momento conhecida como as “recomendações da OMS” [...].

Pelo exposto, esses profissionais defendem o uso de menos intervenções médicas, a não ser quando extremamente necessário, sendo conhecidos, no Brasil, como “humanizados”, “equipe humanizada” ou “assistência humanizada”, justamente por seguirem as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde (MS) sobre assistência ao parto, mas muitos não se denominam como tal, apenas afirmando que praticam atendimento respeitoso e de acordo com a medicina baseada em evidências científicas.

Outrossim, a partir da manifestação de tais narrativas, convergindo às categorias empíricas que dão sentido ao fenômeno na realidade investigada, foi possível destacar os eixos principais que sustentam o significado da compreensão, cujo resultado poderemos perceber na “nuvem de palavras” que segue, construída a partir da incidência nas falas.

FIGURA 6: Categorias empíricas docentes sobre a concepção de “violência obstétrica”.



FONTE: Dados da pesquisa (2021).

Em conformidade à ilustração, é perceptível o quanto a dimensão “violência à gestante/mãe” destaca-se como componente de sentido mais incisivo ao processo de categorização empírica sobre a questão interposta, o que implica entender este significado como a principal ideia indicativa dos sujeitos sobre a compreensão que constroem a respeito

de “violência obstétrica”. Somam-se a este sentido categórico, outras articulações de destaque, a exemplo de “patologização do parto” e “atentado à integridade humana”.

Em seguida, foi questionado como o/a docente havia tomado conhecimento da expressão “violência obstétrica”, ao que responderam:

QUADRO 6: Como os/as docentes de Biologia do IFPB tomaram conhecimento da expressão “violência obstétrica”

CATEGORIZAÇÃO EMPÍRICA		NARRATIVAS DE SUJEITOS DOCENTES
EIXOS PRINCIPAIS	FATORES INCIDENTES	
Veículos de comunicação	Mídias/ Redes sociais	“Em alguma revista de divulgação” (D3).
		“Mídia” (D5).
		“Leituras e meios de comunicação” (D6).
		“Internet” (D7)
		“Através da imprensa” (D11).
Conhecimento científico	Trabalhos científicos	“Por meio deste questionário” (D4).
		“Artigos” (D6).
Experiência vivida	Informação e relatos de mulheres	“Nos meios de comunicação como TV, Jornais e Internet e também nos depoimentos de mulheres mais experientes” (D1).
		“Relatos de algumas mulheres” (D10).
		“Casos familiares” (D12).
		“Casos particulares de mulheres que sofreram e reportagens” (D13).
		“Minha esposa é doula” (D9).

FONTE: Dados da pesquisa (2021).

A maioria, portanto, tomou conhecimento da violência obstétrica por meio de veículos de comunicação – mídias como televisão e internet, bem como através da própria experiência vivida – por relatos de mulheres, o que costuma ocorrer dentro do Movimento da Humanização do parto e do nascimento, conforme apregoa Balaskas (2015, p. 22), quando fala sobre “parto ativo”, cujo correspondente brasileiro é o “parto humanizado”:

O Parto Ativo é uma revolução cuja hora chegou, aqui e em todo mundo. É uma revolução feminina que acontece com um parto de cada vez. As mulheres estão recuperando e reassumindo o poder do parto. **Em cada cidade do Brasil há uma comunidade dedicada a esta causa, feita de mulheres e seus companheiros, doulas, obstetrias, enfermeiras obstetras, médicos obstetras, psicólogos, instrutores de yoga e pilates, fisioterapeutas e ativistas do parto de todos os níveis, inclusive aqueles envolvidos em treinamento de profissionais e os que trabalham no governo com a saúde materno-infantil.** (grifo nosso)

Este aspecto também engloba a doulagem, demonstrando-se, pela resposta de D9, que se pode chegar ao conhecimento desse tipo de violência através da profissional doula, a qual também tem ligação direta com a MBE, sendo comprovado, por meio de pesquisas, o quanto sua atuação é relacionada à associação do parto como um evento positivo, dentre outros benefícios, em conformidade com que consta em publicação do próprio Governo Federal, sobre acompanhamento no parto pela doula:

Além do acompanhamento pelo parente ou companheiro, existe também o acompanhamento por outra pessoa, com ou sem treinamento específico para isto, a doula. Ela presta constante apoio a gestante e seu companheiro/acompanhante durante o trabalho de parto, encorajando, aconselhando medidas para seu conforto, proporcionando e orientando contato físico e explicando sobre o progresso do trabalho de parto e procedimentos obstétricos que devem ser realizados. Diversos ensaios clínicos aleatorizados sugerem que o acompanhamento da parturiente pela doula reduz a duração do trabalho de parto, o uso de medicações para alívio da dor e o número de partos operatórios. Alguns estudos também mostram a redução do número de cesáreas. Além destas vantagens, também é observado que os grupos de parturientes acompanhadas durante o parto pela doula têm menos depressão pós-parto e amamentam seus recém-nascidos nas primeiras seis semanas de vida em maior proporção que as parturientes dos grupos de controle” (BRASIL, 2001b, p. 65).

Ainda com base nos resultados aludidos, a seguir, a “nuvem de palavras” destaca as categorias empíricas sobre a forma como os sujeitos conheceram a expressão “violência obstétrica”.

FIGURA 7: Categorias empíricas sobre como docentes conheceram a expressão “violência obstétrica”

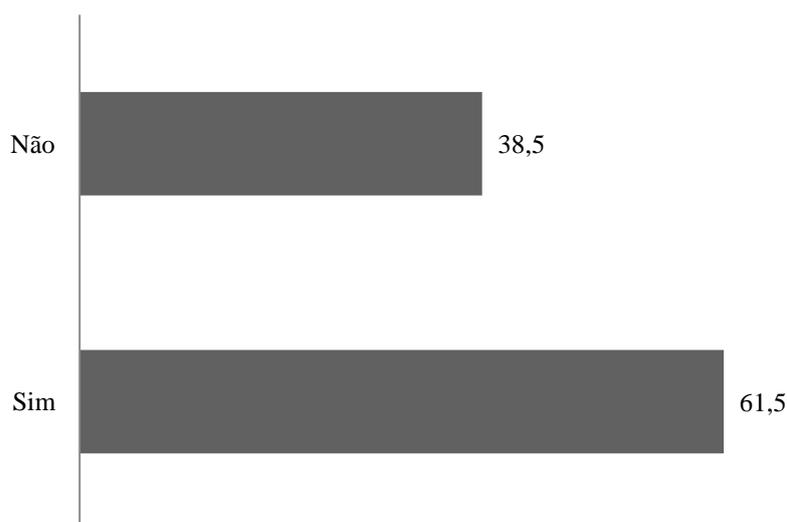


FONTE: Dados da pesquisa (2021).

A ilustração explicita o quanto os sujeitos docentes, embora com faixa etária diferenciada, mantêm estreitas relações com veículos de comunicação (mídias) para se inteirarem sobre as coisas no mundo, principalmente por intermédio da *Internet*. Tem sido através de tais canalizações que docentes de Biologia do IFPB tiveram contato com o fenômeno “violência obstétrica”, tendo a mesma proporção de sentidos convergentes “veículos de comunicação” e “experiência vivida”, seguidos de “conhecimento científico”.

Em seguida, foi perguntado se o/a participante conhecia alguém que já foi vítima de “violência obstétrica”, sendo que 61,5% dos/das docentes responderam que “sim”, enquanto 38,5% responderam que “não”. Vemos, portanto, que a maior parte das pessoas que responderam ao questionário conhece alguma vítima desse tipo de violência.

GRÁFICO 10: Docentes que conhecem alguém que já foi vítima de violência obstétrica



FONTE: Dados da pesquisa (2021).

Em seguida, foi solicitado que o/a respondente que optou pelo “sim” relatasse a situação sobre violência obstétrica que lhe é conhecida, ocasião que gerou as seguintes narrativas:

QUADRO 7: Relatos de violência obstétrica na perspectiva dos sujeitos

CATEGORIZAÇÃO EMPÍRICA		NARRATIVAS DE SUJEITOS DOCENTES
EIXOS PRINCIPAIS	FATORES INCIDENTES	
Patologização do parto	<i>Atendimento profissional inadequado ou indevido</i>	“Ouvi vários relatos de mulheres que sofreram por horas, ou dias para dar a luz em casa e, também, nas maternidades” (D5).
	<i>Erro médico</i>	“Prima retirada a fórceps , e esposa que teve a clavícula quebrada durante o parto ” (D12).
	<i>Procedimentos clínicos desatualizados ou em desacordo com a Medicina Baseada em Evidências (MBE)</i>	“A esposa do meu primo que, mesmo sem querer, teve que tomar ocitocina para acelerar o parto normal , pois o médico estava apressado para ir embora” (D6).
Violência verbal e/ou física	Corte do períneo, preconceito racial e ageísmo	“Uma conhecida foi forçada a um parto normal , e, além das medicações intravaginais para aumentar a dilatação, ela sofreu vários cortes na vagina para a retirada da criança. Sendo necessário mais de 20 pontos para suturar as episiotomias feitas em mais de uma direção” (D8).
		“ Episiotomia e toques desnecessários ” (D9).
		“Uma amiga, durante o parto, estava sentindo muitas dores , e a atendente de enfermagem ficou dizendo: ‘na hora de fazer não doeu, né?’ , e ainda foi, grosseiramente, do ponto de vista físico, carregada pra maca” (D10).

		“Discriminar uma mulher pela sua idade (46 anos) , foi chamada de MÃE-AVÓ ” – <i>grifos nossos</i> (D11).
		“INDÍGENA QUE, GRÁVIDA NA ADOLESCÊNCIA, OUVIU NA HORA DO PARTO NATURAL QUE DEVERIA SER LIGADA (LAQUEADA), POIS NÃO SABERIA CUIDAR DE UM FILHO E MUITO MENOS DELA MESMA!” – <i>grifos nossos</i> (D13).

FONTE: Dados da pesquisa (2021).

As respostas do quadro demonstram diversos tipos de violência obstétrica, desde mau atendimento (D5), procedimentos desnecessários, como a ocitocina sintética para acelerar o parto (D6), passando, também, por violências verbais e físicas, como episiotomia e toques vaginais desnecessários, além de um possível caso de erro médico (D12), desvelando a perspectiva da patologização do parto e do nascimento.

Para fins didáticos, e com base no conceito de Tiné (2017), pode-se dividir a ocorrência da violência obstétrica em relação aos seguintes aspectos:

- a) fases: gravidez, parto, puerpério, abortamento e/ou qualquer atendimento ginecológico/obstétrico que envolva os direitos reprodutivos da pessoa designada como do sexo feminino ao nascer;
- b) localização: relacionada à institucionalização, seja através de hospitais/maternidades/centros de parto normal, seja por intermédio da equipe de saúde, sendo possível ser cometida não apenas pelo/a médico/a ginecologista e obstetra, já que há diversos profissionais envolvidos neste tipo de atendimento, conforme detalhado em capítulo anterior, seja por outros/as componentes da instituição (recepcionistas, porteiros/as, seguranças etc.);
- c) aspectos tipológicos (manifestações da violência relacionadas à natureza): física, psicológica, verbal, simbólica, sexual.
- d) aspectos circunstanciais: negligência, discriminação, condutas excessivas, condutas desnecessárias ou desaconselhadas.

Segundo Balaskas (2015, p. 77), “o trabalho de parto e o parto são postos em ação e regulados por uma complexa interação de hormônios produzidos pela mãe, pela placenta e pelo bebê”, sendo que “há quatro hormônios principais que interagem entre si para estimular as respostas físicas e comportamentais durante o trabalho de parto e o parto”: ocitocina, endorfinas, adrenalina e prolactina. Tais hormônios, quando produzidos e liberados pelo corpo durante o trabalho de parto, atuam no sentido de possibilitar o parto vaginal, sendo o principal deles a ocitocina, responsável por desencadear as contrações uterinas.

Todavia, com a finalidade de intensificar tais contrações, foi desenvolvida a versão sintética da ocitocina, conhecida como “sorinho”, cujo uso serve para induzir ou acelerar o trabalho de parto (DINIZ; DUARTE, 2004). Mas, ao contrário do que se poderia imaginar, a ocitocina sintética, quando utilizada em grandes quantidades, pode ser considerada uma “bomba hormonal” e trazer prejuízos maternos e neonatais, com risco de ruptura uterina (BRASIL, 2017e). Mesmo assim, tal “sorinho” utilizado como rotina durante o parto na maioria dos serviços públicos, conforme destacam Diniz e Duarte (2004, p. 94), que alertam para outros riscos do uso indiscriminado de tal hormônio sintético: “restrição do suprimento de oxigênio do bebê e uso de mais intervenções (anestesia, por exemplo), aumentando uma chance de uma cesárea ser necessária”.

Da mesma forma, a episiotomia também é bem comum no contexto dos partos. A episiotomia é um corte feito no tecido entre a vagina e o ânus, feita com a justificativa de que supostamente aumentaria o canal vaginal e preveniria a ocorrência de lacerações maiores do períneo, mas não existe evidência científica de tais afirmações (DINIZ; DUARTE, 2004), haja vista que o que precisa dilatar é o colo do útero, de modo que tal corte não tem comprovação de que ajuda na dilatação, mas, por outro lado, há comprovação de que a cicatrização da episiotomia pode ser dolorosa e afetar as relações sexuais (DINIZ; DUARTE, 2004). Assim, é possível dizer que a episiotomia é um tipo de violência física cometida à parturiente, já que geralmente é feita sem consentimento e causa uma mutilação genital (SÃO PAULO, 2015).

Além disso, os toques vaginais são bem “populares” quando do trabalho de parto, feitos para analisar a dilatação e, dessa forma, a progressão do trabalho de parto. Todavia, a realização de tais exames vaginais (toques) deve seguir o protocolo previsto nas Diretrizes de Assistência ao Parto Normal (BRASIL, 2017e), caso contrário, principalmente quando feitos sem consentimento ou de maneira excessiva, também podem ser considerados violência obstétrica.

Já a violência verbal reverbera-se através de múltiplas formas de concretização, sendo um “comportamento agressivo, caracterizado por palavras danosas que têm a intenção de ridicularizar, humilhar, manipular e/ou ameaçar a gestante, a parturiente e a mulher em situação de abortamento” (PARAÍBA, 2020, n.p.).

Isso posto, é a segunda vez que o processo de categorização empírica dos dados qualitativos viabiliza a emergência da categoria “patologização do parto”, surgida inicialmente quando os sujeitos explanaram sobre suas concepções referentes à violência obstétrica (Quadro 6). É possível entendermos que esta reincidência de sentido corresponde, via de

regra, ao fato de que ao parto e ao nascimento recaem uma forma de violência de gênero, conforme exclama Leite (2017, p. 6-7):

A Convenção de Belém do Pará define violência contra a mulher como ‘ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado’. **A categoria ‘gênero’ é causa específica desse tipo de violência; a violência é dirigida contra a mulher especificamente pelo fato de ela ser mulher. É por isso que se diz que a violência obstétrica é um tipo de violência de gênero.** Apesar de focar na violência doméstica e intrafamiliar, a Convenção de Belém do Pará também serve de parâmetro de norma internacional de direitos humanos para todo tipo de violência de gênero. A CEDAW, por sua vez, estabelece a obrigação aos Estados signatários de que adotem ‘todas as medidas apropriadas para eliminar a discriminação contra a mulher na esfera dos cuidados médicos, a fim de assegurar, em condições de igualdade entre homens e mulheres, o acesso a serviços médicos, inclusive referentes ao planejamento familiar’. Tais documentos, na falta de uma legislação brasileira sobre violência obstétrica, oferecem subsídios suficientes para o tratamento da questão e devem ser utilizados no julgamento de todo e qualquer caso relativo à violência contra a mulher, em qualquer de suas formas. (*grifo nosso*)

Falar sobre questões de gênero quando se estuda sobre parto e nascimento parece inusitado para alguns, mas a realidade mostra que é muito importante trazer esse assunto à tona, justamente por conta dessa visão enviesada sobre gênero, muito presente no atendimento obstétrico do modelo intervencionista. Esse tipo de abordagem acaba dando ensejo ao cometimento de violências contra a pessoa gestante, as quais se materializam justamente nas condutas de “violência obstétrica”.

Oportuno ressaltar que a violência obstétrica difere do erro médico. Este tem a ver com condutas negligentes, imprudentes ou imperitas no exercício das profissões da área de saúde, isto é, por profissionais da ginecologia e obstetrícia que realizam atendimentos técnicos à pessoa com sistema reprodutor feminino. Em resumo:

No Brasil os cursos de Obstetrícia existiram até a década de 70, quando foram extintos, sendo a formação dos obstetizes responsabilidade exclusiva das escolas de Enfermagem da época. Hoje para se tornar um profissional deve-se recorrer a uma das três possibilidades: cursar Medicina e fazer residência em Obstetrícia e Ginecologia; cursar Enfermagem e fazer pós-graduação em Obstetrícia, tornando-se um Enfermeiro Obstetra; ou cursar Bacharelado em Obstetrícia (OLIVEIRA, 2021, n.p.).

Assim, para ilustrar melhor a situação, poderíamos lançar um caso simples, porém, com envergaduras complexas: um/a profissional de saúde delibera como necessário realizar um acesso venoso para indução do parto por meio de ocitocina sintética. Nesse caso, se a

pessoa gestante estiver consciente e apta a emitir sua vontade, é necessário solicitar permissão/consentimento antes de realizar tal procedimento. Dessa forma, com a permissão da parturiente, caso o acesso venoso seja realizado fora da veia, causando um hematoma, pode-se falar em impropriedade técnica, isto é, erro médico do/a profissional de saúde.

Todavia, se, na mesma situação, a gestante se recusa a receber o “sorinho” porque prefere esperar o trabalho fisiológico e natural de parto, sem intervenções medicamentosas, mas, mesmo assim, o/a profissional de saúde insiste e aplica a ocitocina contra a vontade da pessoa gestante, trata-se de uma violência obstétrica, a qual tem características institucionais mais amplas.

Diz-se que a violência institucional deriva de muitos fatores, que vão desde a formação dos cursos de saúde à falta de atualização profissional, dentre outros. Nesse sentido, Aguiar (2010, p. 175), sintetizando os resultados de uma pesquisa empírica, aponta como possibilidade de prevenção da violência institucional:

No que se refere ao período de graduação, tanto para médicos quanto para os profissionais de enfermagem, a maioria dos entrevistados sugeriu principalmente: inserção na grade curricular do tema da violência contra a mulher e da violência institucional; aumento de disciplinas de ciências humanas e ética profissional; inserção na formação médica de estágios em locais ‘não médicos’ de assistência à mulher, como, casas de parto, por serem locais onde o ‘empoderamento’ da paciente é maior; e mudanças na postura profissional de tutores e professores para que o exemplo dado seja condizente com o que é aprendido teoricamente.

Em razão disso, considerando as categorias empíricas desveladas em torno da questão posicionada, a “nuvem de palavras” que segue destaca os casos relatados pelos sujeitos docentes sobre violência obstétrica, com destaque para a emergência de situações em torno de “patologização do parto” e “violência verbal e/ou física”, sofridas por pessoas das redes familiares, de amizade e/ou de contato dos/as participantes da pesquisa.

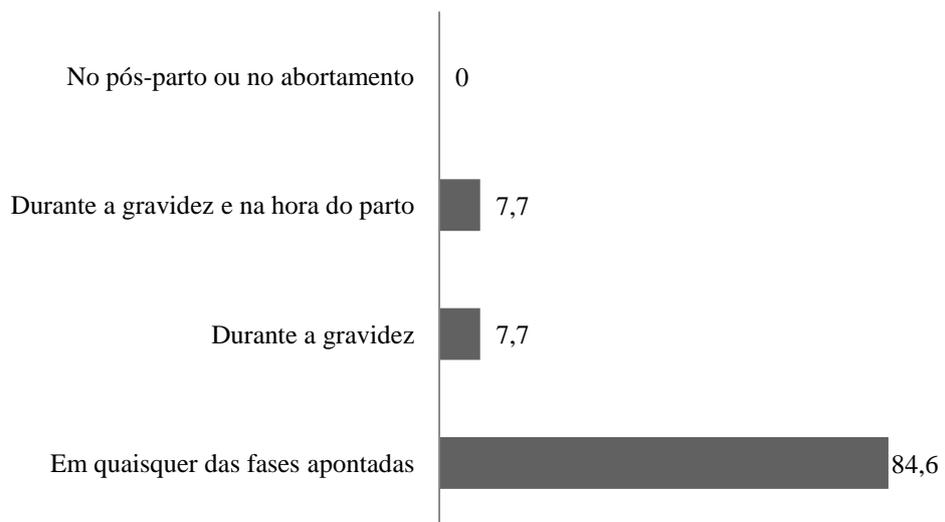
FIGURA 8: Categorias empíricas que emergiram nos relatos docentes sobre “violência obstétrica”



FONTE: Dados da pesquisa (2021).

Os/as docentes foram também questionados/as sobre sua percepção das fases em que é possível uma pessoa grávida passar por uma experiência referente à “violência obstétrica”, cujas respostas são demonstradas no gráfico a seguir:

GRÁFICO 11: Percepção docente quanto à fase em que é possível sofrer violência obstétrica



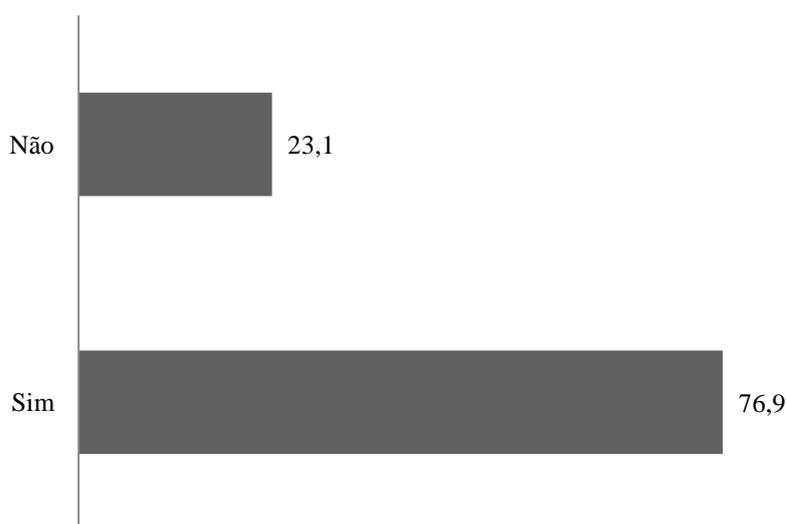
FONTE: Dados da pesquisa (2021).

Assim, percebemos que a grande maioria dos sujeitos participantes respondeu que a violência obstétrica pode acontecer em quaisquer das fases apresentadas (durante a gravidez, trabalho de parto, na hora do parto, no pós-parto ou no abortamento, o que, de fato, caracteriza esse tipo de violência, demonstrando que a noção docente tem correspondência com o conceito de violência obstétrica, em consonância com o que reflete o conceito da lei e dos órgãos públicos, tais como São Paulo (2015), Patos (2017) e Paraíba (2020).

O entendimento conjuntural de tais autorias converge ao mesmo ponto, isto é, quando enfatizam que violência obstétrica “é o desrespeito à mulher, seu corpo e seus processos reprodutivos”, e que “acontece através de tratamento desumano, transformação de processos naturais do parto em doença ou abuso da medicalização, negando às mulheres a possibilidade de decidir sobre seus corpos” (SÃO PAULO, 2015, p. 6).

Prosseguindo, os/as docentes foram questionados se seria possível considerar a “violência obstétrica” como “violência de gênero”, tendo 76,9% respondido que “sim” (n=10), enquanto 23,1% respondido que “não” (n=3), conforme gráfico que segue:

GRÁFICO 12: Possibilidade de os/as docentes considerarem violência obstétrica como violência de gênero



FONTE: Dados da pesquisa (2021).

De acordo com o resultado supradito, a maioria dos/das docentes tem a percepção de que a violência obstétrica poder ser considerada uma violência de gênero, o que corrobora com os estudos de Leite (2017), conforme citado acima.

Além disso, Peixoto e Quiche (2018), quando refletem que a violência de gênero é uma forma de violência simbólica, isto é, praticada contra a mulher em virtude de a ela serem atribuídos certos locais ou atividades:

Em outras palavras, por intermédio da violência simbólica, erige-se a ‘condição da mulher’, do ‘feminino’, vinculando-os a um ‘lugar’, e a determinadas atividades como as tarefas do lar, o cuidado materno e a educação dos filhos, por exemplo, como se fossem dados pela natureza ou pelos aspectos biológicos de cada ‘sexo’ (PEIXOTO; QUICHE, 2018, n.p.).

Ratificando esse entendimento, Farias (2020, p. 186) é enfática quando diz o seguinte:

[...] Diante do fato de a reprodução acontecer no corpo da mulher, condicionou-se o seu papel social às responsabilidades com os cuidados do/as respectivo/as filhos/as, retirando-lhes a chance ou prejudicando-lhes o acesso a oportunidades em outros campos da vida, produzindo uma discriminação tanto material quanto simbólica, em relação aos gêneros.

Assim, a violência obstétrica pode ser considerada uma violência de gênero, sendo uma forma de violência simbólica, podendo ocorrer, portanto, em quaisquer das fases relativas à reprodução *feminina*.

No que concerne às justificativas apresentadas pelos sujeitos, temos a seguinte correlação entre as narrativas discursivas e as categorias emergentes:

QUADRO 8: Relação entre “violência obstétrica” e “violência de gênero”, de acordo com os/as sujeitos docentes

CATEGORIZAÇÃO EMPÍRICA		NARRATIVAS DE SUJEITOS DOCENTES
EIXOS PRINCIPAIS	FATORES INCIDENTES	
Dominação masculina	Subalternidade	[Há relação porque] “essa violência [obstétrica], na maioria das vezes, é causada por médicos [homens]” (D1).
		“Diante da falsa concepção de ‘ figura frágil e submissa ’ da mulher e do comportamento de superioridade de alguns profissionais de saúde , pode ser constatada essa violência de gênero. Também, pelo corpo feminino , muitas vezes, ser objetificado e desrespeitado por setores da sociedade” (D7).
		“ A sociedade ainda não aceitou que as mulheres decidam sobre seu corpo , por exemplo: idade para ter filho ou prosseguir uma gestação” (D11).
		“ Mulheres são mais estigmatizadas e vulneráveis à violência por conta do histórico social e de inferioridade ao homem ” (D13).
		“Em uma sociedade patriarcal , muitas vezes, a mulher é colocada numa situação de reprodutora , para a perpetuação da família” (D5).
		“Realmente, seriam afetadas diretamente as mulheres ” (D2)
	Gestação cis/trans	“Como a gestação está restrita ao feminino , acho difícil dissociar os dois tipos ” (D9).
		“ Quem engravida é a mulher cis , logo, quem está sujeita a essa experiência é ela, na maioria esmagadora das vezes. Claro que

Corpo grávido assujeitado		há casos de homens trans que engravidam , mas são menor número” (D6).
	<i>Parentalidade</i>	“ Só quem fica grávida e entra em trabalho de parto são mulheres , e, por esse ser o processo natural de reprodução, há quem ache que nós, mulheres, devemos tolerar as dores e dissabores desses momentos como se fossem normais. Ainda existem comentários machistas, no sentido de dizer: <i>‘para fazer foi bom, agora aguente’</i> . Foi bom para os dois fazer o bebê, por que só a mulher tem que aguentar calada as dificuldades da gestação e do parto? ” (D8).
		“Ninguém se refere ao pai da criança em um momento como esse” (D10).
Violência obstétrica não é de gênero	<i>Violência de gênero é LGBTQIAP+</i>	“ Acredito que não tem a ver com gênero , ou pelo fato de ser mulher” (D3).
		“ NÃO ACHO QUE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA SEJA UMA VIOLÊNCIA DE GÊNERO, POIS, ESTA ÚLTIMA OCORRE CONTRA PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE, DEVIDO À SUA IDENTIDADE DE GÊNERO OU ORIENTAÇÃO SEXUAL ” – <i>grifos nossos</i> (D4)

FONTE: Dados da pesquisa (2021).

Percebemos, portanto, que as falas dos sujeitos integram uma variedade de aspectos que, via de regra, se espraiam nas direções e nos sentidos atinentes às relações que estabelecem, diretamente, entre violência obstétrica e violência de gênero.

Até mesmo um/a dos/das docentes que respondeu que não acredita que há relação entre a violência obstétrica e a violência de gênero, acabou justificando trazendo a noção de “vulnerabilidade” (D4), que é, justamente, o motivo pelo qual entendemos como correlatas as duas formas de violências.

Tal entendimento é respaldado pela Defensoria Pública de São Paulo (2015, p. 7):

Grande parte das violências obstétricas ocorrem durante o parto e pós-parto, num momento em que a mulher está em situação de **vulnerabilidade**, sem condições de se defender ou de tomar medidas práticas que interrompam a violência. São práticas consideradas “comuns” e que causam severos danos a vítima, ao bebê e a sua família. (*grifo nosso*)

Outro fator que se destaca na fala de D4 é o quanto esta pessoa desassocia o conceito de gênero à representação/papéis da mulher e do homem (sistema binário sexo-gênero), tendo em vista que entende “gênero” e “violência de gênero” como fatores exclusivamente condicionados à “orientação sexual” (*gays*, *lésbicas*, *bissexuais*) e à “identidade de gênero” (*travestis*, *transexuais*, *transgêneros*) – sistema não binário.

Essa maneira de enquadramento do conceito de gênero é estreita, e excludentemente míope, haja vista que gênero, individualmente falando, “corresponde a formas de ser/parecer”, mas, “nas relações sociais, constitui uma estrutura de dominação masculina, baseada na

atribuição de valores diferenciados ao que se denomina masculino em relação ao que se denomina feminino” (CARVALHO; ANDRADE; JUNQUEIRA, 2009, p. 18-19).

Ainda nesse sentido, afirma Aguiar (2010, p. 42):

Assim, embora as relações de gênero sejam construções sociais e, portanto, assumam diferentes formas e caminhos de acordo com as diversas culturas e contextos históricos, é inegável na sociedade capitalista a influência do papel a medicina com todo o seu processo de medicalização e objetificação do corpo feminino na constituição das identidades de gênero.

Igualmente, vale ressaltar que D6 toca em um ponto inusitado que marca o fenômeno da maternidade e dos novos modelos de família nesta nova era: o fato de homens transexuais poderem gestar, parir e maternar. Sobre esta questão, Leray (2020, n.p.), em reportagem a respeito de *Danny Wakefield*, estadunidense que ficou famoso nas redes sociais ao compartilhar sua experiência de gestação, traz a seguinte reflexão feita por *Danny*:

Para ele, a vida de um homem trans grávido costuma ser uma jornada assustadora que constantemente vai contra o que a sociedade diz que é possível. Danny levantou uma questão importante: não são apenas mulheres cisgênero que podem gerar um filho, afinal, ele como pessoa trans, é a prova vida disso.

Já D8, além de inferir sobre o contexto da parentalidade, também angulariza uma situação já bastante conhecida, através da qual muitas mulheres sofrem quando do momento do parto, ao terem que enfrentar abordagens, tais como: “*para fazer foi bom, agora aguente*”. Esta situação condiz com o que apontam Sena e Tesser (2017, p. 212):

Embora relatos de percepção negativa da experiência de parto, relacionada à presença de maus-tratos ou tratamentos desrespeitosos, já estejam presentes em estudos há alguns anos, acessar a percepção da violência sofrida pode ser um árduo trabalho, muitas vezes inviabilizado pela invisibilidade da violência institucional. A invisibilidade desta forma de violência ocorre em função de diferentes fatores, como: a banalização de condutas pautadas em estereótipos de classe e gênero, que são vistas como “uma brincadeira” pelos sujeitos envolvidos e até esperadas pela paciente; a aceitação e banalização, por parte dos profissionais, de intervenções já consideradas comprovadamente desnecessárias; e a dificuldade que os usuários têm, em geral, de criticar o serviço de saúde e os profissionais que os atenderam, sobretudo no caso da assistência perinatal, onde as mulheres tendem a se sentir aliviadas e agradecidas após o nascimento de um bebê saudável, o que, para elas, compensaria qualquer mau tratamento recebido durante a assistência.

Revidando esta realidade, D8 questiona o porquê de somente a mulher ter que se submeter a tais situações, o que aufere à própria responsabilidade do que cabe somente à mulher sobre o ato de gestar/parir, como também nos lembra sobre a parentalidade. Ribeiro, Gomes e Moreira (2015, p. 3592) afirmam que parentalidade é o “exercício da função parental, implicando cuidados com alimentação, vestuário, educação, saúde, etc., que se tecem no cotidiano em torno do parentesco”. Assim, observa-se que a indagação de D8 é oportuna principalmente em relação a tais discussões da atualidade em relação à corresponsabilidade parental quanto ao dever de cuidado com as crianças.

Em sintonia com tais resultados, a “nuvem de palavras” gerada, a partir das categorias empíricas surgentes, engloba os sentidos advindos das nuances discursivas dos sujeitos docentes, conforme segue.

FIGURA 9: Categorias empíricas docentes sobre a relação entre “violência obstétrica” e “violência de gênero”



FONTE: Dados da pesquisa (2021).

De acordo com a ilustração referente, percebemos o quanto a categoria “dominação masculina” emerge com a mesma força incisiva com que atua, no cenário da sociedade patriarcal, para inquirir poder sobre as “diferenças”, isto é, sobre o outro antagônico à ideia de “macho”, à execução de seu comportamento (macheza) e de suas manobras (machismo).

Poderíamos dizer que a dominação masculina, conforme apregoa Bourdieu (2019), seria o mecanismo de poder patriarcal através do qual se enraízam as forças que operam sobre corpos e comportamentos, introjetando regimes de verdade que ditam, controlam e fiscalizam o sistema binário sexo-gênero.

Nesse sentido, a dominação masculina mantém vigília constante sobre os papéis, as representações, as performances e as fronteiras de gênero, além de inquirir sobre as expressões dos corpos e as manifestações da sexualidade, e tudo isso em virtude do ideário de família, que tem na heterossexualidade a única matriz de relacionamentos válida, colocando as mulheres como “objetos simbólicos”, das quais

[...] se espera que sejam “femininas”, isto é, sorridentes, simpáticas, atenciosas, submissas, discretas, contidas ou até mesmo apagadas. E a pretensa “feminilidade” muitas vezes não é mais que uma forma de aquiescência em relação às expectativas masculinas, reais ou supostas, principalmente em termos de engrandecimento do ego (BOURDIEU, 2019, p.111-112).

Por esse arcabouço, a dominação masculina é a força motriz da sociedade patriarcal, e a condução de seus empenhos conspira em função de seu próprio interesse, através do qual se perpetua o ordenamento e a manutenção de seu legado, inclusive, o controle sobre o “corpo grávido”, categoria que também se destacou como resultado.

Na verdade, para Butler (2017), a própria noção de corpo é uma construção. Ela afirma na obra “Problemas de gênero”, publicada pela primeira vez em 1990:

Se o sexo é, ele próprio, uma categoria tomada em seu gênero, não faz sentido definir o gênero com a interpretação cultural do sexo. O gênero não deve ser meramente concebido com a inscrição cultural de significado num sexo previamente dado (uma concepção jurídica); tem de designar também o aparato mesmo de produção mediante o qual os próprios sexos são estabelecidos. Resulta daí que o gênero não está para a cultura como o sexo para a natureza; ele também é o meio discursivo/cultural pelo qual a ‘natureza sexuada’ ou ‘um sexo natural’ é produzido e estabelecido como ‘pré-discursivo’, anterior à cultura, uma superfície politicamente neutra *sobre a qual age a cultura* (BUTLER, 2017, p. 27).

Por este ângulo, a dominação masculina, prenunciada como categoria de maior relevo, condensa-se como substrato que entrelaça a indivisibilidade entre violência obstétrica e violência de gênero, conforme a incidência de sentidos que marca o entendimento docente sobre a questão.

Em outro momento, questionados se, a partir de sua experiência e de sua expectativa como docente, o/a professor/a acreditava que o/a discente do Ensino Médio Integrado do IFPB saberia dizer o que significa “violência obstétrica”, 92,3% responderam que “não” (n=12), enquanto apenas 7,7% responderam que “sim” (n=1).

GRÁFICO 13: Percepção docente sobre o entendimento discente a respeito de violência obstétrica



FONTE: Dados da pesquisa (2021).

Os resultados constataram que a grande maioria dos/das docentes não espera que o/a discente do IFPB saiba dizer o que significa a expressão “violência obstétrica”. Solicitados a justificar tal resposta, os/as docentes expuseram as seguintes narrativas:

QUADRO 9: Expectativas dos sujeitos docentes quanto à noção de “violência obstétrica” por parte dos/das discentes do IFPB

CATEGORIZAÇÃO EMPÍRICA		NARRATIVAS DE SUJEITOS DOCENTES
EIXOS PRINCIPAIS	FATORES INCIDENTES	
	<i>Falta de políticas públicas</i>	<p>[Talvez não entendam o que seja violência obstétrica pela] “falta de informação dessa parcela da população e, também, a falta de políticas públicas para orientar melhor a população” (D1).</p> <p>“Apesar de não dar aula nos 3 anos, acredito eles não conheçam o significado desse tema” (D4).</p> <p>“Em minha experiência, especialmente ao lecionar o conteúdo reprodução humana, deparei-me com muitas dúvidas básicas sobre ‘como engravidar’, como funcionam os métodos contraceptivos, como o corpo funciona. São dúvidas que, geralmente, são expostas particularmente; existe um certo pudor em abordar esse assunto em sala por parte dos jovens, mesmo aqueles que já têm vida sexual ativa. SE ELES SABEM TÃO POUCO SOBRE O ATO SEXUAL QUE JÁ PRATICAM, e é bastante comentado em diversos canais de comunicação,</p>

Discentes saberiam pouco sobre violência obstétrica		IMAGINA SOBRE UM TEMA COMO A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, QUE É TÃO POUCO COMENTADO – <i>Grifos nossos</i> (D8).
		“ Pouco se divulga a respeito na sala de aula , visto que sai da abordagem mais técnica da Biologia” (D2)
		“ Acredito que seja um tema recente e pouco divulgado ” (D3).
		“ É pouco divulgado . Eu falo sobre isso nas aulas de reprodução, mas é preciso mais informação, sobretudo, pela mídia” (D10).
		“É um tema que está sendo discutido recentemente, logo, poucas pessoas têm conhecimento da sua importância” (D11).
	<i>Reflexão deficitária na escola</i>	“ Raramente se fala sobre a temática em sala de aula ” (D5).
		“No IF de João Pessoa-PB, as turmas de Ensino Médio, se você vêem Fisiologia Humana no 3º ano, que é onde esse assunto é abordado ” (D6). (NÃO ENTENDI)
		“ ACHO QUE O TEMA AINDA É POUCO DISCUTIDO NA SOCIEDADE E NA ESFERA ESCOLAR. POR ISSO, ACREDITO QUE MUITOS ADOLESCENTES AINDA NÃO TIVERAM CONTATO COM O TEMA OU, SE JÁ O TIVERAM, NÃO SABEM IDENTIFICAR UMA SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA ” – <i>Grifos nossos</i> (D7).
		“ POUCO TEMPO PARA SE DISCUTIR, DENTRO DO CONTEÚDO, TEMAS COMPLEXOS COMO ESSE. MAS ACHO NECESSÁRIO ” – <i>Grifos nossos</i> (D9).
		“ Assunto importante , porém, infelizmente, não faz parte dos conteúdos programáticos , em uma carga horária, hoje, tão reduzida” (D12).
Discentes já sabem sobre violência obstétrica	<i>Faz parte do currículo escolar</i>	“Faz parte do currículo da disciplina de Biologia discutir sobre questões ligadas à reprodução (aborto, parto, entre questões morais e ética da sociedade em si) ” (D13).

FONTE: Dados da pesquisa (2021).

Doze de treze docentes disseram não esperar que os/as discentes não saberia dizer o que significa violência obstétrica, seja por não ter a ver com as questões técnicas relacionadas à Biologia (D2) ou por não haver tempo hábil para ser abordado (D12), diante do programa de ensino estipulado. Também foi mencionada a existência de dúvidas, desde questões relacionadas à sexualidade e contracepção, até mais especificamente à violência obstétrica; por isso, acredita que os/as alunos/as não sabem o que significa tal expressão (D8).

Além disso, D13, docente que respondeu que os/as alunos/as saberiam o que significa violência obstétrica, lembrou que o currículo de Biologia inclui questões ligadas à reprodução, e asseverou que tal assunto inclui “aborto, parto, entre questões morais e ética da sociedade em si”. De uma forma ou de outra, há a premente necessidade de maior discussão do tema no Ensino Médio, seja como eixo transversal ou não, momento em que o currículo determina os estudos sobre fisiologia e reprodução humanas, razão pela qual tais assuntos foram contemplados no desenvolvimento do produto educacional, estruturado mais adiante no texto.

O desdobramento de tal resultado, no intuito de apurar os porquês sobre as baixas expectativas docentes sobre o entendimento discente a respeito de violência obstétrica, é contundente, sobretudo, quando os sujeitos destacam, dentre outros fatores, a insuficiência e/ou falta de informação/políticas públicas, bem como a *dificuldade de uma pessoa jovem identificar que está sendo vítima de uma suposta violência obstétrica* etc.

Por sinal, vale ressaltar o quanto este último aspecto reveste-se de maior preocupação quando se considera as possibilidades de uma pessoa adolescente passar por situações de violências obstétricas. Esta sinalização também apareceu nos resultados discentes, discutidos mais adiante no texto. De todo modo, algumas ações empreendidas já demonstram a preocupação apontada, a exemplo de Aguiar (2010), que incluiu adolescentes em sua investigação de doutorado acerca de violência institucional, afirmando que a “estigmatização” da maternidade na adolescência criou um espaço para a violência institucional” e que, “embora simbolicamente o parto seja visto pelas jovens do citado estudo como um rito de passagem que confere legitimidade à maternidade, a própria instituição deslegitima a reprodução sexual destas mulheres, não apenas por serem jovens, mas também negras e de baixa renda” (AGUIAR, 2010, p. 20).

Na esteira desse levante de sentidos e significados sobre o fenômeno estudado, a “nuvem de palavras” que se segue esboça o extrato de categorias empíricas que eclodiu nas narrativas dos sujeitos da pesquisa.

FIGURA 10: Categorias empíricas sobre as expectativas docentes em relação à noção que discentes teriam sobre “violência obstétrica”



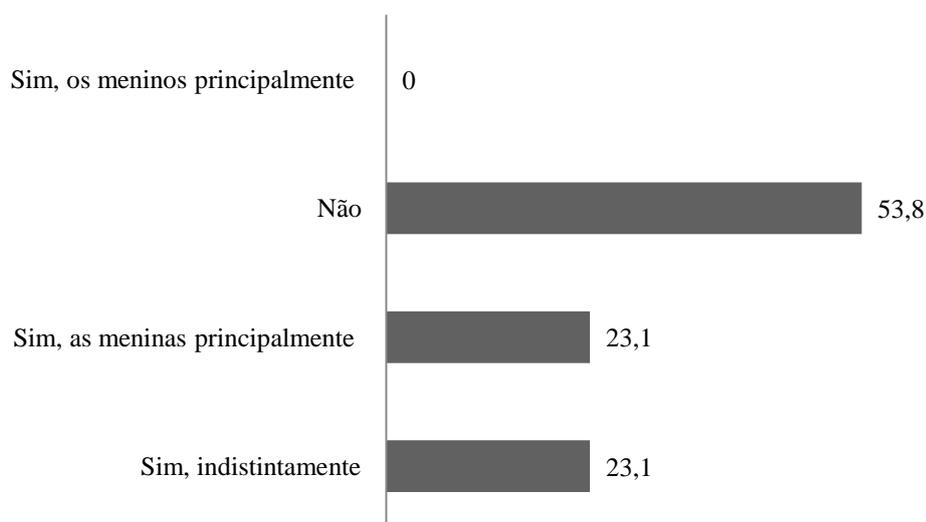
FONTE: Dados da pesquisa (2021).

A “nuvem de palavras” ilustra e reforça que prevaleceu, nas expectativas docentes, o quanto os/as discentes “saberiam pouco” sobre violência obstétrica, cujas razões foram anteriormente preditas.

Em decorrência desta última questão e seu resultado, em seguida, os/as docentes foram questionados se, a partir de sua experiência e de suas expectativas, acreditavam que o/a discente do Ensino Médio Técnico-integrado do IFPB relacionaria “violência obstétrica” à “violência de gênero”.

Nesse item, 53,8% dos participantes respondeu que “não”, enquanto 23,1% respondeu que “sim, indistintamente”, e outros 23,1% afirmou que “sim, as meninas principalmente”.

GRÁFICO 14: Percepção dos/das docentes sobre como os/as discentes relacionariam violência obstétrica à violência de gênero



FONTE: Dados da pesquisa (2021).

Prevaleceu a opinião de que os/as estudantes não relacionariam “violência obstétrica” à “violência de gênero”, corroborando com o resultado anterior de que discentes saberiam pouco sobre violência obstétrica. No entanto, foi interessante notar que nenhum docente escolheu a opção que menciona apenas os “meninos”.

Este aparente hiato cultural é uma séria questão de gênero da sociedade patriarcal, na qual a divisão social entre os sexos determina o nível de compromisso e envolvimento das responsabilidades que cabem ao homem e à mulher, assim como caberia ao pai e à mãe, uma demarcada zona de sentidos limítrofe que intenta bloquear as perspectivas frutíferas da parentalidade.

Em outras palavras, uma grotesca imposição de papéis de gênero, a qual localizaria o fenômeno da violência obstétrica como um problema apenas da mulher, uma banalização da tragédia feminina que, *per si*, culmina em um dos tentáculos da própria violência de gênero.

Solicitados a justificar as respostas contidas no gráfico anterior, os/as docentes assim expuseram suas razões de escolha:

QUADRO 10: Expectativas dos sujeitos docentes quanto à correlação entre “violência obstétrica” e “violência de gênero” por parte dos/das discentes do IFPB

CATEGORIZAÇÃO EMPÍRICA		NARRATIVAS DE SUJEITOS DOCENTES
EIXOS PRINCIPAIS	FATORES INCIDENTES	
	Falta de	“A falta de conhecimento do tema” (D1).
		“Geralmente, eles não tratam destes assuntos” (D2).

Poucas expectativas sobre o fato de discentes discernirem “violência obstétrica” como “violência de gênero”	<i>informação</i>	“A maioria não sabe, sequer, sobre métodos contraceptivos” (D12). “Poderia ser explicado da forma mais natural possível. Sem ser tendenciosos” [<i>sic</i>] (D3).
	<i>Confunde com negligência médica</i>	“Julgo que a maioria iria encarar a violência obstétrica como negligência médica ou maus tratos médicos. De forma geral, não iriam relacionar a violência de gênero por achar que é normal a mulher passar por dificuldades na gravidez e parto” (D8).
Tanto meninos quanto meninas relacionam “violência obstétrica” com “violência de gênero”	<i>A geração da liberdade</i>	“Acho que, de uma certa forma, eles fariam essa relação” (D4). “ACREDITO QUE ESSA GERAÇÃO DE AGORA, PELO QUE OBSERVO DE MEUS ALUNOS, É UMA GERAÇÃO QUE VEIO JÁ COM MAIS CONHECIMENTO E MAIS LIBERDADE DOS DIREITOS DAS ‘MINORIAS’. ELES TAMBÉM TÊM MENOS PRECONCEITO COM ESSAS MESMAS MINORIAS” – <i>grifos nossos</i> (D6).
“Coisa” de menina	<i>Meninas sabem do que se trata</i>	“Acredito que, apenas, algumas poucas meninas tenham escutado algo sobre o tema” (D5). “Acredito que as meninas têm maior sensibilidade para se colocar na situação, caso o assunto seja discutido” (D9). “GERALMENTE, AS MENINAS SOFREM DISCRIMINAÇÃO E, CONSEQUENTEMENTE, FICAM MAIS REATIVAS E CONSCIENTES” – <i>grifos nossos</i> (D11). Como dito anteriormente, acho que o tema ainda é pouco discutido na sociedade e na esfera escolar. Por isso, no caso de um aluno do 3º ano conseguir fazer a relação, TALVEZ, apenas algumas meninas” (D7). “Por sentirem na pele os diversos tipos de violência de gênero, e por, normalmente, ter alguém na família que passou por isso” (D10).

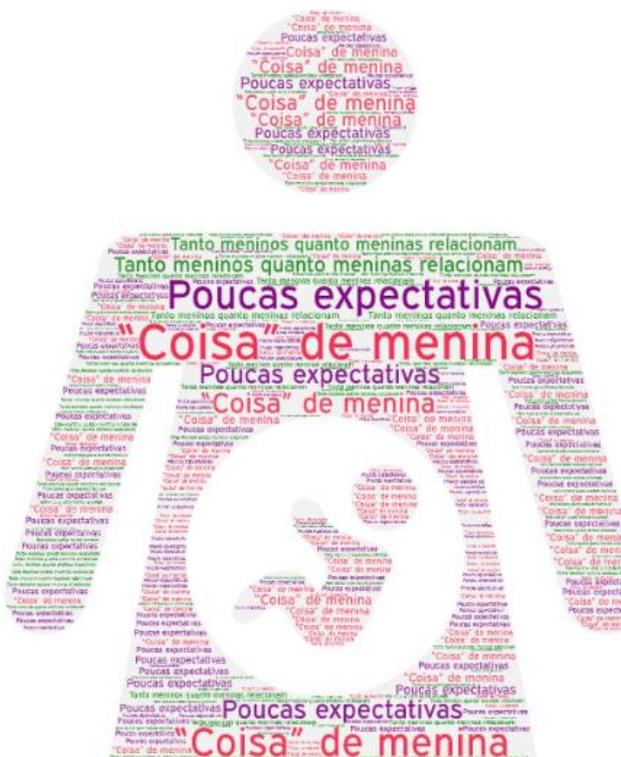
FONTE: Dados da pesquisa (2021).

A exposição de motivos sobre as respostas docentes escolhidas deflagra que, a maioria, entende que discentes de Ensino Médio não têm informação suficiente sobre o assunto, ou que este é um tema pouco divulgado. Além disso, também se destaca as ênfases sobre o tema como “coisa de menina”, e a arguição de D11 justifica que pelo fato de meninas sofrerem mais discriminação, esta mesma diáspora de gênero faria com que as próprias meninas, pelo sofrimento, ficassem “mais reativas e conscientes” sobre a “violência obstétrica” como “violência de gênero”. Valendo-se de um adágio popular, seria o equivalente a “quem bate quase não lembra, que apanha nunca esquece!”.

Dentre aqueles que acreditam que estudantes, independentemente de seu gênero, relacionariam “violência obstétrica” à “violência de gênero”, foi justificado que esses temas sobre “minorias” têm tido um debate ampliado atualmente, conforme enfatiza D6. Explicando melhor seu argumento, esta pessoa destaca o cenário geracional atual, cujas pessoas têm mais acesso ao conhecimento, mais liberdade, menos preconceito, e, conseqüentemente, mais sensibilidade às minorias.

Dito isso, a “nuvem de palavras” gerada a partir destes resultados dimensiona as categorias empíricas desveladas das nuances discursivas dos sujeitos docentes, conforme segue.

FIGURA 11: Categorias empíricas sobre as expectativas docentes de discentes relacionarem “violência obstétrica” à “violência de gênero”



FONTE: Dados da pesquisa (2021).

Conforme se percebe, nenhum docente afirmou que apenas os meninos fariam essa relação, quando apenas as meninas o fariam (D9, D10, D11 e D13), haja vista que se trata de “coisas de menina”.

De fato, em realidade, as mulheres, normalmente, buscam entender mais e melhor sobre os fenômenos relacionados à violência, já que são vítimas históricas de múltiplas formas de subalternidades e violências cotidianas, muitas das quais sutis ou travestidas da mesma normalidade com que se naturalizou a violência obstétrica ao longo dos tempos, segundo assinalam Sena e Tesser (2017), acima citados. Além disso, Sena (2016, p. 167) diz:

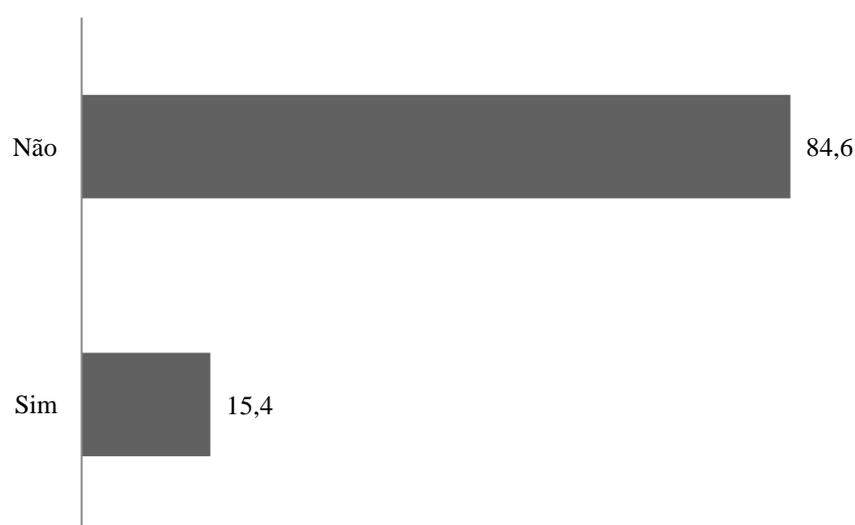
O enfrentamento da violência obstétrica não pode considerar, apenas, a transformação de um modelo em outro. Mas a transformação radical de um modo de lidar com o evento do nascer e do parir que não considere apenas uma mudança “a vir a ser”, no futuro, como decorrência de um modo respeitoso de nascer no agora. Mas a uma mudança no presente, uma mudança ativa e conquistada pela recuperação da autonomia das mulheres e

pela redução da heteronomia. A apropriação do direito sobre seu próprio corpo, a possibilidade concreta de diálogo entre profissional da assistência obstétrica e gestante/parturiente, as mudanças culturais que tirarão profissionais médicos, biomédicos e especialistas do caráter de endeusamento com que são considerados podem promover uma mudança mais efetiva, concreta, atual e duradora, posto que atua na dimensão da emancipação e da autonomia do sujeito.

Com base nisso e dando continuidade aos resultados da pesquisa, as perguntas foram direcionadas ao conteúdo de Biologia, previsto no currículo do Ensino Médio, sendo mais relacionadas à categoria teóricas “Educação Profissional e Tecnológica (EPT)”, com o delineamento da subcategoria “Ensino Médio Técnico-integrado”, ou simplesmente, “ensino integrado”, e as unidades de sentido “formação unitária, omnilateral e politecnicia”, que são as bases conceituais norteadoras da própria EPT, além do que também se somaram “ensino de Biologia” e “gravidez na adolescência”. Tais questões visavam entender o grau de necessidade de aprofundamento desses conteúdos, a fim de subsidiar o desenvolvimento do produto educacional, exposto mais adiante neste mesmo capítulo.

Nesse sentido, questionados/as se, em sua avaliação, os processos educativos e os recursos pedagógicos (do currículo ao livro didático de Biologia) eram suficientes para conduzir o ensino sobre reprodução humana e suas especificidades, 84,6% dos/das participantes respondeu que “não”, enquanto 15,4% afirmaram que “sim”.

GRÁFICO 15: Avaliação docente a respeito dos recursos didático-pedagógicos serem suficientes para conduzir o ensino sobre “reprodução humana” e suas especificidades



FONTE: Dados da pesquisa (2021).

O resultado desta variável revela que a maioria dos sujeitos respondentes entende que os processos educativos e os recursos pedagógicos não são suficientes para conduzir, a contento, o ensino sobre reprodução humana, previsto no currículo do componente curricular Biologia. As justificativas a respeito de tal questionamento constam no quadro a seguir:

QUADRO 11: Justificativas dos sujeitos docentes sobre a avaliação a respeito dos recursos didático-pedagógicos para conduzir o ensino de “reprodução humana”, em Biologia

CATEGORIZAÇÃO EMPÍRICA		NARRATIVAS DE SUJEITOS DOCENTES
EIXOS PRINCIPAIS	FATORES INCIDENTES	
(In)suficiência dos recursos didáticos sobre o conteúdo “reprodução humana”	<i>Superficialidade do livro didático e insuficiência de carga horária</i>	“Essa temática da reprodução humana é vista de uma maneira muito superficial nos livros didáticos , e também nos currículos” (D1).
		“O tema é visto muito superficialmente ” (D3).
		“ Sempre há a necessidade de complementar os conteúdos abordados nos livros , pois a cada nova edição dos livros, estes vêm cada vez mais sintéticos ” (D4).
		“ É PRECISO QUE ESSE TEMA APAREÇA NOS MATERIAIS DIDÁTICOS ” (D10).
		“ Carga horária insuficiente para aprofundar mais o assunto” (D13).
		“ Essas especificidades dão margem para muitas indagações , porém, no sentido científico, temos bons livros”. (D12).
	<i>O tecnicismo e a negação da reflexão sobre temas tabus</i>	“Talvez, o assunto fica ao nível técnico, por exemplo, não se trata dos tabus em relação às questões da sexualidade ” (D2).
		“Os livros didáticos tratam da questão sobre reprodução de forma meramente técnica, ignorando os aspectos sociais, psíquicos e dissociado dos outros sistemas, a exemplo do endócrino” (D5).
		“Acho que o tema ainda é visto como tabu, é pouco discutido na sociedade, e isso acaba refletindo na esfera escolar, na estruturação do currículo e nos recursos didáticos utilizados. Há muita desinformação e, talvez, falta de preparo por parte de alguns profissionais que trabalham com educação (de uma forma geral), para abordarem esse tema, além do que muitos incorporam as concepções pessoais (moral/religiosa) sobre o assunto , nas suas falas” (D7).
		“ O currículo e o livro didáticos são muitos bons , abordam os principais temas como anatomia e fisiologia dos sistemas reprodutores masculino e feminino, métodos de contracepção e doenças sexualmente transmissíveis de forma clara e respeitosa. Entretanto, não julgo que são suficientes para conduzir as especificidades da reprodução humana , pois, como seres sociais, somos influenciados por nossa cultura, e o sistema reprodutor, entre os sistemas do organismo, é o que tem mais tabus. Seria interessante abordar as visitas ao um ginecologista, tive uma experiência em que convidei o enfermeiro do campus para dar uma palestra, e a turma teve outro olhar sobre o tema, despertou o interesse deles” (D8).
	“ Infelizmente, nos livros de Biologia não há temas relevantes, como educação sexual, educação ambiental... ” (D11).	

	<i>Transversalidade/ Interdisciplinaridade/ Transdisciplinaridade</i>	<p>“Falta conteúdo sociológico. Se possível, é necessário tratar esses temas de MANEIRA INTEGRADA com outras disciplinas” – <i>Grifos nossos</i> (D9).</p>
		<p>“Se o professor souber trabalhar, É INTEIRAMENTE POSSÍVEL FALAR SOBRE EDUCAÇÃO SEXUAL E PLANEJAMENTO FAMILIAR. É o que faço em minhas turmas” – <i>Grifos nossos</i> (D6).</p>

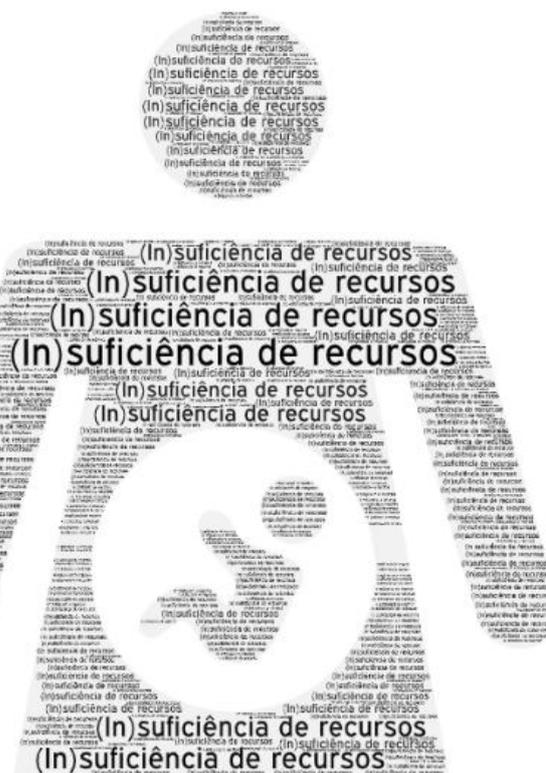
FONTE: Dados da pesquisa (2021)

É contundente o fato de que a maioria dos/das docentes avalia que os livros didáticos são muito superficiais, sintéticos e técnicos, não tratando de assuntos como esses (violência obstétrica), talvez pelo fato de que consideraram como um tabu (D2, D7 e D8). Os sujeitos também afirmam que, em se tratando de EPT, é preciso trabalhar o tema de *forma integrada*, o que ficou explicitado na fala de D9. Este aspecto coaduna-se diretamente com o conceito de formação integral e omnilateral, isto é, “a integração das dimensões fundamentais da vida que estruturam a prática social. Essas dimensões são o trabalho, a ciência e a cultura” (RAMOS, 2008, p. 3-4).

Por outro lado, D6 e D12 afirmam que o currículo e os livros didáticos contemplam o assunto “reprodução humana”, de modo que, havendo interesse por parte do/da docente, é possível trabalhar os temas ligados à educação sexual e planejamento familiar, por exemplo, no ensino de Biologia. Esta prerrogativa corresponde ao fato de que a autonomia docente licencia liberdade para as articulações transversais possíveis/necessárias às práticas docentes, sem falar que, muitas vezes, as demandas vêm dos/as próprios/as discentes, diante da curiosidade e das oportunas formas de compreender as coisas no mundo.

Por oportuno, a “nuvem de palavras” suscitada a partir das categorias empíricas correspondentes às falas dos sujeitos docentes, expõem o extrato emergente de sentidos e significados.

FIGURA 12: Categorias empíricas sobre a avaliação docente dos recursos didático-pedagógicos para socializar o conteúdo “reprodução humana”



FONTE: Dados da pesquisa (2021).

Uma característica deste resultado foi o fato de que o conjunto de argumentos erigido convergiu para apenas um eixo principal, correspondente à “insuficiência dos recursos didático-pedagógicos para o ensino do conteúdo reprodução humana”. E chama atenção, mais ainda, como supradito, o fato de que o tabu, possivelmente, é o maior motivo pelo qual se cerceie a discussão no conteúdo curricular e nos recursos didáticos, a exemplo do livro.

Em pleno Século XXI soa estranho que violência obstétrica seja considerada como tabu, principalmente quando caberia à própria escola a responsabilidade de desmistificar ideologias, *fake news* e mitos através de aprendizagens reflexivas, abertas e dialógicas.

Talvez, as possibilidades de explicação dessa aporia interposta, que enquadra violência obstétrica como tabu, tenha raízes nos próprios dispositivos de sexualidade. Segundo Foucault (1988, p. 100):

A sexualidade é o nome que se pode dar a um dispositivo histórico: não à realidade subterrânea que se apreende com dificuldade, mas à grande rede da superfície em que a estimulação dos corpos, a intensificação dos prazeres, a incitação ao discurso, a formação dos conhecimentos, o reforço dos controles e das resistências, encadeiam-se uns aos outros, segundo algumas grandes estratégias de saber e de poder (FOUCAULT, 1988, p. 100).

Assim, no momento em que se limita a discussão sobre tais aspectos, a sexualidade acaba virando um tabu e, ao se deixar de tratar sobre questões sexuais e reprodutivas, acabamos abrindo espaço para a falta de informação e, como consequência, para as violências.

De toda forma,

Não é nenhuma novidade que os processos educativos (do currículo escolar à avaliação da aprendizagem) e a escola (da organização das cadeiras em sala de aula à gestão/administração escolar) são constituídos como mecanismos de saber-poder, aparelhos ideológicos tutelados pelo Estado e controlado pelos interesses políticos que outorgam pra si mesmos autonomia para controlar a escola e os processos educativos, através da manutenção da ordem que se estabelece como válida através do poder, isto é, através de ‘constelações dispersas de relações desiguais’ [...] (EPAMINONDAS, 2020, p. 188).

Posto isso, a atual versão da BNCC, homologada no cenário político que se deu após 2016, a partir do *impeachment* da Presidenta Dilma Rousseff, reflete a convivência partidária de um pensamento político que trata as discussões sobre “gênero” como uma “ideologia”, distanciando-se do sentido previsto na legislação brasileira, cujo Estatuto da Juventude prevê o direito de não ser discriminado com base em orientação sexual e determina a capacitação dos profissionais de segurança, saúde e operadores do direito para atuar em questões de sexualidade e gênero, bem como a inclusão, nos conteúdos curriculares, de temas relacionados à sexualidade (BRASIL, 2013a).

Assim, a partir do impedimento de Dilma, os setores sociais e políticos tradicionais começaram a difundir de maneira pejorativa as questões relacionadas ao gênero, por meio de notícias falsas de que o governo então exercido pelo Partido dos Trabalhadores (PT) estaria distribuindo “*kit gay*” e doutrinando as crianças e adolescentes para pregar uma “ideologia de gênero”, o que, em nenhuma das duas situações, restou comprovado como existente, pois, como visto, a legislação editada durante o período em que a Presidência da República estava a cargo do PT, apenas determinava que a diversidade de gênero e de sexualidade fosse respeitada, coibindo-se qualquer tipo de discriminação, o que, na realidade, já é previsto na Constituição Federal desde 1988.

A seguir, foi perguntado aos/às docentes se o currículo e o conteúdo de ensino do referido componente deveriam abordar “violência obstétrica”, sendo que 100% responderam que “sim”. Como justificativa, apresentaram as seguintes falas:

QUADRO 12: Justificativas docentes quanto à necessidade de o currículo e o conteúdo do Ensino Médio Técnico-integrado abordarem a temática “violência obstétrica”

CATEGORIZAÇÃO EMPÍRICA		NARRATIVAS DE SUJEITOS DOCENTES
EIXOS PRINCIPAIS	FATORES INCIDENTES	
Educação para a vida	<i>Informação, sexualidade, juventude</i>	<p>“Quanto mais informação, mais a população, principalmente a feminina, ficará esclarecida sobre determinadas temáticas” (D1).</p> <p>“Todos os conteúdos relativos à violência sexual devem ser abordados” (D9).</p>
	<i>Jovem menina, mãe jovem</i>	“Justamente para abordar outras questões relacionadas ao preconceito e autoestima relacionados a uma mãe jovem e despreparada” (D2).
	<i>Autonomia docente/ Tema transversal</i>	“Não é abordado, especificamente no currículo, mas pode ser inserido pelo docente ” (D13).
		“Sempre há a necessidade de orientar e conscientizar os estudantes” (D4).
		“Mesmo que não seja obrigatório, o professor pode abordar esse tema sim , pois isso, É EDUCAÇÃO PARA A VIDA ” – <i>Grifos nossos</i> (D6).
		“Por ser uma questão pouco discutida e conhecida, mas bastante presente na sociedade, precisa ser abordada como conteúdo do currículo ” (D7).
	<i>Humanização do parto para cursos distintos</i>	“ É importante falar sobre sexualidade, gênero, reprodução, bem como o PARTO HUMANIZADO – <i>Grifos nossos</i> ” (D5).
		“Poderia ser tratado como um tema muito relevante com estudos de casos, porém, em cursos ligados à área de saúde ” (D12).
	<i>Imaturidade e vulnerabilidade</i>	“Creio que quanto menos informação mais vulnerável à violência obstétrica a mulher fica . Considerando que nosso público é de jovens, em geral, a partir de 14 anos, e que algumas delas têm vida sexual ativa , entretanto, sabem muito pouco sobre como seu corpo funciona ou [não] têm maturidade para estabelecer os limites do que querem ou não em uma relação, esse comportamento subserviente tende a se repetir num acompanhamento obstétrico, se ela não for esclarecida dos direitos que têm enquanto mulher , de ser bem atendida e com respeito” (D8).
	<i>Masculinidade tóxica</i>	“Acho necessário como tantos outros temas, como masculinidade tóxica , que não são abordados” (D9).

FONTE: Dados da pesquisa (2021).

Abordar temáticas além do currículo é uma diretiva do ensino integrado, notadamente quando desdobra os fundamentos de sua luta por uma “educação para a vida”, eixo central que se evidencia como categoria empírica, advinda das falas dos sujeitos da pesquisa, conforme destaca a “nuvem de palavras” a seguir.

FIGURA 13: Categorias empíricas a necessidade de o currículo e o conteúdo do Ensino Médio Técnico-integrado abordarem a temática “violência obstétrica”



FONTE: Dados da pesquisa (2021).

Em virtude disso, poderíamos afirmar que na conjuntura da “educação para a vida” na EPT, os fundamentos da formação unitária, omnilateral e politécnica tornam-se cruciais, e as matizes empíricas de tais achados podem ser observadas nas falas dos/das docentes D3, D4, D6, D7, D11 e D13, já que a EPT não tem a função única de ser profissionalizante, trazendo apenas aspectos técnicos do trabalho, mas também conhecimentos de mundo e da cultura, importantes para a formação cidadã/humana.

Também restou evidenciada a percepção dos/das docentes no sentido de que, quanto mais informação e conhecimento a respeito de sexualidade, de reprodução e do próprio corpo, mais protegida estará a gestante em relação à ocorrência de violência obstétrica e outras violações sexuais (D1, D2, D5, D8 e D12). Por fim, consta que D9 mencionou a “masculinidade tóxica”, um dos tentáculos de fortalecimento patriarcal, cujo termo tangencia a compreensão de Carvalho, Andrade e Junqueira (2009, p. 32) sobre “masculinidade hegemônica”, que se refere a um “jeito de ser/parecer masculino, valorizado por um determinado grupo, em detrimento de outras formas/expressões de masculinidade e feminilidade”. Tais autores também trazem a noção de sexismo, que corresponde à

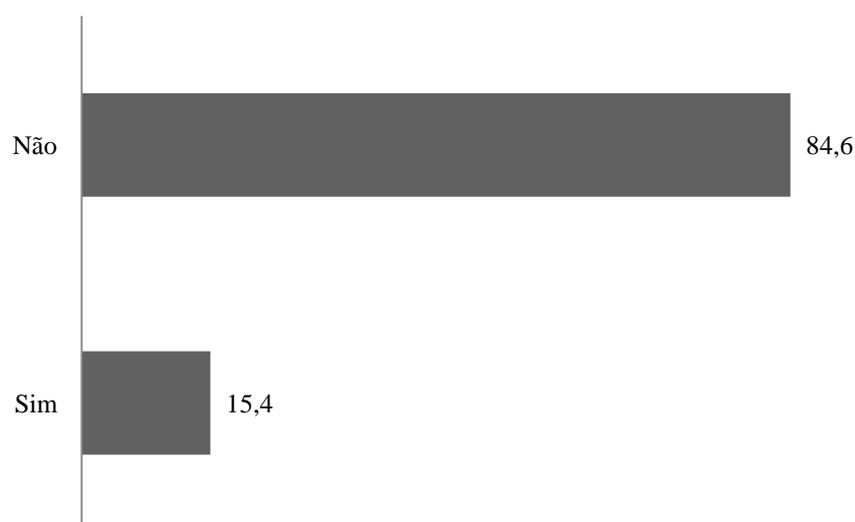
[...] discriminação ou tratamento indigno a um determinado sexo – na história recente, o feminino. Como as representações acerca do sexo e da

sexualidade estão vinculadas ao binarismo de gênero e à heteronormatividade, a homofobia também é uma forma de sexismo (CARVALHO; ANDRADE; JUNQUEIRA, 2009, p. 40).

Percebemos, mais uma vez, a importância do desenvolvimento de produtos educacionais como perspectiva de dinamização e ampliação do material didático já existente, posto que pode melhor fundamentar e propiciar processos educativos favoráveis a questões específicas, como a que ora se apresenta.

Dando continuidade, os/as docentes foram questionados se, em sua opinião, o currículo e o conteúdo de ensino de Biologia do Ensino Médio deveriam abordar “violência de gênero”. Nesse aspecto, o registro de tais resultados, devidamente mensurados, pode ser apreciado no gráfico a seguir:

GRÁFICO 16: Sobre a necessidade de o conteúdo de Biologia abordar “violência de gênero”



FONTE: Dados da pesquisa (2021).

Nesse caso, a maioria respondeu que “sim” 84,6% (n=12), enquanto 15,4% respondeu que “não” (n=2), fato pelo qual se percebe o quanto, na opinião dos sujeitos, o currículo e o conteúdo de ensino de Biologia do Ensino Médio poderiam agregar o tema “violência de gênero”. Por oportuno, adentrando nas especificidades deste resultado, o quadro a seguir expõe as justificativas docentes referentes às suas escolhas, cujas narrativas culminaram nas seguintes ênfases:

QUADRO 13: Justificativas docentes quanto à necessidade de o currículo e o conteúdo do Ensino Médio Técnico-integrado abordarem a temática “violência de gênero”

CATEGORIZAÇÃO EMPÍRICA

EIXOS PRINCIPAIS	FATORES INCIDENTES	NARRATIVAS DE SUJEITOS DOCENTES
Fenômeno inter-relacionado à Biologia	<i>Sociedade machista</i>	“ A população deve debater essa temática, pois VIVEMOS EM UMA SOCIEDADE MACHISTA ” – <i>Grifos nossos</i> (D1).
	<i>Educação sexual</i>	“Hoje, deve ser abordado, de forma espontânea, a questão de afinidade sexual como uma realidade sem preconceitos ” (D2).
	<i>Formação cidadã</i>	“ Há a necessidade de abordar a violência de gênero , pois esse tema pode fazer parte da realidade de muitos dos nossos estudantes” (D4).
		“A Biologia, enquanto ciência da vida, tem o dever de dialogar sobre a vida , bem como sobre a perda da qualidade de vida em todas as suas esferas, incluindo a violência como elemento de perdas de vidas” (D5).
		“Mais uma vez, NÃO ENSINAMOS SÓ PARA PASSAR NO ENEM, MAS, PARA FORMAR CIDADÃOS ” – <i>Grifos nossos</i> (D6).
		“Na verdade, dentro de um contexto, o tema deveria ser abordado e discutido em qualquer disciplina do currículo escolar, não apenas na Biologia ” (D7).
<i>Prevenção da violência de gênero</i>	“No momento em que explanamos as diferenças anatômicas e fisiológicas entre os sexos masculino e feminino, nós temos uma excelente oportunidade de discutir a respeito das diferenças, e fazê-los refletir sobre a violência de gênero ” (D8).	
	[Faz-se necessário] “por se tratar de um tipo de violência que se precisa prevenir e combater ” (D10). “Pois esclareceria o quão é sutil a violência de gênero ” (D11).	
Fenômeno deslocado da Biologia	<i>Fora do escopo técnico-curricular</i>	“Acredito que não tem a ver ” (D3).
		“Creio que o tema é importante, porém, casos assim devem ser encaminhados aos setores de apoio , como psicologia e assistência social. Esses profissionais, sim, poderiam desenvolver atividades como palestras etc.” (D12).

FONTE: Dados da pesquisa (2021).

Enquanto a opinião de que a violência obstétrica deve ser discutida nas aulas de Biologia do Ensino Médio foi uma unanimidade, em relação à violência de gênero, a manifestação favorável foi da maioria. Este resultado mostra, embora tímida a diferença, o quanto o entendimento coletivo sobre violência obstétrica parece dissociado da violência de gênero.

Na categorização empírica, correspondente aos fatores incidentes, chama atenção “formação cidadã” na inter-relação entre “violência de gênero e Biologia”, desvelando o quanto tal resultado está associado aos conceitos de formação unitária, omnilateral e politecnicidade, aspectos presentes nas falas de D4, D5, D6, D7, D8, que trouxeram narrativas que pregavam a importância da discussão, em virtude de ter a ver com a necessidade de o currículo ir além das questões técnicas.

A questão da formação unitária refere-se à necessidade de ultrapassar o conceito dualista de escola, isto é, baseado na divisão de classes em que a elite tinha acesso a uma educação humanista, enquanto a classe trabalhadora deveria ter acesso à escola profissionalizante.

Nosella e Azevedo (2012, p. 27) afirmam que “Gramsci insiste na escola unitária ‘desinteressada’ do trabalho para todos”, sendo “aquela cujos conteúdos e métodos abordam profundamente e com rigor científico a problemática moderna do mundo do trabalho, objetivando entendê-lo em suas raízes históricas e em suas potencialidades técnicas”.

Para Ramos (2008, p. 3), “uma educação unitária pressupõe que todos tenham acesso aos conhecimentos, à cultura e às mediações necessárias para trabalhar e para produzir a existência e a riqueza social”, com base na concepção marxista de trabalho, o qual “não é somente a prática econômica de se ganhar a vida vendendo a força de trabalho; antes de o trabalho ser isto – forma específica que se configura na sociedade capitalista – o trabalho é a ação humana de interação com a realidade para a satisfação de necessidades e produção de liberdade” (RAMOS, 2008, p. 4). Além disso, como vimos acima, quando se considera a integração no sentido filosófico, entende-se que ela inclui trabalho, ciência e cultura (RAMOS, 2008).

Por fim, em relação à politecnicidade, que segundo Saviani (2007, p. 162) se trata “da união entre formação intelectual e trabalho produtivo”, ou seja, uma educação que possibilite a aprendizagem de conhecimentos e também o acesso à cultura, lembra Ramos (2008, p. 3):

É importante destacar que politecnicidade não significa o que se poderia sugerir a sua etimologia, a saber, o ensino de muitas técnicas. Politecnicidade significa uma educação que possibilita a compreensão dos princípios científico-tecnológicos e históricos da produção moderna, de modo a orientar os estudantes à realização de múltiplas escolhas.

Outros fatores incidentes que se sobressaíram foram “sociedade machista”, “educação sexual” e “prevenção à violência de gênero”, desdobramentos das narrativas que endossaram a inclusão do assunto “violência de gênero” no conteúdo do ensino de Biologia.

Interessante perceber a resposta de D12, que afirmou que o tema “violência de gênero” não deveria constar do currículo e do conteúdo de Biologia do Ensino Médio, mas encaminhar o tema a “setores de apoio, como psicologia e assistência social”, os quais “poderiam desenvolver atividades como palestras”. Altamente imbuída de isenção sobre o compromisso com a questão no contexto do ensino, esta narrativa também acaba demonstrando uma

manifestação contraditória ao ensino integrado preconizado pela EPT, conforme a teoria sobre ensino integrado preconizada por RAMOS (2008).

Pelo exposto, vemos que, a princípio, docentes defendem a formação integral, havendo encontro das teorias sobre EPT com o discurso trazidos pelos sujeitos da pesquisa. Todavia, na prática, alguns deles acabam cindindo a discussão, dizendo que “não tem a ver” falar sobre isso em sala de aula, ou direcionando tal atribuição a outros setores escolares, como psicologia e assistência social, o que se distancia da ideia de ensino integrado.

Por esse intermédio, com base nas narrativas, foi possível destacar a categorização empírica dos resultados, através dos eixos principais da compreensão docente, cuja repercussão explicita-se na “nuvem de palavras” exibida a seguir.

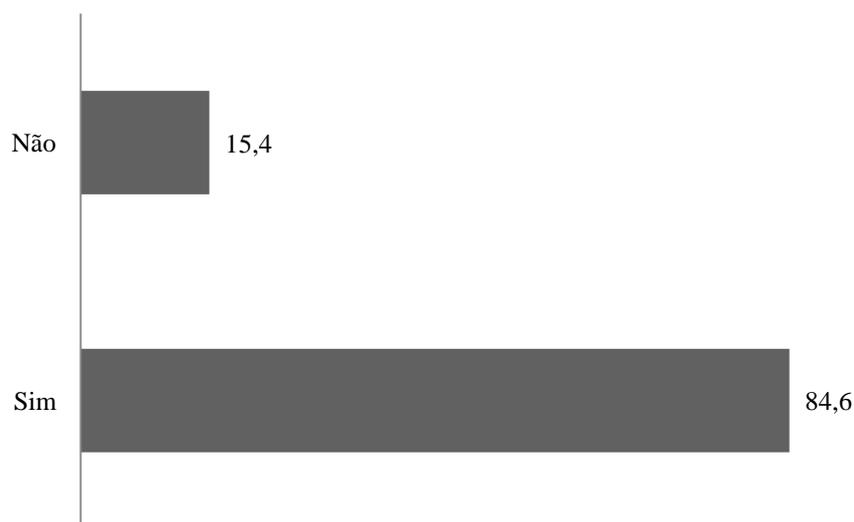
FIGURA 14: Categorias empíricas docentes sobre a necessidade de o currículo de ensino de Biologia abordar “violência de gênero”



FONTE: Dados da pesquisa (2021).

Seguindo o itinerário de perguntas, foi questionado aos/às docentes se, em sua avaliação, as políticas institucionais relativas à Rede Federal de Ensino e, especificamente, referentes ao IFPB, eram suficientes para assistir adolescentes grávidas no Ensino Médio. Em resposta, 84,6% respondeu que “não” (n=11), enquanto 15,4% respondeu que “sim” (n=2), conforme gráfico seguinte.

GRÁFICO 17: Avaliação dos/das docentes em relação às políticas institucionais relativas à Rede Federal de Ensino e, especificamente, referentes ao IFPB, serem suficientes para assistir adolescentes grávidas no Ensino Médio



FONTE: Dados da pesquisa (2021).

De acordo com o resultado suprarreferido, é quase unanimidade o fato de que os sujeitos respondentes avaliam como insuficientes/inexistentes as políticas institucionais para assistirem adolescentes grávidas no Ensino Médio.

Este resultado é o reflexo do fato de que somente o Regimento Didático dos Cursos Técnicos (IFPB, 2014) trata da questão, no sentido de apenas sistematizar o atendimento especial domiciliar, no caso de puérperas, independentemente de seu nível formativo, e fundado em lei geral sobre tal questão.

Desta feita, em síntese, não há nenhum outro amparo recursivo-institucional que tangencie outras formas de atendimento no contexto da assistência estudantil, especificamente no Ensino Médio, consequência do esvaziamento de ações institucionais específicas/oportunas, e do apagamento de políticas públicas sobre o fenômeno.

Análogo à discussão alhures, o regimento didático do IFPB só acoberta o trancamento de matrícula em situações de gravidez de risco, e o regime especial de exercício domiciliar a partir do oitavo mês de gestação ou após o parto, por um período de 90 dias. Afora esta prerrogativa, inexistente qualquer outra contingência que ampare, prepare, acompanhe e/ou oriente, administrativa, didática e pedagogicamente, ações oportunas/necessárias a tal assistência, especificamente no Ensino Médio.

Este fato traveste-se de uma grande contradição para com a própria natureza institucional, haja vista que a Rede Federal confere prioridade para o ensino, em especial, o

ensino técnico-profissional de nível médio. Isso significa que embora ofereça formações *multiníveis*, a Rede Federal deve cumprir metade de suas vagas para o ensino técnico-profissionalizante. Esta primazia, paradoxalmente, parece se distanciar das complexidades da gravidez na adolescência, e, quando muito, se pulveriza às coordenações de curso e/ou à equipe pedagógica dos *Campi* a responsabilidade de angariarem a resolução de possíveis situações surgentes.

Solicitadas justificativas ao questionamento anterior, os/as docentes manifestaram as seguintes respostas:

QUADRO 14: Justificativas docentes quanto às políticas institucionais de assistência às adolescentes grávidas do Ensino Médio da Rede Federal de Ensino, especificamente o IFPB

CATEGORIZAÇÃO EMPÍRICA		NARRATIVAS DE SUJEITOS DOCENTES
EIXOS PRINCIPAIS	FATORES INCIDENTES	
Insuficiência de políticas institucionais à adolescente grávida	<i>Apagamento do fenômeno na estrutura institucional</i>	“Falta uma política pública que, especificamente, trate sobre assistência a alunas grávidas nessa fase escolar. Além disso, a instituição necessita do apoio da família e de outras instituições públicas, para dar assistência a essa aluna” (D1).
		“Acredito que as alunas precisam ser vistas de forma mais especial” (D3).
		“Desconheço qualquer política relacionada ao tema na instituição” (D5).
		“Posso até estar enganada, mas desconheço a existência de políticas institucionais com esse enfoque. E, se existem, são pouco discutidas e acessíveis à comunidade acadêmica” (D7).
		“A única orientação que tive em relação às alunas grávidas e/ou em puerpério é disponibilizar atividades para que elas realizem em casa quando elas apresentarem atestado médico justificando sua ausência na escola” (D8).
		“Não costumo perceber esse tipo de assistência por parte da gestão” (D10).
	<i>Evasão escolar</i>	“MUITAS MENINAS ESCONDEM A GRAVIDEZ, E LOGO EM SEGUIDA DESISTEM DE ESTUDAR” – <i>Grifos nossos</i> (D11).
		“Acredito que as diretrizes sempre devem ser melhoradas e mais claras, apesar de não ter presenciado casos de evasão devido à gravidez. Todo apoio de conteúdo foi dado nos casos que me lembro” (D9).
	<i>Equipe integrada de assistência à saúde</i>	“Falta essa abordagem integrativa de vários profissionais da área da saúde interagindo com trabalho social, psicologia entre outros” (D2).
Suficiência da política institucional à adolescente grávida	<i>Assistência institucional adequada</i>	“Na instituição tem uma equipe de profissionais que possa atender, na medida do possível, estudantes grávidas” (D4).
		“São concedidos os benefícios que qualquer aluna grávida de ensino superior possui” (D6).

FONTE: Dados da pesquisa (2021).

Diante dos resultados, tornou-se perceptível o quanto as políticas de apoio a adolescentes grávidas são insuficientes, a partir avaliação da maioria dos sujeitos docentes.

Apreciando a ilustração, cujo destaque central verga-se sobre a insuficiência das políticas institucionais que assistem estudantes grávidas no IFPB, é possível percebermos, na opinião docente, como esse fato vai decantando suas próprias consequências, como um feixe de (des)proporções que pode agravar ainda mais a realidade. Em outros termos, “apagamento do fenômeno na estrutura institucional”, “evasão escolar” e “equipe integrada de assistência à saúde” foram fatores incidentes que surgiram das narrativas docentes, como prerrogativas que asseveram e/ou sugerem ideias resolutivas para o problema sobredito.

De todos esses fatores incidentes no processo de categorização, impossível não dimensionar a “evasão escolar”, como risco iminente mediante a falta de políticas institucionais significativas, surgida na fala de D11.

Não seria deveras exagero afirmar que a evasão escolar é uma das “chagas” abertas e mais “sangrentas” do ensino-aprendizagem, na conjuntura da formação escolar. Fenômeno real e histórico-social no cenário da educação brasileira, a evasão escolar é um dos grandes gargalos educacionais, e surge como ápice de uma crise que envolve a própria pessoa, que se vê obrigada a evadir de seu processo formativo diante de sua realidade histórico-social, e a escola a qual faz parte. Os descompassos entre a subjetividade em crise (a pessoa prestes a evadir) e as lacunas e/ou desproporções normativo-institucionais desembocam, via de regra, na própria evasão escolar, que estrangula sonhos e deixa matrículas e cadeiras vazias.

Dito isso, deduzimos o quanto as refrações desta realidade podem sombrear os horizontes de adolescentes grávidas, na instituição. E como forma de acentuar ainda mais este resultado aqui referido, a “nuvem de palavras” sublinhada articula a síntese das categorias empíricas que eclodiram nos discursos docentes.

FIGURA 15: Categorias empíricas sobre as políticas institucionais de assistência às adolescentes grávidas no IFPB

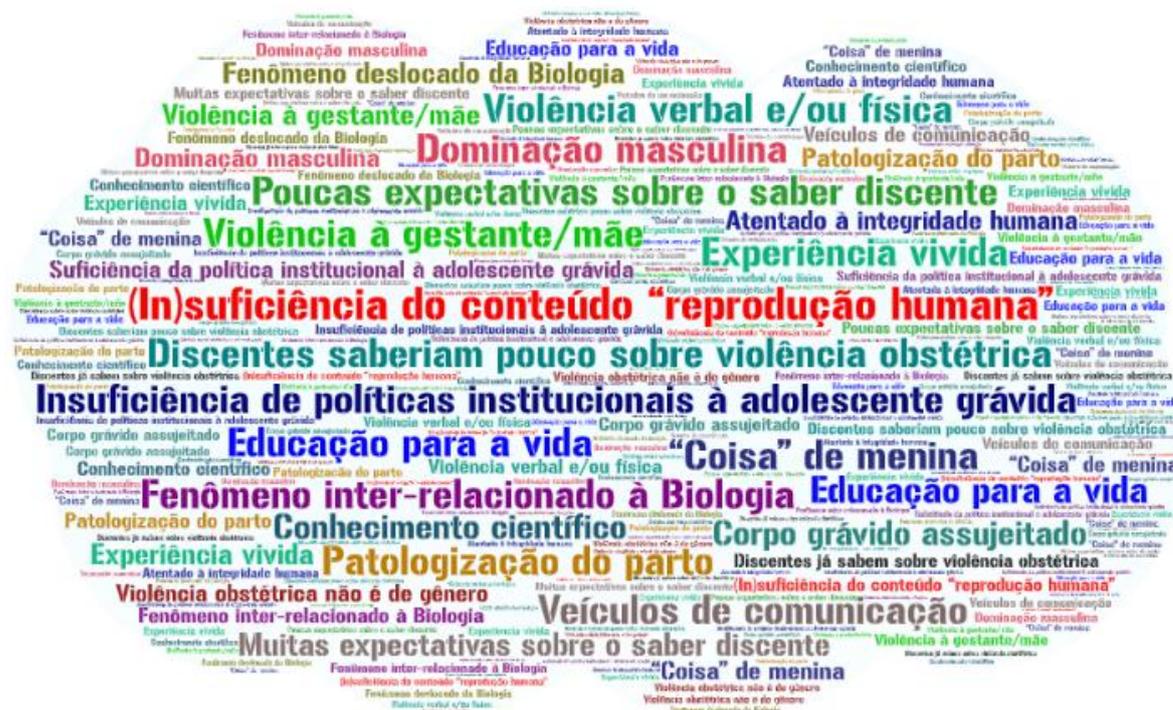


FONTE: Dados da pesquisa (2021).

Nesse sentido, há de se supor que há um esvaziamento institucional de políticas contingentes para o amparo a adolescentes grávidas no IFPB. Por isso, há grandes probabilidades de tais pessoas fracassarem diante dos resultados da aprendizagem no próprio processo formativo e/ou, em casos extremos, evadirem da escola, muitas vezes, sem a certeza de que voltarão posteriormente, principalmente porque não é fácil para uma pessoa adolescente gestar, parir, maternar e criar uma criança, independentemente do apoio da família.

Diante tudo isso, na tentativa de melhor compreender a conjuntura do fenômeno “violência obstétrica como violência de gênero” no cenário do Ensino Médio Técnico-integrado no IFPB, as categorias empíricas realçadas a partir das narrativas dos sujeitos docentes, no conjunto dos resultados qualitativos perfilados, propiciaram uma matriz de sentidos sobre o fenômeno no IFPB, cujas articulações, a partir de suas deflagrações, perfizeram um enredo geral que pode ser apreciado na figura a seguir.

FIGURA 16: Interrelação dos eixos principais desvelados como categorias empíricas nas narrativas docentes



FONTE: Dados da pesquisa (2021).

Conforme se percebe, a categorização “(in)suficiência do conteúdo ‘reprodução humana’” é o que mais se destaca, como ápice através do qual houve maior incidência de correspondência de sentidos diante de todas as questões postas e resultados alcançados.

O realce desta categoria empírica, justamente por surgir a partir do discurso docente, reafirma e convalida o argumento inicial a partir do qual partimos para elucidar o entendimento sobre o problema de pesquisa e sobre a relevância do produto educacional estruturado.

Tal argumento incide sobre o conteúdo “reprodução humana” no livro didático de Biologia que, por sua vez, reforça que reprodução, no caso dos seres humanos, tem a ver não apenas com perpetuação da espécie, mas também com aspectos sociais, afetivos e psicológicos da sexualidade (AGUILAR *et. al.*, 2014). Afora isso, a própria BNCC, em relação ao conteúdo “reprodução humana”, nada diz especificamente a respeito, trazendo apenas a palavra “reprodução” quando trata sobre a Competência 2 – “Construir e utilizar interpretações sobre a dinâmica da Vida, da Terra e do Cosmos para elaborar argumentos, realizar previsões sobre o funcionamento e a evolução dos seres vivos e do Universo, e fundamentar decisões éticas e responsáveis” (BRASIL, 2018b, p. 542).

Por último, foram solicitadas aos/às professores/as outras considerações sobre o tema, a partir sua própria experiência docente. Sete deles responderam, trazendo as falas que constam no quadro a seguir, constando as seguintes respostas:

QUADRO 15: Demais considerações dos sujeitos docentes

CATEGORIZAÇÃO EMPÍRICA		NARRATIVAS DE SUJEITOS DOCENTES
EIXOS PRINCIPAIS	FATORES INCIDENTES	
Pedagogia de projetos	<i>Criação de projeto sobre gravidez na adolescência</i>	“A instituição poderia pensar em criar um projeto que oriente os adolescentes nessa fase da vida, para evitar a gravidez indesejada” (D1).
	<i>Autocuidado</i>	“O cuidado de si mesmo, principalmente nesta época de pandemia” (D2)
	<i>Transversalidade</i>	“A questão precisa ser trabalhada de forma transversal nos diversos componentes curriculares de todas as instituições de ensino” (D5). “A escola é o melhor espaço para debater e esclarecer temas como este” (D11).
	<i>Ações para o interior</i>	“Pesquisa extremamente importante para reforçar a necessidade de discussão do tema. Percebi que os casos de gravidez durante o Ensino Médio têm diminuído, principalmente, nas capitais se comparadas ao interior, mas pode ser apenas um recorte pessoal” (D9).

FONTE: Dados da pesquisa (2021).

Portanto, as nuances discursivas ressaltam a preocupação dos/das docentes no sentido de o tema ser trabalhado de maneira transversal e integrada (D5 e D11), bem como da necessidade de discutir o tema (D9), mesmo que em projetos sobre gravidez na adolescência (D1), que poderiam ser, em nossa opinião, feitos no próprio andamento do componente curricular Biologia, como sugerido no material didático utilizado no IFPB (AGUILAR *et. al.*, 2014), com a realização de debate em sala de aula sobre gravidez na adolescência, o que também poderia ser feito por meio de projetos de extensão.

Isso posto, o panorama de resultados a que a pesquisa erigiu seus empenhos a partir de sujeitos docentes atingiu ao objetivo específico correlato, cujo conjunto de dados perfilou, do ponto de vista quantitativo e qualitativo, uma análise descritivo-interpretativa sobre o fenômeno, diante das angulações de suas complexidades intrínsecas.

Nesse aspecto, no esforço de atender ao objetivo específico subsequente aos dados até aqui apresentados, a seção que segue reúne os resultados na perspectiva discente, complementando as duas categorias de sujeitos às quais a pesquisa se centrou, no cenário pedagógico-institucional dos processos educativos, no contexto do ensino de Biologia.

6.3 A COMPREENSÃO DOS/AS ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO TÉCNICO-INTEGRADO SOBRE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E SUAS RELAÇÕES COM A VIOLÊNCIA DE GÊNERO

Em seguimento à discussão descritivo-interpretativa sobre os resultados constatados pela pesquisa, esta seção discorrerá sobre o conjunto de dados coletados com sujeitos discentes do IFPB, especificamente, matriculados no Ensino Médio Técnico-integrado, em diversos *Campi* da instituição. Faz-se preciso ressaltar que foram excluídas da investigação pessoas matriculadas no “Programa de Integração da Educação Profissional ao Ensino Médio na Modalidade Educação de Jovens e Adultos” (PROEJA/IFPB), tendo em vista que, via de regra, não são adolescentes, mas pessoas mais maduras, tardiamente em processo formativo de nível médio.

Após afirmativa dos/as estudantes maiores de idade quanto ao teor do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, bem como de seus responsáveis legais no caso dos/as discentes menores, o questionário foi disposto e devidamente respondido.

Inicialmente, foi solicitada a escolha de um nome fictício (*avatar*) que representasse o/a estudante, a fim de ser utilizado ao mencionar suas falas, no intuito de melhor sistematização dos dados no processo de (de)codificação analítica. Essa prerrogativa só foi utilizada com sujeitos discentes, tendo em vista que esta amostra foi demasiadamente maior se comparada ao total de sujeitos docentes, da área de Biologia, que integrou a pesquisa.

O questionário misto discente foi enviado em dois períodos: *a)* de 05 a 27/11/2020, quando responderam apenas os/as estudantes do Ensino Médio Técnico-integrado do *campus* João Pessoa; e *b)* de 03/02 a 05/03/2021, quando o questionário foi estendido a discentes do Ensino Médio Técnico-integrado de todos os *campi* do IFPB.

O motivo de tal circunstância deu-se pelo número exíguo de pessoas que aderiu à pesquisa no primeiro momento e, por conseguinte, respondeu ao instrumento de coleta de dados em tempo hábil. Foram utilizadas estratégias diversificadas de contato com os sujeitos, seja por *e-mail*, grupos de *WhatsApp* das turmas, através de coordenadores/as e professores/as etc. Mesmo assim, a adesão não se deu conforme esperado e/ou de acordo com o que se pensou como necessário, exigindo ampliação da amostra para demais *campi*.

Embora reconheçamos esta situação como uma limitação interposta à coleta de dados, entendemos que a amostra discente, ainda que estreita, não compromete os resultados finais, sobretudo, quando também recaem à pesquisa as especificidades da abordagem qualitativa e sua desobrigação de recortes amostrais estatisticamente representativos do universo.

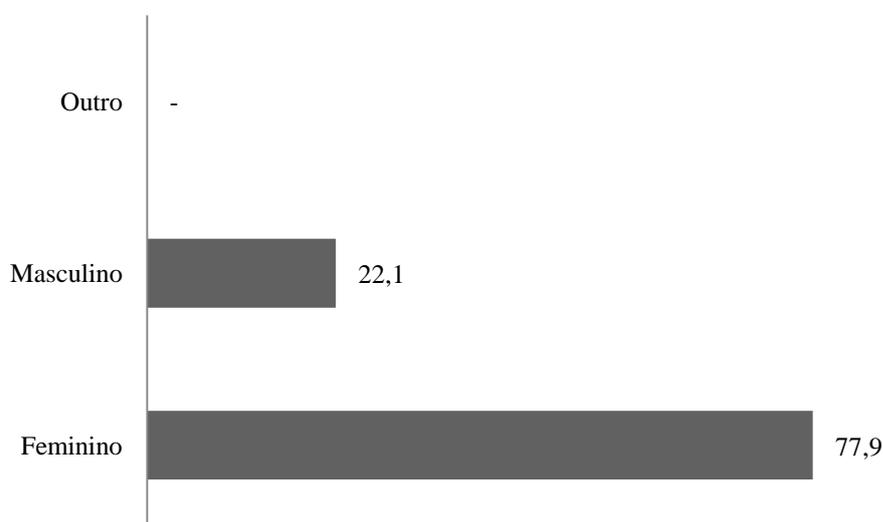
Por oportuno, também aduzimos como possibilidade de explicação para a situação o próprio cenário pandêmico, e seu correlato clima de medo, (de)pressão e morte, além da instauração do ensino remoto (*online*), e da (re)adequação de uma nova cultura organizacional suscitada, o que exigiu das pessoas uma rotina diferente de aulas e estudos.

No que concerne à estruturação, em relação ao instrumento de coleta de dados enviado aos/as discentes, a primeira parte referia-se ao *perfil* dos sujeitos respondentes, visando dar conta do mapeamento de oportunas variáveis, enquanto as demais questões especificavam sobre o fenômeno em estudo, de acordo com o texto que se segue.

6.3.1 Perfil do sujeito discente do Ensino Médio Técnico-integrado do IFPB

Correspondente ao perfil discente, quanto gênero, o gráfico a seguir, demonstra que 77,9% dos/as estudantes são do gênero feminino (n=60), enquanto 22,1% responderam ser do gênero masculino (n=17). Mesmo constando a alternativa “outro”, e sendo dada oportunidade de descrever “qual” seria a autoidentificação de gênero conforme a pessoa, houve a prevalência do binarismo na questão da identidade de gênero.

GRÁFICO 18: Sujeitos discentes, quanto ao gênero



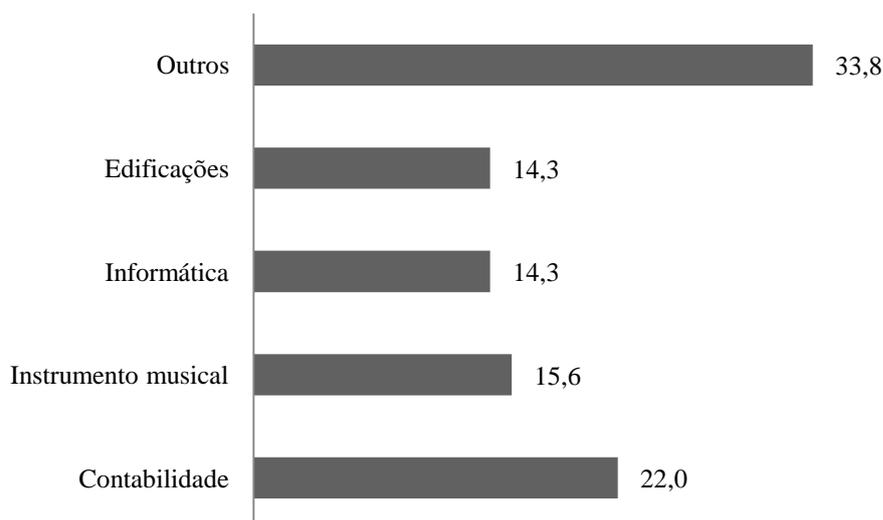
FONTE: Dados da pesquisa (2021).

Em relação à faixa etária, foi observado que o/a discente mais novo tem 15 anos e o/a mais velho 19 anos, de modo que a média de idade dos/as estudantes participantes é de 17 anos, com desvio padrão $\pm 1,06$ anos.

Acerca do curso e *campus* do Ensino Médio Técnico-integrado ao qual o/a discente estava matriculado/a no IFPB, na primeira fase da pesquisa, foram dadas como opções apenas os cursos do *campus* João Pessoa. Na segunda fase da pesquisa foi acrescentada a opção “outro”, seguida de espaço para completar qual curso e *campus*.

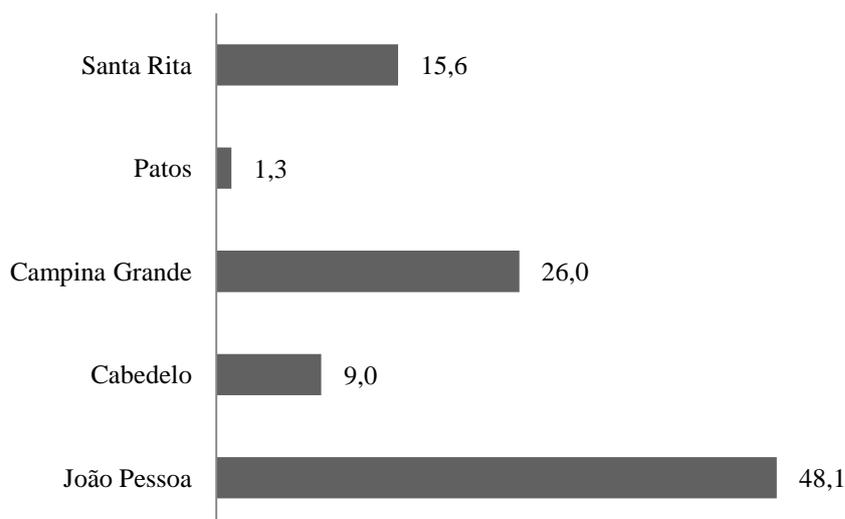
De acordo com as respostas, 22,1% dos/as participantes eram do curso de Contabilidade, *campus* João Pessoa (n=17); 15,6% do curso Instrumento musical, *campus* João Pessoa (n=12); 9,1% do curso de Multimídia, *campus* Cabedelo (n=7); 9,1% do curso de Edificações do *campus* Campina Grande (n=7); 7,8% do curso de Informática, *campus* Santa Rita (n=6); 6,5% do curso de Meio ambiente do *campus* Santa Rita (n=5); 6,5% do curso de Mineração do *campus* Campina Grande (n=5); 5,2% do curso de Edificações, *campus* João Pessoa (n=4); 5,2% do curso de Informática do *campus* Campina Grande (n=4); 2,6% do curso Eletrotécnica, *campus* João Pessoa (n=2); 2,6% do curso de Mecânica, *campus* João Pessoa (n=2); 2,6% do curso de Química do *campus* Campina Grande (n=2); 2,6% do curso de Petróleo e gás do *campus* Campina Grande (n=2); 1,3% do curso de Informática, *campus* Patos (n=1); e 1,3% que respondeu ser apenas do *campus* Santa Rita (n=1). Os resultados foram sintetizados no gráfico abaixo:

GRÁFICO 19: Sujeitos discentes, quanto ao curso



FONTE: Dados da pesquisa (2021).

Em relação à distribuição por *campus* do IFPB, temos o seguinte: 48% dos/as discentes estudam em João Pessoa (n=37); 26% em Campina Grande (n=20); 15,6% em Santa Rita (12); 9,1% em Cabedelo (n=7); e 1,3% em Patos (n=1).

GRÁFICO 20: Sujeitos discentes, quanto ao *campus*

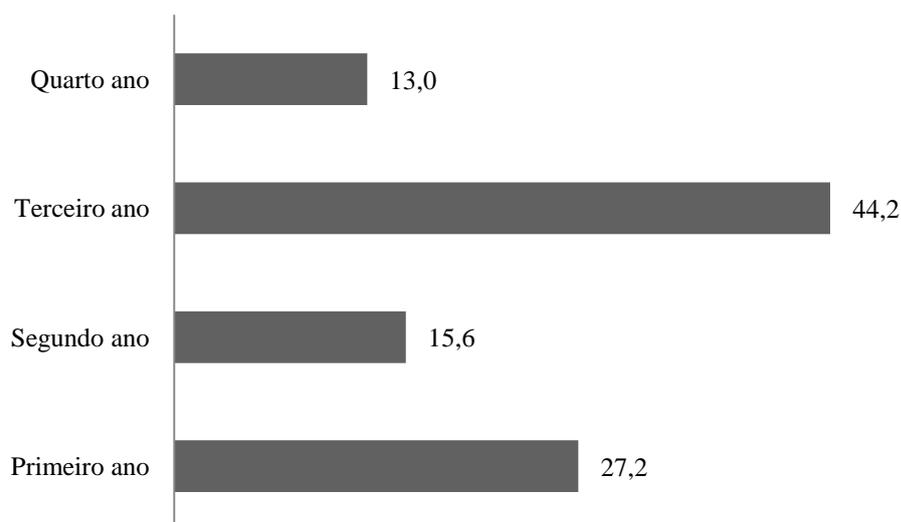
FONTE: Dados da pesquisa (2021).

Observa-se, na amostra, uma expressiva representatividade de discentes que estudam na região metropolitana da Paraíba – João Pessoa, Santa Rita, Cabedelo (72,7% do total), mas também se encontra representado o interior paraibano, com grande número de respondentes (35,3%) que estudam na segunda e na terceira maiores cidades paraibanas (Campina Grande e Patos).

De toda forma, houve representatividade das maiores cidades do Estado, mas predominando a região de maior proximidade a João Pessoa, universo inicialmente delimitado como pertinente à presente pesquisa.

Sobre a fase do curso em que o/a estudante estava matriculado/a, 44,2% disseram estar no 3º ano (n=34), 27,3% no 1º ano (n=21), 15,6% no 2º ano (n=12), e 13% no quarto ano (n=10).

GRÁFICO 21: Sujeitos discentes, quanto à fase do curso

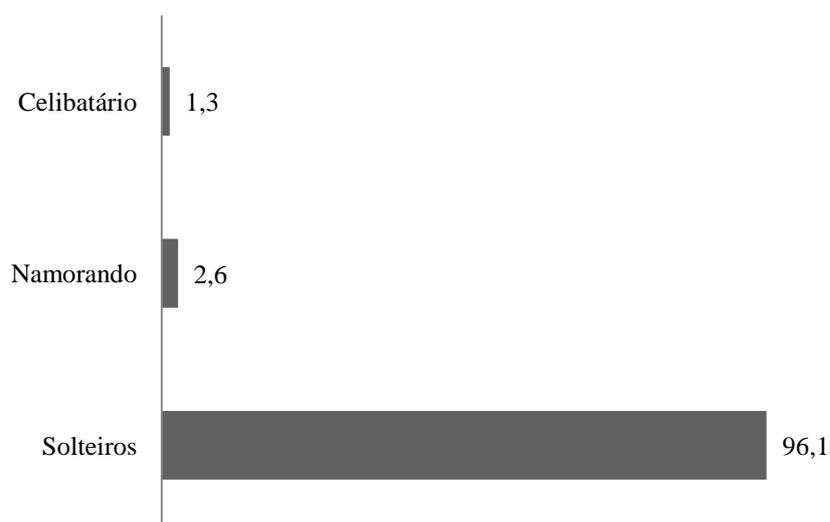


FONTE: Dados da pesquisa (2021).

Também em relação à fase do curso, restou preservada a maior representatividade de alunos do 3º ano do Ensino Médio integrado, universo inicialmente delimitado na pesquisa, mas que foi preciso ampliar tendo em vista o fato de a amostra da primeira fase da pesquisa não ter sido suficiente para demonstrar a pertinência do objeto de estudo, mas que restou plenamente validada com a segunda fase de envio dos questionários.

Relativamente à variável denominada “Estado civil”, a maior parte dos/as respondentes afirmou ser solteiro/a, correspondendo a 96,1% dos/as participantes (n=74), enquanto 2,6% respondeu que está namorando (n=2) e 1,3% dos participantes afirmou ser celibatário (n=1).

GRÁFICO 22: Estado civil dos sujeitos discentes



FONTE: Dados da pesquisa (2021).

Questionados se tinham filhos, 98,7% dos/as estudantes respondeu que não (n=76), enquanto 1,3% afirmou que sim (n=1).

GRÁFICO 23: Discentes, quanto a ter filho(s)/a(s)

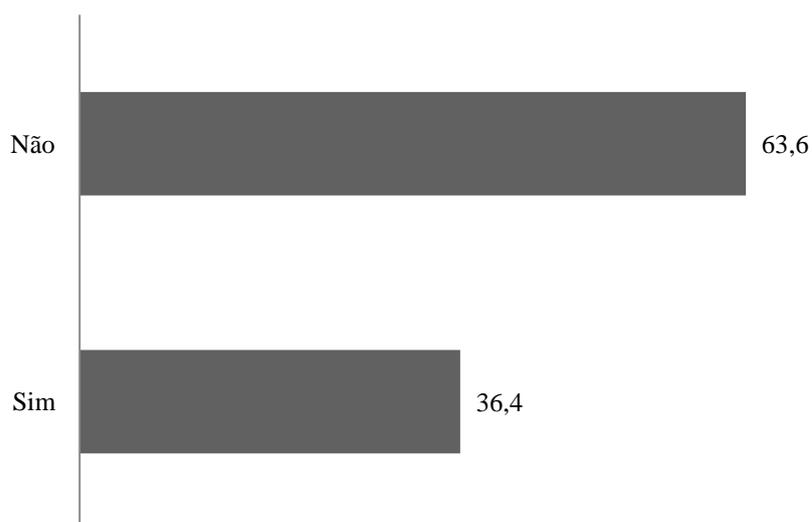


FONTE: Dados da pesquisa (2021).

Acerca da quantidade, o/a participante que respondeu que sim no item anterior afirmou ter 1 (um) filho. Trata-se de uma estudante do gênero feminino que se identificou como MM e tem 16 anos.

Questionados se tinham namorado/a no momento, 63,6% respondeu que não (n=49), enquanto 36,4% respondeu que sim (n=28).

GRÁFICO 24: Discentes que estão namorando



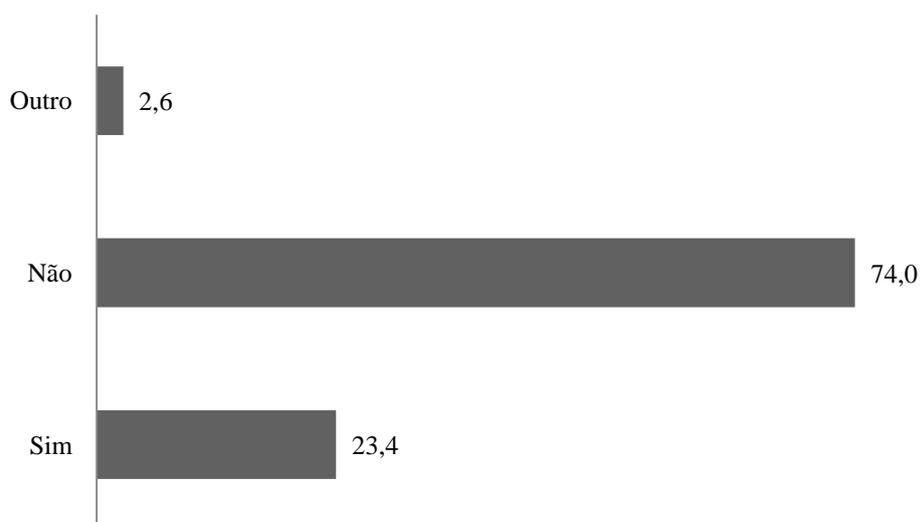
FONTE: Dados da pesquisa (2021).

Tal gráfico demonstra que, dentre aqueles que responderam ser solteiros/as quanto ao estado civil, existe uma parcela que estava em relação de namoro, além dos que ali afirmaram estar namorando.

Em seguida, os/as estudantes foram perguntados se tinham vida sexual ativa, constando as seguintes respostas: 45,5% afirmou que “não, porque sou virgem” (n=35); 18,2% que “sim, tenho parceria fixa” (n=14); 15,6% disse que “não, porque só depois do casamento” (n=12); 6,5% que “não, porque no momento estou só” (n=5); 5,2% respondeu “não, porque não quero ninguém no momento” (n=4); 3,9% disse “sim, tenho alguns contatos, nada fixo, só ‘ficando’” (n=3); 1,3% afirmou que “não, pois vivo o celibato” (n=1); 1,3% que “não, porque eu não quero” (n=1); 1,3% respondeu a alternativa “outro, somente sexo oral” (n=1); e 1,3 % a alternativa “outro, escolha pessoal minha” (n=1).

Prevaleceu, portanto, a resposta “não”, conforme sintetizado no gráfico que segue.

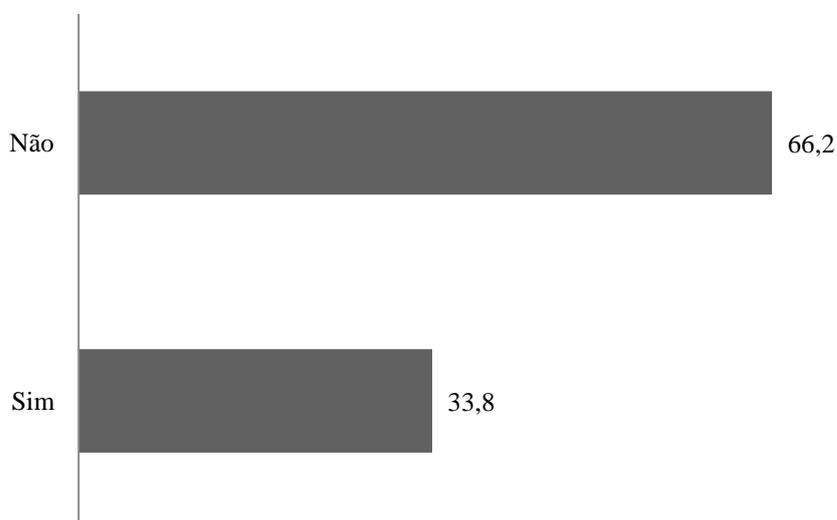
GRÁFICO 25: Discentes, quanto à vida sexual ativa



FONTE: Dados da pesquisa (2021).

A seguir, perguntados se, tendo vida sexual ativa e/ou se já praticaram sexo, foi utilizado algum método contraceptivo, 66,2% dos/as estudantes responderam que não (n=51) e 33,8% responderam que sim (n=26).

GRÁFICO 26: Discentes, quanto ao uso de contraceptivos



FONTE: Dados da pesquisa (2021).

Solicitados a justificar a resposta, a maioria dentre aqueles/a que responderam que não usam método contraceptivo foi em virtude de não ter vida sexual ativa ou não ser feito sexo, mas alguns/mas discentes afirmaram não saber justificar o motivo de não ter usado, havendo estudante que afirmou que não usa por não gostar.

Dentre os/as que responderam que sim, uma parte justificou listando os métodos contraceptivos usados, outros/as responderam que gostaria de prevenir doenças e gravidez indesejada.

Vejamos as respostas no quadro abaixo.

QUADRO 16: Justificativas discentes quanto ao uso (ou não) de métodos contraceptivos

CATEGORIZAÇÃO EMPÍRICA		NARRATIVAS DE SUJEITOS DISCENTES
EIXOS PRINCIPAIS	FATORES INCIDENTES	
Dominação do corpo feminino	<i>Patriarcado</i>	[Não utiliza método contraceptivo por não ter vida sexual ativa]: “Nunca passei por isso. Sou virgem por decisão baseada na Bíblia” (Aveline).
	<i>Medicalização</i>	[Utiliza método contraceptivo]: “Mas estou à procura de uma ginecologista para saber qual método é necessário para o meu corpo. Por enquanto, prefiro esperar, respeitar meu corpo de acordo com as minhas necessidades” (Lícia).
Gravidez na adolescência / Prevenção contra ISTs	<i>Falta de cuidado ou de informação</i>	[Não costuma utilizar método contraceptivo]: “Apenas duas vezes (camisinha)” (Jack).
		[Utiliza método contraceptivo]: “Já usei. Porém, mesmo sabendo que tenho a grande chance de engravidar, prefiro sem” (Jennyf).
		[Não utiliza método contraceptivo]: “Nunca cheguei a fazer sexo com penetração apenas oral, só pratiquei uma vez e parando pra pensar mesmo que tenha sido oral não deveria ter ido sem camisinha” (Thiago).
		[Não utiliza método contraceptivo]: “Não gosto de contraceptivos” (Einstein).
		[Não utiliza método contraceptivo]: “Não usei, pois não aconteceu penetração” (Yuno).
		[Utiliza método contraceptivo]: “Problemas no ovário e por prevenção de uma gravidez” (Letícia).
	<i>Importância dos métodos contraceptivos / Tipos de contraceptivos</i>	[Utiliza método contraceptivo]: “Porque é necessário” (Eduarda).
		[Utiliza método contraceptivo]: “O uso de métodos contraceptivos auxilia não só na prevenção de uma gravidez inesperada como também para evitar DST's então fazer o uso correto destes meios é muito importante” (Kevix).
		[Utiliza método contraceptivo]: “É necessário usar métodos contraceptivos mesmo com o parceiro, pois além de evitar a gravidez, a camisinha por exemplo, também evita ISTs” (Madu).
		[Não utiliza método contraceptivo]: “Por não ter uma vida sexual ativa, não usei nenhum método contraceptivo. Mas se tivesse uma vida ativa, utilizaria principalmente pra evitar uma gravidez indesejada e IST” (Amora).
		[Utiliza método contraceptivo]: “Usei, pois não quero bebê agora” (Borboleta).
		[Utiliza método contraceptivo]: “Porque é o certo, principalmente para prevenção de possíveis doenças” (Anne)
		[Utiliza método contraceptivo]: “É importante” (Dy).
		[Utiliza método contraceptivo]: “Camisinha, Pílula do dia seguinte, Pílula Contraceptiva” (Luísa Borbo).
		[Utiliza método contraceptivo]: “Utilizo apenas preservativo, não faço uso de anticoncepcional” (Eliza).
		[Utiliza método contraceptivo]: “Minha parceira e eu utilizamos constantemente camisinha, ela também tem um DIU”. (Jorel).
[Utiliza método contraceptivo]: “Usei camisinha” (Nuvem).		

		[Utiliza método contraceptivo]: “Usei preservativo e tomo remédio - Ciclo 21” (MM.).
		[Utiliza método contraceptivo]: “Camisinha” (Amazona)
		[Utiliza método contraceptivo]: “Uso” (Ju).
		[Utiliza método contraceptivo]: “Anticoncepcional” (Malévola).
		[Utiliza método contraceptivo]: “É necessário para não adquirir alguma doença transmissível” (Havena).
		[Utiliza método contraceptivo]: “Usei camisinha para me proteger” (Anastacia).
		[Utiliza método contraceptivo]: “Por proteção contra filhos e DST’s” (Priscilla).
		[Utiliza método contraceptivo]: “Acho necessário uso de proteção para evitar gravidez indesejada” (Vivi derrota).
		[Utiliza método contraceptivo]: “Usei injetável trimestral, tive efeitos colaterais, passei usar o diu, mas saiu do lugar, durante todo o período de vida sexualmente ativa usei camisinha, e atualmente uso apenas camisinha” (Capitu).
		[Utiliza método contraceptivo]: “Os métodos de prevenção” (Hyann park jimin)

FONTE: Dados da pesquisa (2021)

Vê-se, portanto, que grande parte dos/as discentes que utiliza método contraceptivo sabe que existem diversos *tipos* e entendem sua importância, que são, principalmente, prevenir uma gravidez inoportuna e infecções sexualmente transmissíveis (BRASIL, 2020b).

É interessante perceber que praticamente todas as justificativas acabam podendo ser inseridas na subcategoria “Ensino de Biologia”, tendo relação com os conhecimentos escolares e de vida trazidos na bagagem dos estudantes, falando sobre contracepção para evitar gravidez inoportuna e necessidade de proteção contra infecções sexualmente transmissíveis, aprendizados que normalmente ocorrem em aulas de Biologia, mas que podem ocorrer também em rodas de conversas entre amigos e/ou familiares.

Uma fala remeteu à unidade de sentido “dominação do corpo”, pois apesar da noção da estudante Lícia de que ela deve respeitar o próprio corpo, ela fala que irá consultar uma ginecologista, demonstrando que desde cedo há o incentivo a uma tutela médica referente às decisões que a mulher deve tomar referente ao seu corpo, isto é, uma medicalização do corpo (AGUIAR, 2010).

No decorrer da História, como anteriormente explicado no texto, movimentos de mulheres passaram a questionar e lutar contra as diferenças entre homens e mulheres não só no âmbito da família, mas da sociedade em geral: são os *movimentos feministas*, os quais serão abordados a seguir.

A respeito do tema, Hooks (2019, p. 65), no livro “Teoria feminista”, afirma que “o foco na igualdade de gênero levou à ênfase na discriminação, nas atitudes masculinas e nas reformas jurídicas”, sendo que o feminismo, para acabar com a opressão sexista, deve

“chamar atenção para os sistemas de dominação e para a inter-relação entre sexo, raça e opressão de classe” (HOOKS, 2019, p. 65).

Assim, a maioria das narrativas que remete ao uso de contraceptivo pode ser categorizada nas unidades de sentido “feminismos”, já que o uso desses métodos foram também conquistas dos movimentos feministas, que demonstram que à mulher não cabe apenas o papel da maternidade, bem como se relacionam ao Ensino de Biologia, ocasião em que ocorre aprendizado em relação à importância dos anticoncepcionais para prevenir infecções sexualmente transmissíveis e a gravidez na adolescência, mesmo no sexo sem penetração.

Também foi observada uma fala que remete às unidades de sentido “dominação do corpo feminino” e “patriarcado”, quando a estudante Aveline afirma que não usa anticoncepcional em virtude de ser “virgem por decisão baseada na Bíblia”. Assim, a estudante afirma que “nunca passou por isso” (utilizar métodos anticoncepcionais) porque não se iniciou a vida sexual ativa, algo repetido por outros discentes, em sua maioria, jovens que se identificaram como sendo do gênero feminino, mas esta justificou explicitamente que é por motivo religioso. Vê-se, portanto, que a virgindade acaba sendo uma designação que demarca as mulheres consideradas puras e honestas, atributos valorizados e incentivados no sistema patriarcal.

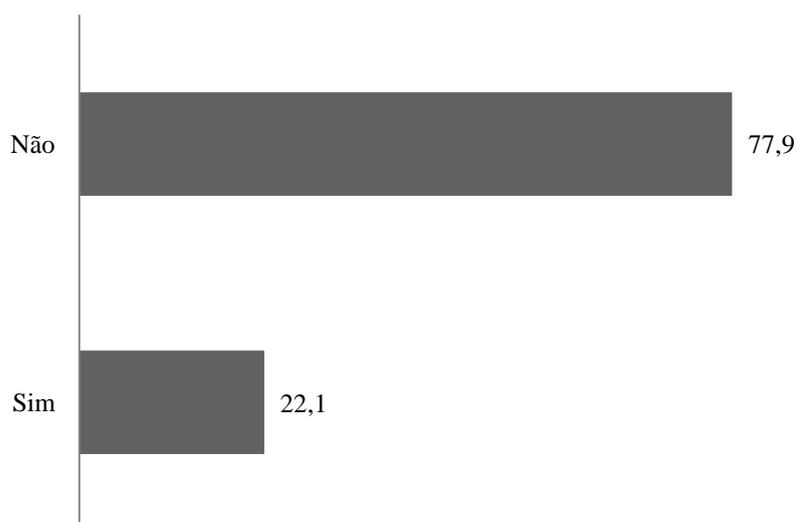
A respeito, lembra Hooks (2020, p. 111):

[...] todos nós fomos socializados para aderir ao pensamento patriarcal, para aderir à ética da dominação que diz que os poderosos têm direito de comandar quem não tem poder e podem usar quaisquer meios para subordiná-los. Na hierarquia do patriarcado capitalista de supremacia branca, a dominação de mulheres por homens é justificada, da mesma maneira que a dominação adulta de crianças (HOOKS, 2020, p. 111).

Tal poder pode ser exercido também por autoridades também religiosas, como parece ser o caso da narrativa da discente acima citada.

Em seguida, perguntado se, ao longo do Ensino Médio, em sua sala de aula, o/a participante conviveu com alguma colega grávida, 77,9% respondeu que não (n=60) e 22,1% respondeu que sim (n=17).

GRÁFICO 27: Discentes, quanto à convivência com colegas grávidas



FONTE: Dados da pesquisa (2021).

Questionado se, ao longo do Ensino Médio, em sua sala de aula, o/a discente conviveu com alguma colega que já era mãe, 92,2% respondeu que não (n=71) e 7,8% respondeu que sim (n=6).

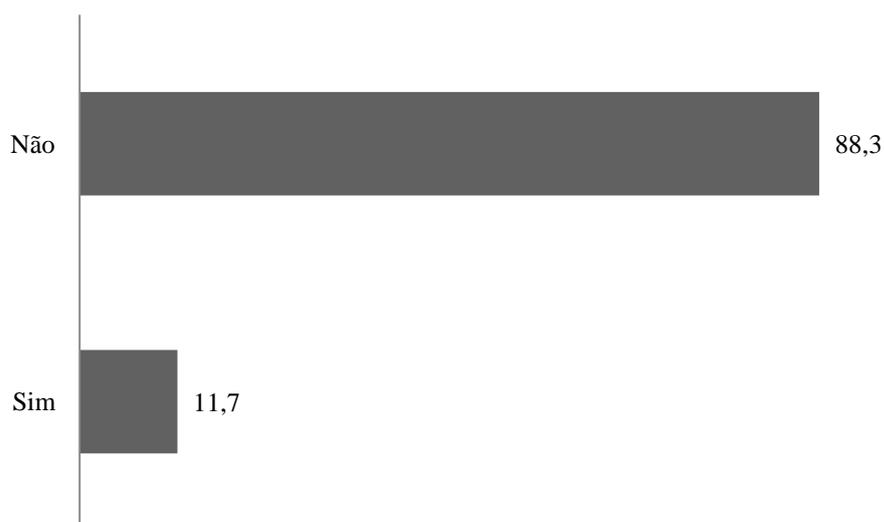
GRÁFICO X: Discentes, quanto à convivência com colegas mães.



FONTE: Dados da pesquisa (2021).

A seguir, perguntado se, ao longo do Ensino Médio, o/a discente, em sua sala de aula, conviveu com algum colega que iria ser pai, 88,3% respondeu que não (n=68), enquanto 11,7% respondeu que sim (n=9).

GRÁFICO 28: Discentes, quanto à convivência com colegas que iriam ser pais



FONTE: Dados da pesquisa (2021).

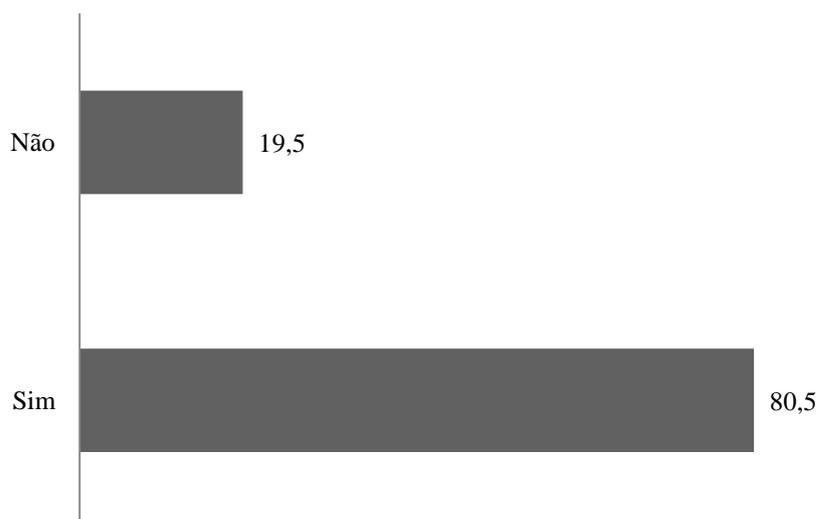
Na sequência, foi questionado se, ao longo do Ensino Médio, o/a discente conviveu, em sua sala de aula, com algum colega que já era pai, tendo 93,5% respondido que não (n=72) e 6,5% respondido que sim (n=5).

GRÁFICO 29: Discentes, quanto à convivência com colegas que eram pais



FONTE: Dados da pesquisa (2021).

Seguindo a linha dos itens anteriores, foi questionado se, ao longo do Ensino Médio, seja na própria escola ou em outra também do Ensino Médio, o/a estudante soube de alguma aluna que estava grávida e/ou que já era mãe, ao que 80,5% dos/as discentes responderam que sim (n=62) e 19,5% afirmaram que não (n=15).

GRÁFICO 30: Discentes, quanto a conhecerem alguma aluna grávida e/ou mãe

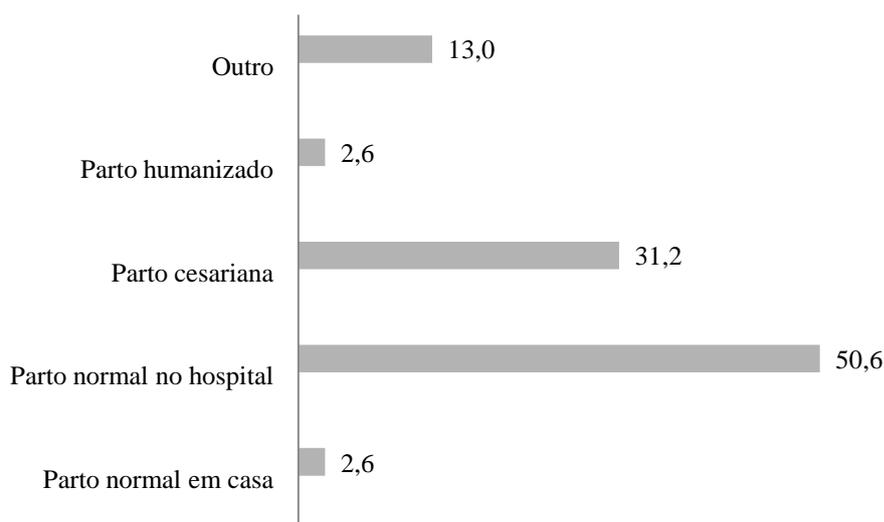
FONTE: Dados da pesquisa (2021).

As perguntas anteriores tinham a intenção de entender se o contexto de vida dos/das estudantes continha experiências de gravidezes e de maternidade/paternidade, com o objetivo de tentar compreender as respostas aos itens seguintes, já relacionados aos conhecimentos sobre gravidez e tipos de parto/nascimento dos/as discentes participantes da pesquisa.

Assim, prosseguindo, perguntou-se a respeito do fato de, se o/a estudante fosse mulher e ficasse grávida durante o Ensino Médio, que tipo de parto preferiria. Foram dadas três alternativas fixas, deixando a opção “outro” com possibilidade de resposta aberta ao participante.

Como resposta, 50,6% afirmou preferir “parto normal no hospital/maternidade” (n=39); 31,2% respondeu “parto por meio de cirurgia cesariana” (n=24); e 2,6% respondeu “parto normal em casa” (n=2). Dentre as que marcaram a alternativa “outro” (15,6%; n=12), houve as seguintes respostas: “parto humanizado” (2,6%; n=2), “abortaria” (2,6%; n=2) e “depende da minha situação” (1,3%; n=1).

GRÁFICO 31: Quanto ao tipo de parto que a discente escolheria



FONTE: Dados da pesquisa (2021).

Em seguida, solicitada justificativa para a resposta anterior, foram apresentadas as seguintes respostas:

QUADRO 17: Justificativas quanto ao tipo de parto que a discente escolheria

CATEGORIZAÇÃO EMPÍRICA		NARRATIVAS DE SUJEITOS DISCENTES
EIXOS PRINCIPAIS	FATORES INCIDENTES	
Humanização do parto e do nascimento	Escolha informada	[Parto normal no hospital/maternidade]: “Apenas prefiro que seja assim” (Eleanor).
		[Parto normal no hospital/maternidade]: “Creio que seria a melhor opção” (Carol).
		[Parto normal no hospital/maternidade]: “Creio que seja melhor para o bebê e conseqüentemente para mim também. Mas acho a ideia do parto humanizado uma possível escolha minha” (Lícia).
		[Parto normal no hospital/maternidade]: “Creio que seja o mais ‘fácil’, pois como falam a dor é somente na hora depois você é mulher pra tudo, como pra cuidar da sua casa e do bebê, porque cesariana pode haver complicações e por ficar acamada sem poder fazer nada por conta dos pontos, dificulta bastante a vida da mãe afetando também o bebê, porque não é todos que tem sorte da família apoiar nessa fase além do mais ainda terminando o ensino médio, muitos vão apenas apontar” (Angel).
		[Parto normal em casa]: “Escolheria parto normal em casa por ser mais humanizado e também acho que eu conseguiria fazê-lo” (Cachinhos).
		[Parto normal no hospital/maternidade]: “Qualidade de vida” (Nina).
		[Parto normal no hospital/maternidade]: “A recuperação de cirurgia cesariana é mais demorada, e há complicações” (Cinderela).
		[Parto normal no hospital/maternidade]: “A recuperação é mais ligeira” (MM.).

		<p>[Parto normal no hospital/maternidade]: “Apesar de não saber o nível de dor que é ter um parto normal, acredito que seja a forma menos arriscada para a mãe e a criança. É uma forma natural de nascer e só iria querer cesariana se fosse a única escolha que eu pudesse fazer” (Yuno).</p> <p>[Parto normal no hospital/maternidade]: “No parto normal, a recuperação é mais rápida” (Marisol).</p> <p>[Parto normal no hospital/maternidade]: “O parto normal tem menos complicações, o pós-parto é menos doloroso, e considero melhor para o bebê” (Vivi derrota).</p> <p>[Parto normal no hospital/maternidade]: “Por ter uma recuperação mais rápida, assim podendo bom ar à rotina mais rapidamente” (Capitu).</p> <p>[Parto normal em casa]: “Por que tem um tempo de recuperação mais rápido (Luna)”.</p> <p>[Parto normal no hospital/maternidade]: “Por obter uma recuperação mais rápida pós-parto e sem dependência da ajuda dos outros no decorrer dessa recuperação” (Margareth Shakespeare).</p> <p>[Parto humanizado]: “Para mim o parto humanizado traz menos sofrimento de certa forma para a mulher, e sem contar com na recuperação após o parto, porém não são todas as mulheres que tem uma estrutura e condições para isso” (Garfield).</p>
	<p><i>Sensação de segurança / Medicalização</i></p>	<p>[Parto normal no hospital/maternidade]: “Acredito que seja uma forma mais natural e segura” (Luísa Borbo).</p> <p>[Parto normal no hospital/maternidade]: “Imagino se seria melhor” (Eduarda).</p> <p>[Parto normal no hospital/maternidade]: “Eu quero muito um parto humanizado, em casa. Mas se eu ficasse grávida nessa fase em que estou, acho que me sentiria mais segura em um hospital, seria a decisão mais provável” (Eva)</p> <p>[Parto normal no hospital/maternidade]: “Acredito que é seguro e uma boa opção. Além do mais, fazer um parto humanizado em casa requer dinheiro, o qual eu não tenho/teria disponível pra isso e também porque não vejo necessidade de fazer um parto em casa” (Amora)</p> <p>[Parto normal no hospital/maternidade]: “Apesar de a dor ser maior, escolheria parto normal, pois, a recuperação é mais rápida. Além disso, acho que a maternidade é o melhor local para a realização de um parto” (Mirela).</p> <p>[Parto normal no hospital/maternidade]: “Prefiro normal, por ser um parto se recuperação mais rápido e no hospital por ter assistência médica” (Jennyf).</p> <p>[Parto normal no hospital/maternidade]: “Sei que é o mais seguro para a criança, mas isso depende muito de cada caso” (Maria).</p> <p>[Parto normal no hospital/maternidade]: “Penso que não teria condições de ter um parto seguro em casa, por mais que a ideia me pareça uma excelente escolha” (Caribe).</p> <p>[Parto normal no hospital/maternidade]: “Quero algo natural e o nosso corpo já se prepara para a gravidez e para o parto, o corpo é quem faz o parto e os acompanhantes (obstetras, enfermeiros(as) e doulas) apenas dão suporte, além da recuperação que é muito melhor, e prefiro na maternidade pois se por acaso acontecer alguma complicação, por já estar na maternidade é mais proteção digamos assim” (Mavie).</p> <p>[Parto normal no hospital/maternidade]: “Iria depender do médico(a), se estivesse tudo certo pra ocorrer normal, preferiria por ser uma recuperação mais rápida para a mulher” (BRV).</p> <p>[Parto normal no hospital/maternidade]: “Eu acho mais seguro e o ‘ideal’, de acordo com a natureza humana” (Aveline).</p>

		<p>[Parto normal no hospital/maternidade]: “No hospital, pois é mais seguro” (Ash).</p> <p>[Parto normal no hospital/maternidade]: “Porém, depende muito de como estivesse o bebê” (Rai Rai).</p> <p>[Parto normal no hospital/maternidade]: “Porque é em tese mais ‘seguro’ e tem todo um aparato” (Giovanna Scorzatto).</p> <p>[Parto normal no hospital/maternidade]: “Pela segurança de se houver alguma complicação ter uma equipe de suporte” (Loren).</p> <p>[Parto normal no hospital/maternidade]: “Depende, se não desse pra ser normal, faria a cesariana” (Potter).</p> <p>[Parto normal no hospital/maternidade]: “Parto normal pelo fato da cicatrização ser melhor, e em hospital pelo fato de se chegar acontecer algo já está dentro de um hospital” (Letícia).</p> <p>[Parto normal no hospital/maternidade]: “Acredito que seja necessário levar para especialistas médicos” (Vinizius).</p> <p>[Parto normal no hospital/maternidade]: “Pelo fato do corpo se recuperar muito mais rápido que a cesariana e seria em um hospital por ser um local especializado” (Kemilly).</p> <p>[Parto normal no hospital/maternidade]: “É o falado parto humanizado, seria uma experiência a mais. Em um hospital por cuidados dos médicos e profissionais” (Havena).</p>
<p>Patologização do parto</p>	<p><i>Sensação de segurança / Medicalização</i></p>	<p>[Parto por meio de cirurgia cesariana]: “Acho mais seguro pela idade” (Luna)</p> <p>[Parto por meio de cirurgia cesariana]: “Por ter receio das dores do parto normal, eu escolheria uma cesariana com uma médica em quem eu confiasse” Sandra.</p> <p>[Parto por meio de cirurgia cesariana]: “Por ser o primeiro filho creio que seja melhor tanto para mim quanto para o bebê” (América)</p> <p>[Parto por meio de cirurgia cesariana]: “Preferiria tomar anestesia pra não sentir tantas dores no parto” (Eliza).</p> <p>[Parto por meio de cirurgia cesariana]: “Mais fácil” (Borboleta).</p> <p>[Parto por meio de cirurgia cesariana]: “Tenho medo de parto normal” (Rebeca).</p> <p>[Parto por meio de cirurgia cesariana]: “Menos doloroso” (Jack).</p> <p>[Parto por meio de cirurgia cesariana]: “Anestesia” (Dy).</p> <p>[Parto por meio de cirurgia cesariana]: “Escolhi essa opção porque com minha mãe foi assim e porque pode ser mais seguro caso eu esteja com uma gravidez de risco ou algo assim” (Madu).</p> <p>[Parto por meio de cirurgia cesariana]: “Preferiria me submeter a cesárea” (Amazona).</p> <p>[Parto por meio de cirurgia cesariana]: “Receio do parto normal” (Kakalinha).</p> <p>[Parto por meio de cirurgia cesariana]: “Porque não quero sentir dor” (Luna)</p> <p>[Parto por meio de cirurgia cesariana]: “Acho que seria menos sofrimento” (Ella).</p> <p>[Depende da minha situação]: “Faria o que a minha médica orientasse” (Só uma estudante).</p> <p>[Parto por meio de cirurgia cesariana]: “Acredito ser mais seguro quando não se tem o corpo totalmente desenvolvido e se tem maiores riscos de complicações” (Kevix).</p> <p>[Parto por meio de cirurgia cesariana]: “Tenho medo de não ter passagem e ficar sofrendo pra ter o bebê” (Malévola).</p> <p>[Parto por meio de cirurgia cesariana]: “Porque evitaria tanta dor e possíveis sofrimentos caso não tivesse passagem para o parto normal” (Anne)</p> <p>[Parto por meio de cirurgia cesariana]: “Eu acho que por meio da</p>

		<p>cirurgia cesariana, não doeria tanto, quanto o parto normal” (Mariazzinha).</p> <p>[Parto por meio de cirurgia cesariana]: “Não sente muita dores durante o parto” (Rosa).</p> <p>[Parto por meio de cirurgia cesariana]: “Mais seguro e com menos riscos” (Escobar”).</p> <p>[Parto por meio de cirurgia cesariana]: “Por conta do meu corpo que ainda não está totalmente desenvolvido e problemas de respirações, vejo na cesariana uma forma mais segura, mesmo que o parto normal em condições normais seja o mais seguro” (Vênus).</p> <p>[Parto por meio de cirurgia cesariana]: “Porque a cesariana é menos dolorida” (Mcarthy).</p> <p>[Parto por meio de cirurgia cesariana]: “Porque eu acho a que a dor feminina no parto é muito romantizada na sociedade, se eu fosse pra ter o filho seria com o método menos doloroso possível” (Priscilla).</p> <p>[Parto por meio de cirurgia cesariana]: “Não sentir dor” (Angelina Ramos).</p> <p>[Parto normal no hospital/maternidade]: “Parto normal por medo da marca da cirurgia cesariana aparecer num momento tão cedo na vida” (Dália).</p>
Dominação do corpo feminino	<i>Patriarcado</i>	[Parto normal no hospital/maternidade]: “Por não querer cicatrizes da cesariana, e em caso de complicações estar no hospital para receber o devido amparo tanto para mim quanto para o recém nascido” (Lua).
		[Parto normal no hospital/maternidade]: “Normal por que a recuperação é mais rápida e não corre o risco de ficar com uma cicatriz enorme na barriga, e no hospital porque acho mais seguro” (Anastacia).
Violência à gestante/mãe	<i>Manifestações de violência</i>	[Parto por meio de cirurgia cesariana]: “Sempre achei a cesariana mais ‘segura’ em relação a violência obstétrica acredito eu que o índice seja menor, e o medo da dor do parto normal” (Yuki San).
		[Humanizado]: “Tenho medo do que pode acontecer com o bebe ou comigo no hospital” (Ju).
Abortamento	<i>Medo de ser mãe</i>	[“Abortaria”]: “Não me sinto pronta e morro de medo de ser mãe” (Duda).
	<i>Patriarcado</i>	[“Eu abortaria”]: “Eu não preferiria nenhum tipo de parto, simplesmente abortaria” (Einstein – gênero masculino).

FONTE: Dados da pesquisa (2021)

Conforme foi abordado quando falamos sobre o Movimento pela Humanização do parto e do nascimento no Brasil, este tem como precursor o Movimento pelo Parto Ativo (correspondente inglês do Movimento da Humanização), iniciado em Londres no ano de 1982 com o “Manifesto pelo Parto Ativo” (BALASKAS, 2015, p. 34). Tal parto “não é uma novidade, é simplesmente um modo conveniente de descrever um trabalho de parto e um parto normais, o modo como uma parturiente se comporta quando segue seus próprios instintos e a lógica fisiológica do seu corpo” (BALASKAS, 2015, p. 47).

No Brasil, esse tipo de assistência é conhecido como *parto humanizado*, que, na realidade, trata-se de uma assistência respeitosa e feita por meio da medicina baseada em evidências científicas.

Assim, podemos observar a presença das categorias e unidades de sentido escolhidas na presente análise em diversas falas estudantis. A “humanização do parto e nascimento” consta nas respostas que falam de parto humanizado, parto seguro para mãe e bebê, melhor escolha, conforme ensinamentos de Duarte e Diniz (2004) sobre escolha informada, assim como do próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 2017e) a respeito das melhores diretrizes de assistência ao parto normal.

Vimos que também houve resposta de que optaria pelo “parto normal em casa”, tendo a discente Cachinhos dito que “é mais humanizado e conseguiria fazê-lo”. Tal fala demonstra um grande empoderamento, quando a estudante demonstra que é a pessoa gestante que faz o seu próprio parto. Além disso, as Diretrizes de Assistência ao Parto Normal não recomendam parto domiciliar apenas no sistema público de saúde, pelo fato de não estar disponível essa assistência na estrutura pública. Porém, afirmam que ele pode ser encorajado para as mulheres com mais de uma gestação e de baixo risco, desde que seja planejado e possa ser transferido a tempo para um hospital ou maternidade, caso haja necessidade de algum procedimento médico (BRASIL, 2017e).

Por outro lado, há também referência à “patologização do parto” quando se fala que o médico deve escolher a via de parto mais segura, ou que a cesariana é necessária para o caso de acontecer “algum problema” no parto, como se o corpo grávido fosse perigoso ou a gestação fosse alguma patologia.

É claro que o atendimento por médica/o obstetra em hospital ou maternidade, além da assistência ao parto normal sem procedimentos invasivos, quando iniciado nesses locais, pode ser essencial em caso de transferência de pessoas que iniciaram o trabalho de parto em centros de parto ou em casa, não apenas para realização de cirurgia cesariana, mas para outras intervenções médicas necessárias, como indução farmacológica do parto, que é uma ajuda feita por meio de medicamentos para intensificar as contrações uterinas e acelerar o início ou a conclusão do trabalho de parto (BRASIL, 2001b).

De toda forma, mesmo as falas que afirmam optar pelo parto normal em hospital ou maternidade, apesar de demonstrar uma sensação de segurança nesses ambientes, acaba também demonstrando a medicalização do parto de que trata Aguiar (2010).

Também foi observada a ocorrência de falas que remetem ao patriarcado, como restou evidente na fala do estudante Einstein, que se identifica como do gênero masculino, que diz

“Eu abortaria” e “Eu não preferiria nenhuma tipo de parto, simplesmente abortaria”. É uma marca forte da cultura patriarcal, pois o homem parece se sentir dono daquele corpo desde cedo, falando na primeira pessoa que ele “abortaria”, mesmo sem ser mulher e sem ser ele a pessoa que engravidaria. Lembra Hooks (2019, p. 176):

Se a supremacia masculina encoraja o uso da força abusiva a fim de manter a dominação masculina sobre a mulher, é a ideia filosófica ocidental de regras hierárquicas e autoridade coercitiva que está na raiz da violência contra a mulher, da violência do adulto contra a criança, de toda a violência entre aqueles que dominam e aqueles que são dominados.

Por outro lado, a estudante Duda, que se identificou como sendo do gênero feminino, demonstra medo da maternidade e o fato de que dizer que “abortaria” caso engravidasse, demonstra a unidade de sentido “feminismos”, pois estes movimentos entendem que a mulher que deve decidir sobre o próprio corpo, inclusive no que se refere à questão da gravidez. Isso demonstra uma escolha individual que, apesar de ser legítima quando da escolha do tipo de parto (normal ou cesariana), ainda não é possível no nosso país, já que o aborto é considerado crime no Código Penal, sendo possível em hipóteses muito restritas, como no caso de ser feito para salvar a vida da gestante (BRASIL, 1940).

Ademais, mesmo nos casos em que o aborto ocorre de forma espontânea não estão livres de sofrer violência obstétrica, eis que esta pode ocorrer em sua forma verbal em situações de abortamento, conforme descrito pela Defensoria Pública de São Paulo:

[...] Quando o profissional questiona a causa do abortamento (pergunta se foi provocado ou não); quando o profissional de saúde condiciona o atendimento à confissão de um eventual aborto provocado; ameaças, acusações e culpabilizações da mulher pelo aborto (SÃO PAULO, 2015, p. 16).

Continuando a análise do conteúdo dos questionários, também se observou a unidade de sentido “dominação do corpo feminino” quando afirmado que a escolha do tipo de parto (normal) seria para não ficar com cicatrizes, o que demonstra a marca de dominação no corpo da mulher, que não deveria ter marcas, devendo estar sempre “perfeito”. Assim, mesmo que não percebam, as próprias mulheres acabam reproduzindo imposições feitas a elas, colocando a questão da cicatriz como impeditivo de realizar uma cesariana, e não o próprio fato de que a cirurgia, em si é um risco por ser de grande porte (DINIZ; DUARTE, 2004).

Essa é, inclusive, uma característica do sistema patriarcal, cuja opressão ao corpo é feita de maneira a não deixar as mulheres se perceberem como oprimidas por estarem tendo a

ilusão de que estão fazendo uma escolha (no caso, o parto normal como alternativa de não ficar com a marca na pele, demonstrando que são mães), como bem afirma Hooks (2019, p. 32):

[...] sob a regência do capitalismo, o patriarcado foi estruturado de modo que o sexismo restringe o comportamento das mulheres em alguns âmbitos, ao mesmo tempo em que propicia liberdade de movimento em outras esferas. A ausência de restrições extremas leva muitas mulheres a ignorar os domínios nos quais são exploradas ou discriminadas; isso pode inclusive levá-las a imaginar que nenhuma mulher é oprimida.

Alguns mitos relacionados ao universo do parto também foram observados, como o fato de que a cesárea seria mais segura, menos dolorosa ou só nela pudesse ser utilizada anestesia para alívio da dor, questões importantes e abordadas no produto educacional. Mesmo quando foi respondido que a escolha seria parto normal, mas no hospital/maternidade, por ser um local “mais seguro”, isso demonstra o parto como sendo uma patologia, que necessita de medicalização, o que não corresponde à realidade, em que a maioria dos trabalhos de parto ocorreria de maneira natural, sem a necessidade de estar em uma instituição para ser um parto seguro, como nos ensina Aguiar (2010).

Importante mencionar, por fim, que houve resposta que afirma que escolheria cesariana por medo de sofrer violência obstétrica. Apesar de o fato de a própria cesárea, quando feita sem indicação, poder ser considerada um tipo de violência obstétrica, é fato que muitas dessas condutas violentas podem ocorrer no parto normal, sobretudo quando a equipe de profissionais não segue as evidências científicas mais atualizadas no âmbito da obstetrícia, como consta nas cartilhas institucionais sobre violência obstétrica das Defensorias Públicas de São Paulo (2015) e do Rio de Janeiro (2020), assim como do Governo da Paraíba (2020).

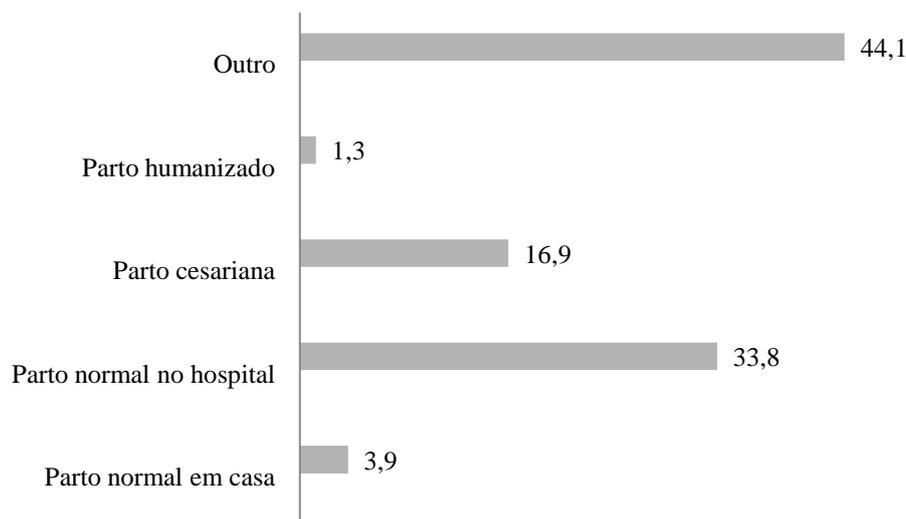
Seguindo a análise, tem-se que os itens seguintes são semelhantes aos dois itens anteriores, porém direcionados aos estudantes que responderam ser do gênero masculino.

Foi questionado ao discente se, caso sua namorada, irmã, colega, etc., ficasse grávida durante o Ensino Médio, que tipo de parto ele acha que seria a melhor escolha, sendo dadas três alternativas fixas, deixando-se a opção “outro” com possibilidade de resposta aberta ao participante.

Como resposta, 33,8% afirmou preferir “parto normal no hospital/maternidade” (n=26); 16,9% respondeu “parto por meio de cirurgia cesariana” (n=13); e 3,9% respondeu “parto normal em casa” (n=3). Dentre os que marcaram a alternativa “outro” (45,4%; n=35), constam algumas respostas interessantes: “humanizado” (1,3%; n=1); “abortaria” (1,3%;

n=1); “o que ela preferisse” (1,3%; n=1); “aborto” (1,3%; n=1); “o parto que ficasse melhor para ela” (1,3%; n=1).

GRÁFICO 32: Quanto ao tipo de parto que o discente entende como melhor escolha



FONTE: Dados da pesquisa (2021).

Em seguida, foi solicitada a justificativa da resposta anterior, constando o seguinte:

QUADRO 18: Justificativas quanto ao tipo de parto que o discente entende como melhor escolha

CATEGORIZAÇÃO EMPÍRICA		NARRATIVAS DE SUJEITOS DISCENTES
EIXOS PRINCIPAIS	FATORES INCIDENTES	
Humanização do parto e do nascimento / Feminismo	<i>Escolha informada</i>	[“O parto que ficasse melhor para ela”]: “A mulher escolheria entre fazer o parto normal ou cesariana” (Bernardo).
		[Parto normal no hospital/maternidade]: “É o mais aconselhável” (Angel).
		[Parto normal no hospital/maternidade]: “Falei aquilo [quadro anterior], mas quem tem que escolher é ela, né” (Nuvem).
		[Parto normal no hospital/maternidade]: “Qualidade de vida” (Nina).
		[“O que ela preferisse”]: “Porque que seria mais confortável para ela e conseqüentemente pro bebê” (Thiago).
		[Humanizado]: “Seria o melhor” (Ju).
		[Parto normal no hospital/maternidade]: “Porque é mais prático” (Anastacia).
		[Parto normal no hospital/maternidade]: “Parto normal a recuperação é melhor” (Cinderela).
		[Parto normal no hospital/maternidade]: “Recuperação mais rápida” (MM.).
		[Parto normal no hospital/maternidade]: “Por ter uma recuperação mais rápida, assim podendo voltar à rotina mais rapidamente” (Capitu).
[Parto normal no hospital/maternidade]: “Como anteriormente, volto a dizer que, na minha concepção é a forma mais natural e segura de parto” (Yuno).		

		[Parto por meio de cirurgia cesariana]: “Acho mais seguro pela idade” (Luna).
		[Parto normal no hospital/maternidade]: “Pois ela teria todo um acompanhamento médico” (Gabriel).
		[Parto normal no hospital/maternidade]: “Por saber os benefícios de um parto normal” (Lícia).
		[Parto normal no hospital/maternidade]: “É mais seguro para a saúde da mãe” (Ken Addams).
		[Parto normal no hospital/maternidade]: “Acredito que devido ao fato das jovens não estarem com o corpo totalmente preparado pra um parto então talvez seja necessário uma cesariana em um hospital mesmo” (Vinizius).
		[Parto normal no hospital/maternidade]: “Por conta de uma recuperação rápida, porém, ouviria a opinião do médico(a)” (BRV).
		[Parto normal no hospital/maternidade]: “Porque é em tese mais ‘seguro’ e tem todo um aparato” (Giovanna Scorzatto).
		[Parto normal no hospital/maternidade]: “É o mais seguro a seguir” (Havena).
	<i>Sensação de segurança / Medicalização</i>	[Parto normal no hospital/maternidade]: “Pelo fato do corpo se recuperar muito mais rápido que a cesariana e seria em um hospital por ser um local especializado” (Kemilly).
Violência gestante/mãe	<i>à</i>	
	<i>Manifestações de violência</i>	[Parto normal em casa]: “Tenho muito medo de a minha companheira sofrer violência obstetra” (Jorel).
Abortamento		[Aborto]: “Eu aconselharia ela a aborto, porque no momento atual é o mais certo a se fazer” (Einstein).
	<i>Patriarcado</i>	
		[Parto por meio de cirurgia cesariana]: “Escolhi essa opção porque com minha mãe foi assim e porque pode ser mais seguro caso a minha namorada esteja com uma gravidez de risco ou algo assim” (Madu).
		[Parto por meio de cirurgia cesariana]: “Para não sentir dor” (Luna).
		[Parto por meio de cirurgia cesariana]: “Por causa da média de idade de alunas do ensino médio é possível entender que a gravidez oferece riscos para a saúde da mãe e de seu bebê, assim, a possibilidade de complicações na hora do parto são maiores e por motivos de segurança acredito que o Parto cesariano seria o melhor indicado para esta situações” (Kevix).
		[Parto por meio de cirurgia cesariana]: “Porque evitaria tanta dor e possíveis sofrimentos caso não tivesse passagem para o parto normal” (Anne).
		[Parto por meio de cirurgia cesariana]: “Para não sentir muitas dores durante o parto” (Rosa).
		[Parto por meio de cirurgia cesariana]: “Se fosse muito nova, eu falaria p ela optar pela cesariana, para a dor ser menor” (Potter).
		[Parto por meio de cirurgia cesariana]: “A melhor escolha seria fazer uma cesariana” (Mcarthy).
Patologização do parto		[Parto por meio de cirurgia cesariana]: “Mais seguro” (Escobar).
	<i>Sensação de segurança / Medicalização</i>	

FONTE: Dados da pesquisa (2021).

Vemos, portanto, que podemos observar a presença das categorias e unidades de sentido escolhidas na presente análise em diversas falas estudantis. A “humanização do parto e nascimento” consta nas respostas que falam de parto humanizado e parto seguro para mãe e bebê, o que é preconizado pela medicina baseada em evidências, conforme explanação sobre

escolha informada trazida por Diniz e Duarte (2004), bem como o que preconiza o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017e).

Além disso, foi observada a unidade de sentido “feminismos” nas respostas que demonstram que o tipo de parto deve ser uma escolha individual da mulher, como disse o estudante Bernardo, nas respostas “o parto que ficasse melhor para ela” e “a mulher escolheria entre fazer o parto normal ou cesariana” e o discente Thiago, quando afirmou: “o que ela preferisse”, “porque que seria mais confortável para ela e conseqüentemente pro bebê”. Ambos demonstraram que a mulher que deve tomar decisões em relação ao próprio corpo, ideia preconizada pelos movimentos feministas de diversas épocas e ondas (BITTENCOURT, 2015).

Também chamou atenção a resposta do aluno Jorel, que respondeu achar melhor o “parto normal em casa”, justificando que tinha “muito medo da minha companheira sofrer violência obstetra”. Aqui há uma referência direta à categoria de análise “violência obstétrica”, demonstrando uma noção da “patologização do parto”, já que relaciona o hospital à possibilidade de ocorrer violência obstétrica. Inclusive, um dos mais básicos direitos da pessoa gestante tem sido desrespeitado em âmbito institucional, que é a negativa do direito ao acompanhante, o que materializa uma evidente violência obstétrica, além de violação de direitos humanos, como afirmam Melo e Farias (2018, p. 138):

[...] A restrição de acompanhante no cenário do parto, que acontece em grande parte dos ambientes hospitalares brasileiros, denota desrespeito não só à Lei Federal nº 11.108/2005, mas também à legislação internacional ratificada pelo Brasil, em especial a CEDAW e a Convenção de Belém do Pará, de modo que tal prática se configura como discriminação, redundando em violência obstétrica contra a mulher brasileira e, em consequência, violação aos direitos humanos previstos na Declaração Universal de Direitos Humanos da Assembleia Geral das Nações Unidas.

Há também referência à “patologização do parto” quando se fala que a mulher terá todo acompanhamento médico necessário ou que a cesariana é necessária para o caso de acontecer “algum problema” ou “risco” no parto, como se o corpo grávido fosse perigoso ou a gestação fosse alguma patologia, conforme já explanado anteriormente.

A “dominação do corpo” restou evidente na fala do estudante Einstein, que se identifica como do gênero masculino, diz que a melhor escolha seria “Aborto”, justificando: “Eu aconselharia ela a aborto, porque no momento atual é o mais certo a se fazer”. É uma marca forte do patriarcado, como já dito acima, o fato de que o homem parece se sentir dono daquele corpo desde cedo, dizendo o que seria certo a se fazer, mesmo sem ser mulher. De

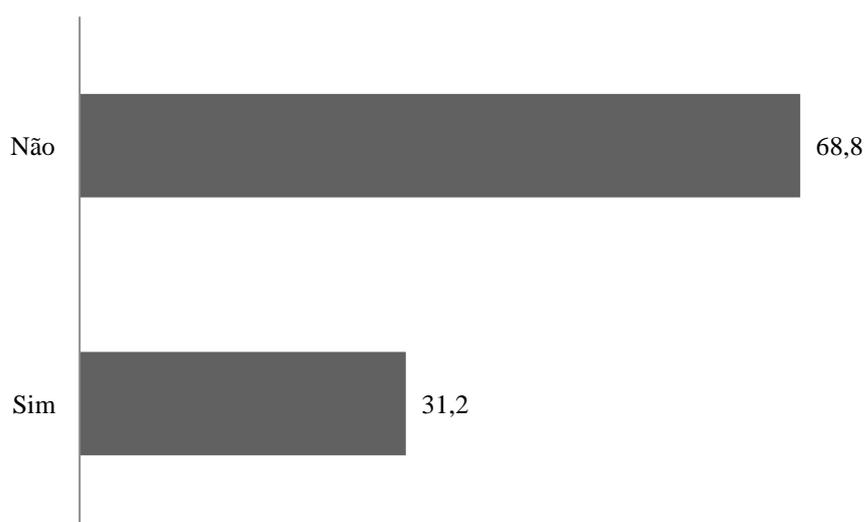
toda forma, além de ser uma conduta criminal atualmente (BRASIL, 1940), o abortamento também pode levar à ocorrência de violência obstétrica, mesmo quando ocorre de maneira espontânea. É que, em situações de perdas consideradas como aborto,

[...] são comuns entre as mulheres brasileiras relatos de maus tratos na assistência ao abortamento, independentemente de o aborto ter sido espontâneo ou voluntário. Como profissionais da saúde, é importante que tenhamos em mente que julgamentos ou pré-julgamentos não são cabíveis. Deve ser uma política institucional não tratar de forma diferente mulheres que chegam em processo de abortamento espontâneo ou provocado. Certamente aquela mulher estará em sofrimento: seja porque está perdendo uma gestação desejada, seja porque decidiu interromper de forma ilegal e clandestina uma gestação não planejada. Seja esta uma perda espontânea ou provocada, trata-se de uma mulher em sofrimento por uma gestação interrompida e, muito provavelmente, com dores físicas e emocionais. Em ambos os casos, ela tem direito a um atendimento digno e respeitoso (SALGADO; POLIDO, 2018, p. 87).

Alguns mitos relacionados ao universo do parto também foram observados nas respostas acima, como o fato de que a cesárea seria mais segura, menos dolorosa, questões que precisam e serão abordadas no produto educacional, como já exposto acima, pois nem sempre corresponde à realidade, como lembram Duarte e Diniz (2004).

A seguir, foi perguntado se o/a discente já ouviu falar na expressão “parto humanizado ou respeitoso”, tendo 68,8% respondido que sim (n=53) e 31,2% respondido que não (n=24).

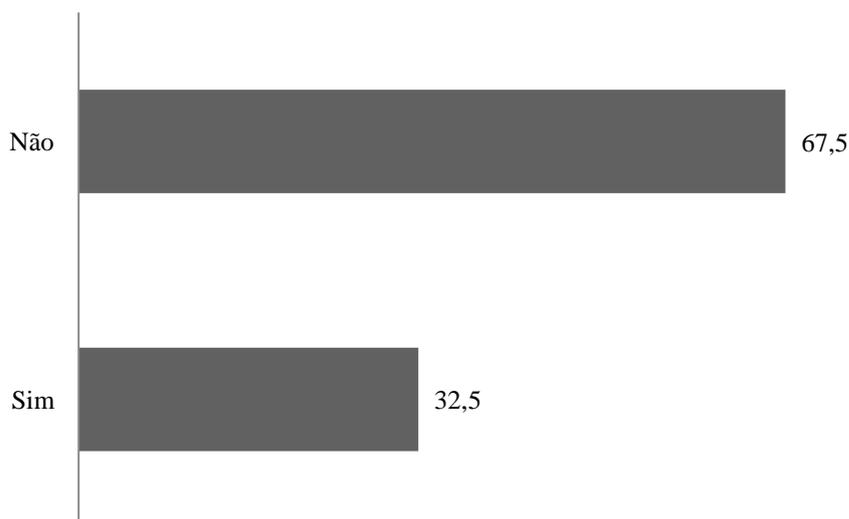
GRÁFICO 33: Discentes que ouviram falar na expressão “parto humanizado ou respeitoso”



FONTE: Dados da pesquisa (2021).

Em seguida, questionados se sabiam o que é uma “doula”, a maioria respondeu que não (67,5%; n=52), tendo 32,5% respondido que sim (n=25).

GRÁFICO 34: Discentes que sabem o que significa “doula”



FONTE: Dados da pesquisa (2021).

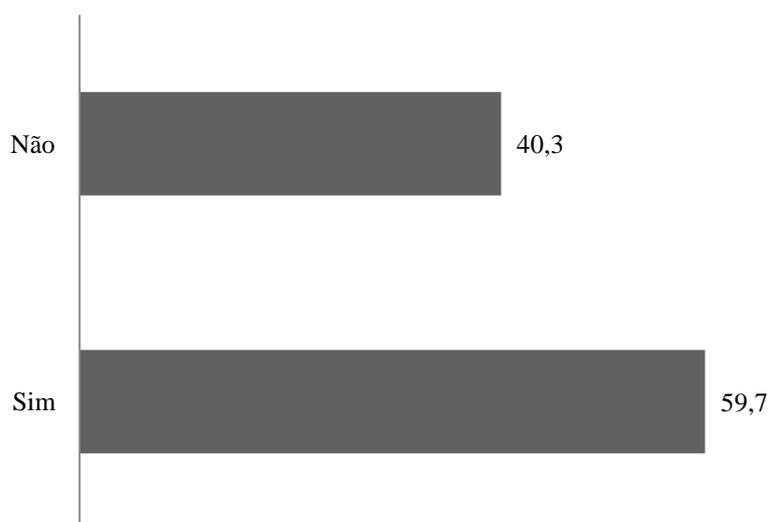
O intuito desta pergunta foi saber se os/as discentes tinham alguma ideia do que significa a palavra e/ou a função da doula, considerando que essa é uma atividade intimamente ligada ao “universo do parto humanizado”, sendo uma das profissionais que mais indica e apoia o parto respeitoso, com assistência baseada em evidências científicas, conforme amplamente explanado em capítulos anteriores.

Nesse aspecto, adentrando nas veredas da compreensão discente sobre violência obstétrica e violência de gênero, a seção que segue explora tais aspectos, o que dimensiona as especificidades da situação, conforme veremos a seguir.

6.3.2 Especificidades da compreensão discente sobre “violência obstétrica” e “violência de gênero”

Perguntados se já ouviram falar na expressão “violência obstétrica”, 59,7% dos/as discentes responderam que sim (n=46) e 40,3% respondeu que não (n=31).

GRÁFICO 35: Discentes que já ouviram falar na expressão “violência obstétrica”



FONTE: Dados da pesquisa (2021).

Também foi perguntado aos/às estudantes se sabiam o que a expressão “violência obstétrica” significa, ao que 53,2% respondeu que não (n=41) e 46,8% respondeu que sim (n=36).

GRÁFICO 36: Discentes que sabem o que significa a expressão “violência obstétrica”



FONTE: Dados da pesquisa (2021).

Solicitamos, ainda, que o discente expressasse sua compreensão sobre “violência obstétrica” no item seguinte, cujas respostas constam no quadro a seguir:

QUADRO 19: Compreensão discente sobre “violência obstétrica”

CATEGORIZAÇÃO EMPÍRICA	NARRATIVAS DE SUJEITOS DISCENTES

EIXOS PRINCIPAIS	FATORES INCIDENTES	
Violência obstétrica	<i>Manifestações de violência</i>	“Violência no parto, ou gestação” (Gabriel).
		“Violência que ocorre no momento da gestação, e também ocorre no atendimento ao abortamento” (Luísa Borbo).
		“São atitudes de abuso, desrespeito e maus-tratos contra a gestante na hora do parto” (Luna).
		“Imagino que seja um ato criminoso contra uma mulher grávida e o seu bebê” (Amora).
		“Creio que seja uma violência que ocorre durante o parto, gravidez ou pré - natal da mulher, seja uma violência física ou verbal (Carol)”.
		“Refere-se a violência contra mulher na hora do parto” (Ninguém).
		“Violência obstétrica é quando a mulher sofre tal violência no parto. Obstetra” (Caribe).
		“Maus tratos na hora do parto” (Borboleta).
		“Violência com uma mulher grávida, podendo está no início ou durante a gravidez, pode ser violência física, de indução ou psicológico, como aborto, acesso de medicamento, influenciar a fazer coisas ruins para a gravidez, negar ajuda durante a gestação entre outras” (Jennyf).
		“Só ouvi falar, mas creio que é uma violência que ocorre no parto. Onde a vontade da mulher é ignorada e desrespeitada” (BRV).
		“Violência/maus-tratos que ocorrem no momento do parto ou em alguma outra situação com a mulher grávida” (Kakalinha).
		“É um tipo de violência feito no parto” (Havena).
		“Violência da qual uma mulher, em trabalho de parto, é acometida” (Mcarthy).
		“Violência no parto ou em qualquer período de gestação” (Luna).
		“Acho muito desnecessário e uma coisa muito triste” (Rai Rai).
		“Violência obstétrica é quando a gestante é colocada em situações de desrespeito como ser ordenada a não gritar durante o parto ou demonstrar dor, quando sofre maus tratos como falta de cuidado no momento de parir ou manuseio grosseiro por parte dos médicos. Isso pode acontecer em todas as fases da gestação e até após. Esse tipo de violência pode vir tanto de forma física como psicológica, que pode ser até mais comum” (Eliza).
		“Sei que o conceito vai muito além disto, mas a violência obstétrica pode ser resumida simplesmente pelas vontades da gestante serem negligenciadas no momento do parto, podendo colocar a vida da mesma e do bebê em perigo” (Marisol).
		“Qualquer tipo de violência, psicológica ou física contra a mulher grávida no ambiente hospitalar/médico” (Madu).
		“Violência durante a gravidez por um profissional da saúde” (Ash).
		“Qualquer tipo de ofensa, desrespeito ou violência física e psicológica, sofrido pela gestante antes ou pós-parto” (Margareth Shakespeare).
“Acredito que seja todo tipo de violência, tanto física quanto verbal, má conduta e coisas do tipo durante um parto” (Vinizius).		
“Maus tratos e desrespeito com a futura mãe durante o parto” (Kemilly).		
“Parece ser uma violência ocorrida na hora do parto. Talvez seja o NÃO direito da gestante de escolher como quer ter seu filho, isto é, são ditas coisas que a gestante precisa fazer ou não sem mesmo saber se ela quer aquilo” (Yuno).		
“Uma vertente da violência de gênero, sendo transmitida por todo tipo de ação ou palavra para ferimento da mulher onde ela se sente desconfortável ou sofrendo, seja relacionada a estereótipos ou ao que ela deveria ou não fazer ou decisões que só cabe a ela tomar e permitir” (Vênus).		

Patologização do parto / Dominação do corpo feminino	<i>Atendimento clínico/profissional inadequado ou indevido</i>	“Violência obstétrica é uma violência abusiva por parte dos médicos ou equipe cometida à mulher grávida” (Sandra).
		“Falta de cuidado e/ou violência na hora do parto para com a grávida” (Jorel).
		“Quaisquer atos que comprometam o bom andamento do parto, pondo em vulnerabilidade a saúde da mãe e do bebê. Por exemplo: cortes e rompimentos vaginais desnecessários para "induzir" o nascimento, que podem causar danos irremediáveis na mulher, como a perda parcial ou total da sensibilidade e prazer sexual” (Eva).
		“É quando as pessoas que cuidam do parto no hospital fazem descaso da paciente grávida, etc” (Giovanna Scorzatto).
		“Violência obstétrica é quando a mãe não é respeitada. Quando ela pede o parto de um jeito, mas o responsável (médico ou alguém do tipo) se acha na autoridade de ignorar o desejo da mãe e fazer o parto de jeito que bem entender (em situações que não apresentam risco para agir dessa forma)” (Mavie).
		“Quando durante o parto, a mulher é submetida a desconforto, maus tratos, descaso ou alguma atitude fora do recomendável” (Aveline).
		“Violência cometida pelos médicos e enfermeiros durante o parto. Exemplo: as vezes alguns médicos utilizam métodos durante o parto que não foram consentidos pela grávida” (Dália).
		“Acredito que seja alguma falta de cuidado sobre o parto por parte da doula ou dos médicos/enfermeiros” (Ella).
		“Os médicos abusam do poder na hora do parto, podendo ser uma violência psicológica ou física” (Ju).
		“Acho que seja uma situação como, por exemplo, eu não tenho passagem para parto normal e ficam me forçando a ter normal até verem que não aguento e fazer cirurgia” (Malévola).
		“Violência médica contra grávidas” (Angelina Ramos).
		“Para mim é quando a grávida é cortada de forma indevida ou desnecessária na hora do parto” (Anastacia).
		“É quando uma mulher é forçada de algum modo, a ter o seu filho a custo de muita dor (que trará consequências) por meio de um parto normal, sendo que tem a opção do parto cesariano” (Garfield).
		“É quando o médico dar mais pontos do que deveria no órgão genital feminino e quando as mulheres irão ter suas relações sexuais dói muito pois aperta a vagina e quando a mulher vai ter o bebe ela é colocada a força numa posição que ela não goste como por exemplo de lado” (Yuki San).
		“Quando a equipe médica não respeita as vontades da gestante, como por exemplo forçar um parto cesariano sem necessidade” (Vivi derrota).
“Quando são tomadas medidas durante o parto que não são da vontade da mãe/pai” (Duda).		
<i>Prejuízos à gestante e/ou ao bebê</i>	“Quando os médicos não respeitam a vontade da mãe, sendo ofensivo, violento ou até mesmo fazendo manobras (episiotomia) sem o consentimento da mãe. Atingindo de forma severa o físico e o psicológico da mulher” (Maria).	
	“Quando acontece algum ato que possa ou prejudique a mãe e o bebê” (Angel).	
	“Quando durante o parto o(a) obstetra realiza algo que fere ou desrespeita a mulher que está tendo o bebê ou o próprio bebê” (Lua).	
Não soube responder		“Não sei o significado” (Anne).

FONTE: Dados da pesquisa (2021).

Nos itens acima foi possível verificar a ocorrência de falas relacionadas a diversas unidades de sentido delimitadas na pesquisa. Sempre que os discentes mencionam falta de consentimento pelo médico, enfermeiro, doula ou qualquer componente da equipe de saúde, estão se referindo aos possíveis autores da violência obstétrica, que praticam diversos “tipos de violência obstétrica” com base na “dominação do corpo” grávido, bem como na “patologização do parto” para o cometimento desse tipo de violência, conforme Paraíba (2020), Rio de Janeiro (2020) e São Paulo (2015).

A maioria correlaciona a violência obstétrica como passível de ocorrer apenas durante o parto, mas diversos alunos citam a gestação, abortamento e até mesmo o pós-parto como momentos em que é possível acontecer a violência obstétrica, o que de fato é englobado no conceito (PARAÍBA, 2020).

Interessante perceber que a episiotomia (corte na vagina) foi citada como tipo de violência obstétrica, bem como a cesariana quando indicada sem necessidade, o que corresponde a uma forma de marcação e dominação do corpo feminino, unidade de sentido também delimitada na pesquisa. A episiotomia é considerada “verdadeira mutilação genital feminina” (AMORIM, 2012, n.p.), de modo que materializa tais conceitos de dominação do corpo e de violência obstétrica.

Observou-se ainda que a estudante Vênus explica a violência obstétrica como “uma vertente da violência de gênero, sendo transmitida por todo tipo de ação ou palavra para ferimento da mulher onde ela se sente desconfortável ou sofrendo, seja relacionada a estereótipos ou ao que ela deveria ou não fazer ou decisões que só cabe a ela tomar e permitir” (DADOS DA PESQUISA, 2021), noção muito próxima da que se defende na presente investigação científica e que corresponde ao conceito apresentado por Aguiar (2010).

Após, foi solicitado ao/à estudante que informasse como tomou conhecimento da expressão “violência obstétrica”, ao que responderam:

QUADRO 20: Como o/a discente tomou conhecimento do termo “violência obstétrica”

CATEGORIZAÇÃO EMPÍRICA	NARRATIVAS DE SUJEITOS DISCENTES
Escola / Conhecimentos pré- existentes	“Hoje na aula de metodologia, através de uma amiga” (Gabriel).
	“Tomei conhecimento através dessa pesquisa” (Einstein).
	“Não conheço este termo, tomei conhecimento apenas no momento em que estou preenchendo o formulário” (Kevix).
	“Através da minha professora” (Mcarthy).
	“É autoexplicativa” (Ash).
	“A partir do nome e das perguntas feitas eu tentei chegar a uma explicação mais próxima da lógica” (Yuno).
	“Pelo Instagram” (Luísa Borbo).
	“Internet” (Luna).

Veículos de comunicação/mídias digitais	“Descobri recentemente tal expressão, foi algo que me fez pensar muito, pois não sabia na possibilidade de isso existir. Lembro-me que o vídeo era o relato de uma mãe que queria muito um parto normal, não só ela como equipe que estava com ela desde o início. Isso foi uma frustração muito grande pelo fato de ela passar dias seguindo de dores e a equipe médica não queria que ela desistisse, quando chega o dia do nascimento de seu filho, por estar sem forçar ela teve que ligar para a mãe e pedir que a tirasse daquela situação, que fosse feito parto cesariano. Mais 5 minutos tentando fazer o parto normal ela perderia o seu bebê. Percebendo o relato observei que houve um abuso de violação, porque eles poderiam orienta sobre outras opções, mesmo assim fez com ela ficasse sem força e sentisse dor até desistir, sem conta abuso psicológico, no qual ela teve que passar” (Lícia).
	“Sigo uma página no Instagram que é administrada por uma mulher que é mãe e que além de falar sobre feminismo, conta muito sobre maternidade real e suas experiências, dentro disso ela explicou sobre esse tema” (Eliza).
	“Por uma série da Netflix” (Caribe).
	“O movimento feminista ensina sobre a violência obstétrica, mas, aprendi mesmo ao assistir a um documentário produzido por uma influenciadora que acompanhou que produziu um curta sobre este assunto como pré-requisito para sua formatura em jornalismo” (Marisol).
	“Na televisão através de reportagens falando sobre a experiência de mulheres em hospitais (tanto público como privado)” (Madu).
	“Assisto muitos vídeos no YouTube sobre isso” (Kakalinha).
	“Através de um link de notícia no Facebook” (Yuki San).
	“Por uma reportagem há algum tempo atrás” (Vinizius).
	“Vi na TV” (Lua).
	“Vi na internet” (Anastacia).
	“Através de um documentário, porém não me lembro o nome, foi há alguns anos” (Kemilly).
	“No Instagram de uma feminista que aborda a maternidade de uma maneira bem honesta” (Vivi derrota).
	“Na internet” (Capitu).
	“Através de uma série” (Duda).
Redes de contatos/ relacionamentos / Pesquisas realizadas	“Conversas entre amigas” (Sandra).
	“Conversa entre amigos” (Jennyf).
	“Pela minha vizinha que já sofreu isso” (Borboleta).
	“Em uma conversa em roda de amigos” (Angel).
	“Minha namorada me falou” (Jorel).
	“Por meio da minha namorada” (BRV).
	“Minha mãe passou por isso é já ouvi vários relatos” (Ju).
	“Pela minha mãe, que é profissional na saúde” (Angelina Ramos).
	“Com uma prima” (Rai Rai).
	“Conversa em meio as mulheres e pesquisas feita no Google” (Margareth Shakespeare).
	“O nome já é por si só auto-explicativo e também já pesquisei à respeito para ter conhecimento, mesmo que pouco, sobre o assunto” (América).
	“Futuramente quero seguir na área obstétrica e costumo pesquisar sobre” (Carol).
	“Acompanho muito sobre maternidade” (Maria).
	“Por comentários de conhecidos e internet” (Eva).
	“Já assisti programas falando sobre isso e por minha irmã ser médica no tempo que ela tinha aula sobre parto era comentado bastante sobre esse tipo de violência” (Dália).
	“Através de paginas na internet, e alguns casos que conheço” (Garfield).
	“Meu primo enfermeiro citou uma vez” (Priscilla).
	“Já ouvi minha mãe, falando sobre essa expressão” (Mariazzinha).
“Pesquisas” (Havena).	
“Estudando sobre a violência contra a mulher como um todo e seus tipos que muitas vezes são generalizados” (Vênus).	

FONTE: Dados da pesquisa (2021).

Vemos que grande parte dos estudantes afirmou que tomou conhecimento da expressão violência obstétrica através de veículos de comunicação e mídias digitais, seja por meio de redes sociais como *Instagram* e *Facebook*, ou via filmes e séries de plataformas como *YouTube* e *Netflix*, assim como reportagens na televisão. Neste item também percebemos que foram citadas páginas, filmes e reportagens feitos por feministas e mães que abordam o assunto nas redes, que de fato têm muita força na divulgação do ativismo acerca do parto e do nascimento, conforme citado em nossa pesquisa (SOUZA, 2018).

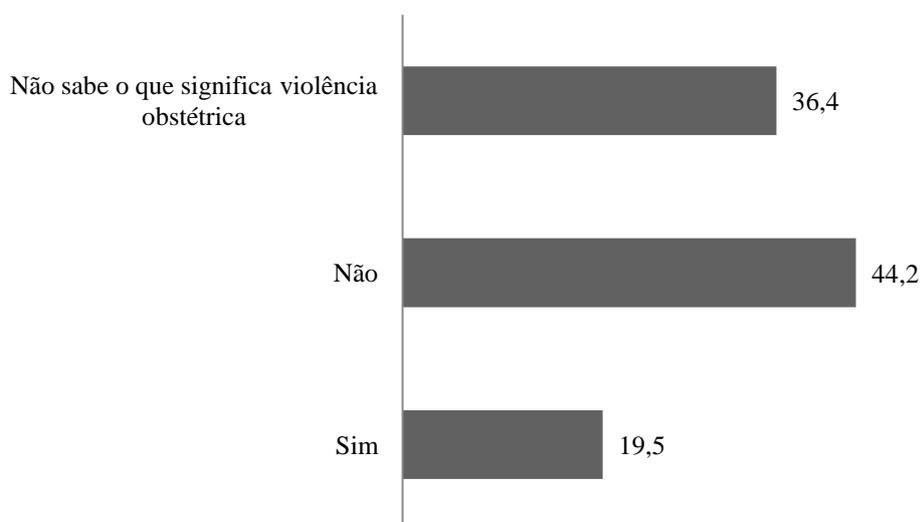
Também foi mencionado que ouviram falar por meio de redes de contatos e/ou relacionamentos, a exemplo de profissionais de saúde na família, como médica e enfermeiro, bem como por conversas entre amigas e familiares (relato de mãe e de prima), tendo alguns estudantes, ainda, afirmado que por meio desta pesquisa é que ouviram falar, ou que entenderam o que o termo significa por conta de ser autoexplicativo, ou por terem feito pesquisas a respeito da temática, o que demonstra a importância dos conhecimentos pré-existentes e de tratar sobre o assunto no âmbito escolar.

As situações acima foram relacionadas à unidade de sentido “formação unitária”, em virtude de se referirem aos conhecimentos sociais que são agregados aos que se aprende na escola, conceito trazido por Nosella e Azevedo (2012) e Ramos (2008).

Ademais, a fala de dois estudantes em relação a terem ouvido falar “na aula de metodologia” (Gabriel) e “através de minha professora” (Mcarthy) demonstra que ainda é muito pouca a abordagem desse assunto durante a escola, mas que é sim possível e, na verdade, necessário. Caso fosse um tema abordado nas aulas do Ensino Médio Técnico-integrado (subcategoria em nossa análise de conteúdo), a maior parte dos alunos já teria ouvido falar em “violência obstétrica” de forma oficial, sendo um dos objetivos do presente estudo que a temática seja trabalhada no Ensino Médio no âmbito da EPT, aliando o aprendizado do trabalho produtivo com a formação intelectual (SAVIANI, 2007), com a finalidade de prevenir a ocorrência desse tipo de violência.

Seguindo o questionário, foi perguntado se o/a estudante conhecia alguém que já foi vítima de “violência obstétrica”. A maioria disse que não conhecia (44,2%; n=34) ou não sabia dizer o que significa “violência obstétrica” (36,4%; n=28), e a minoria afirmou que sim (19,5%; n=15).

GRÁFICO 37: Discentes que conhecem alguém que foi vítima de “violência obstétrica”



FONTE: Dados da pesquisa (2021).

O item seguinte solicitava que o participante relatasse a situação, sendo obtidos os relatos constantes no quadro a seguir.

QUADRO 21: Sobre o fato de o/a discente conhecer alguma vítima de “violência obstétrica”

CATEGORIZAÇÃO EMPÍRICA	NARRATIVAS DE SUJEITOS DISCENTES
Dificuldades no momento do parto	“Minha irmã já teve 4 filhas e em todas eu acompanhei ela. Observava bem e escutava tudo o que ocorria. Foi difícil em todas as 4 vezes” (Caribe).
Violência obstétrica (verbal e física)	“Na hora do parto ela tava sentindo dificuldade em abrir as pernas para ter o bebê e a médica foi super grossa, dizendo que ela sabia abrir as pernas pra outras coisas e pra ter bebê ela não queria abrir” (Borboleta).
	“Não conheço ninguém pessoalmente, mas sim por vídeos no YouTube. Houve um caso em que a mãe foi humilhada o tempo todo durante o parto, onde o médico fez a episiotomia sem o consentimento da mãe e ainda usou o fórceps sendo que a mesma tinha falado que não queria que usasse nada do tipo, e pelo uso desse instrumento a criança saiu com a cabeça machucada” (Mavie).
	“Sofreram piadas no meio do parto, falta de assistência quando se tinha a dificuldade para o bebê sair, a não aplicação de algum medicamento para aliviar a dor, deixaram-na ter praticamente o bebê sozinhas, em camas desconfortáveis e que nem era próprio para partos, muitas tiveram seus filhos em meio aos corredores ou em cadeiras...” (Margareth Shakespeare).
Violência obstétrica física (Manobra de Kristeller)	“Sim, minha mãe, no parto do meu 2º irmão, na hora do parto meu irmão não estava cooperado pra ficar na posição do Nascimento, então a enfermeira subia em cima da barriga da minha mãe empurrando meu irmão pra baixo, isso com as mãos e unhas fincadas na barriga da minha mãe, isso foi no ano de 2006, acho que esse termo não era usado ainda nesse período, não tínhamos o conhecimento de hoje” (Angel).
	“Minha sogra sofreu durante o parto, pois a enfermeira subiu em cima dela e ficou dando pequenos ‘pulos’ na barriga dela” (Jorel).
Violência obstétrica física (Episiotomia)	“O médico tentou convencer a vítima a fazer um corte na vagina durante o parto, porém a vítima não queria um corte na vagina. O médico desrespeitou a sua vontade e cortou mesmo assim” (BRV).
Violência obstétrica física	“Tenho algumas conhecidas que não tiveram a vontade de ter um parto normal respeitado e uma cesárea ‘forçada’, e também, mulheres que não estavam conseguindo desenvolver um parto normal e tiveram a cesárea adiada ao ponto do

	parto ter complicações” (Marisol).
	“O médico usou instrumentos incômodos e que causou muita dor na mãe; outro caso: o esforço da mãe foi tanto que hoje ela não consegue mais segurar suas necessidades fisiológicas” (Garfield).
	“O médico foi dormir e deixou a grávida sofrendo de dor e o parto teve que ser com a criança puxada a ferro” (Rai Rai).
	“Abusos durante o parto que provocaram consequências no pós-parto como dores intensas ao sentar, andar, e tentar ter relações sexuais. Ouvi da própria pessoa, que ela chegou a pensar que nunca mais conseguiria fazer sexo (ou ter prazer fazendo)” (Eva).
	“No meu parto o médico quase me mata, e praticou violência física com a minha mãe” (Ju).
Violência obstétrica verbal	“Uma conhecida da minha irmã teve bebê recentemente e contou que na hora de fazer o parto as Enfermeiras faziam descaso da situação e ficavam dizendo - quando a moça sentia dor – ‘Não foi bom na hora de fazer?’” (Giovanna Scorzatto).
Negligência médica	“Uma colega minha passou horas sem acompanhamento médico, o que é arriscado pro bebê e mãe. Ou seja, até o momento do nascimento ela ficou sentada, sem saber quanto já estava a dilatação ou passagem” (Aveline).
Desconhecimento das pessoas sobre violência obstétrica	“Nunca conheci pessoalmente, ou muitas mulheres não sabem o que se trata a violência, achando assim que nunca sofreu” (Maria).
Patologização do parto	“Não sei se posso afirmar que foi uma violência, mas uma conhecida estava grávida e ela teve um problema de saúde, que os lábios da vagina dela viraram duas grandes bolhas, o parto deveria ser cesárea, mas a fizeram ter normal” (Amora).

FONTE: Dados da pesquisa (2021)

Vemos acima diversos relatos cruéis de violências obstétricas cometidas, em sua maioria, durante o parto. Forçar um parto normal quando deveria ser cesariana, ou o contrário, indicar uma cesariana forçadamente, quando seria possível o parto normal, é uma violência obstétrica por não seguir a medicina baseada em evidências, preconizada pelas normas e organizações internacionais de saúde, as quais foram ratificadas pelo Brasil e pelo Ministério da Saúde do nosso país (BRASIL, 2017e). Até mesmo obrigar a mulher a ficar sentada, como foi narrado, ou em uma posição só durante o parto é uma conduta desaconselhada, nos termos das diretrizes do Ministério da Saúde:

Deve-se desencorajar a mulher a ficar em posição supina, decúbito dorsal horizontal, ou posição semi-supina no segundo período do trabalho de parto. A mulher deve ser incentivada a adotar qualquer outra posição que ela achar mais confortável incluindo as posições de cócoras, lateral ou quatro apoios (BRASIL, 2017e, p. 25).

Empurrar a barriga configura uma conduta chamada “manobra de Kristeller”, proscria em termos médicos por poder provocar lesões na mãe e no bebê (BRASIL, 2017e). Cortar a vagina, ou o períneo, a chamada episiotomia, também é uma violência que pode configurar uma lesão corporal, mutilando o órgão sexual feminino (AMORIM, 2012) e podendo

acarretar dificuldade durante a relação sexual, incontinência urinária e fecal, além de questões psicológicas envolvidas com um procedimento feito sem consentimento e, muitas vezes, sem anestesia (PARAÍBA, 2020).

Negar analgesia no parto normal, quando disponível e negligência de atendimento durante o trabalho de parto e o parto também são considerados violência obstétrica, por não seguir os protocolos da OMS e do Ministério da Saúde referentes ao parto e ao nascimento (SÃO PAULO, 2015). Utilizar frases, piadas e palavras de baixo calão são violências verbais, morais e/ou psicológicas, que além de ferirem a honra da pessoa grávida, também podem interferir na experiência de parto, que precisa ser em ambiente seguro para que siga sua intercorrência fisiológica (RIO DE JANEIRO, 2020). A violência psicológica, inclusive, recentemente foi incluída no Código Penal brasileiro como tipo penal no art. 147-B, isto é, quando praticado contra a mulher, pode configurar crime (BRASIL, 2021).

Os relatos acima, além de se identificarem com as categorias de análise da presente pesquisa (correspondem a diversos “tipos de violência obstétrica”), também materializam ocasiões de dominação do corpo feminino (BOURDIEU, 2019), como os abusos e violências físicas narradas que impedem ou dificultam o prazer sexual, como narrado pela estudante Eva, podendo ser também um caso de patologização do parto, como o fato de dizer que bolhas ou feridas na vagina seriam indicação de cesariana, como narrado pela discente Amora, medicalização esta tratada por Aguiar (2010), sendo sobremaneira importantes para a construção do produto educacional.

A seguir, perguntamos se, durante o Ensino Médio, algum componente curricular chegou a discutir sobre “violência obstétrica” (item 29), tendo 98,7% dos/as estudantes afirmado que não (n=76), enquanto apenas 1,3% afirmou que sim (n=1).

GRÁFICO 38: Discentes que afirmaram ter havido discussão sobre “violência obstétrica” em algum componente curricular



FONTE: Dados da pesquisa (2021).

Em seguida, em caso de resposta afirmativa ao item anterior, foi questionado na aula de que matéria ocorreu. Sobre a abordagem de “violência obstétrica” em algum componente curricular do Ensino Médio, como visto, apenas uma discente afirmou que o assunto foi tratado no componente curricular Biologia (“Luna”), enquanto outro disse não ter tido discussão sobre o tema (BRV) ou nunca ter visto nada parecido na escola (Aveline) e, por fim, uma disse ter dito ter visto no *YouTube* (Mavie).

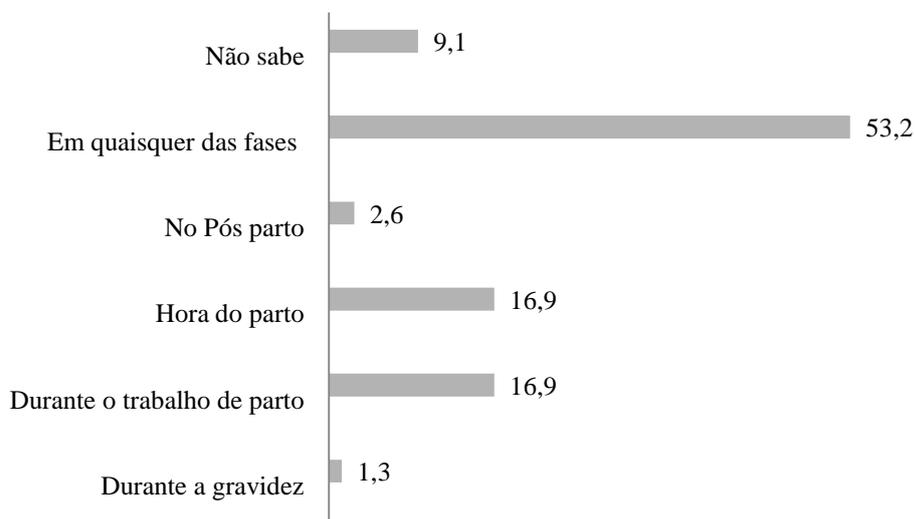
A estudante que disse que sim no item anterior, explicou que foi na aula de Biologia que se discutiu sobre violência obstétrica. De fato, entende-se que esse é o componente curricular mais adequado para discussão da matéria, não se restringindo a ele, obviamente, já que se trata do ensino integrado (RAMOS, 2008), mas acaba sendo o mais oportuno por tratar de questões como reprodução e sexualidade. Esse resultado deixa mais evidente o quanto é importante tratar sobre esse assunto no âmbito escolar.

Após, solicitou-se aos/às participantes que respondessem se, em sua percepção, em que fase seria possível uma mulher grávida passar por uma experiência referente à “violência obstétrica”, dando-se as seguintes opções: Durante a gravidez (1,3%; n=1); Durante o trabalho de parto (16,9%; n=13); Na hora do parto (16,9%; n=13); No pós-parto (2,6%; n=2); Em situações de abortamento (0%; n=0); Em quaisquer das fases apontadas acima (53,2%; n=41); Outra (9,1%; n=7). Todos os que escolheram a alternativa “outra” responderam com “não sei” ou “não sei o que significa violência obstétrica”.

De toda forma, observa-se que a grande maioria dos participantes respondeu que a violência obstétrica poderia acontecer em quaisquer das fases apresentadas, conforme gráfico

que segue, o que de fato caracteriza esse tipo de violência e demonstra que a noção dos participantes tem correspondência com o conceito da expressão.

GRÁFICO 39: Percepção discente quanto à fase em que pode ocorrer “violência obstétrica”



FONTE: Dados da pesquisa (2021).

Percebe-se, portanto, que tais respostas foram similares ao que responderam os/as docentes, no sentido de que identificam que a violência obstétrica pode ocorrer em quaisquer das fases reprodutivas (TINÉ, 2017) da pessoa considerada do gênero feminino ao nascer, o que também é defendido neste trabalho.

Seguindo o questionário, foi perguntado ao/à participante se sabia o que é “violência de gênero”, tendo 51,9% respondido que não (n=40) e 48,1% respondido que sim (n=37).

GRÁFICO 40: Discentes, quanto a saber o que significa “violência de gênero”



FONTE: Dados da pesquisa (2021).

O item seguinte solicitava que o/a discente definisse “violência de gênero”, tendo sido dadas as respostas contidas no quadro a seguir.

QUADRO 22: Concepção discente a respeito de “violência de gênero”

CATEGORIZAÇÃO EMPÍRICA	NARRATIVAS DE SUJEITOS DISCENTES
Sexismo	“Praticadas nas relações de gênero, seja entre mulheres, entre homens ou homens contra mulheres”(Luísa Borbo).
	“É a violência praticada por homens contra mulheres e vice-versa” (Luna).
	“Um desrespeito ou agir de modo grotesco, atingir com palavras ou fisicamente alguém por seu sexo ou sua escolha de sexo” (América).
	“Uma violência cometida a uma pessoa só porque é homem ou mulher”.
	“Quando um ser humano é atacado ou ataca devido a circunstâncias permitidas devidas ao seu gênero indicado ao nascimento” (Dy).
	“Para mim é o fato de acharem as mulheres um sexo frágil” (Ju).
	“Qualquer tipo de agressão feita por alguém ao seu próximo por motivo de sua orientação sexual ou algo do tipo” (Margareth Shakespeare).
	“Violência feita a qualquer pessoa por causa do gênero oposto” (Luna).
	“É julgar ou qualquer tipo de violência com a pessoa pelo fato do gênero ser mais ‘frágil’” (Letícia).
Violência de gênero	“Definiria como alguém ser violentado pelo seu sexo” (Caribe).
	“Violência cometida por você pertencer a determinado gênero, sem outro motivo qualquer” (Sandra).
	“É a violência que acontece com um gênero específico e todo o universo que o envolve” (Eliza).
	“É um tipo de violência relacionada ao gênero da pessoa” (Einstein).
	“Um tipo de violência que ocorre apenas ‘contra’ um gênero, por conta do gênero da pessoa” (Madu).
	“Violência relacionada ao sexo ou gênero de um indivíduo” (Kakalinha).
	“Atos violentos em alguma pessoa por conta da sua identidade de gênero” (Ash).
	“Violência sofrida por uma pessoa de gênero específico” (Garfield).
	“Violência baseada no preconceito contra o gênero do indivíduo” (Anastacia).
Violência física ou verbal	“Violência motivada apenas pelo gênero da pessoa sem qualquer outra motivação” (Vivi derrota).
	“Quando você é alvo de algum tipo de violência apenas pelo gênero que você se identifica” (Duda).
	“Aquele que é direcionada e incitada a pessoas de um gênero específico” (Eva).
	“Violência que ocorre por causa da identidade de gênero ou orientação sexual, daí ela pode ser física, psicológica e/ou verbal” (Carol).
	“É um tipo de violência contra a um certo gênero, por não respeita e até mesmo agredir física ou mentalmente essa pessoa” (Lícia).
	“Violência de qualquer tipo, contra uma pessoa, por causa da sua identidade de gênero ou orientação sexual” (Maria).
	“É uma aversão contra um tipo de gênero, ocasionando uma violência” (Ninguém).
	“Qualquer tipo de agressão, sendo ela física ou psicológica com um ser que decide ter outra orientação sexual” (Jennyf).
	“É um ato de agressão, seja ela física ou qualquer outra, contra alguém, por causa da sua orientação sexual ou identidade de gênero” (Ken Addams).
“Violência de gênero é quando se viola de alguma forma o gênero oposto seus direitos e ele em si, tanto do homem para com a mulher e da mulher para com o homem, existem diversas formas de violência, a verbal, a psicológica, etc” (Cachinhos).	
“Agredir uma pessoa por causa da sua identidade de gênero ou opção sexual”	

	(Kemilly).
	“Violência praticada em função do gênero da outra pessoa” (Priscilla).
	“É a violência não só física, como psicologia e moral a um determinado gênero, seja ele feminino, gay, homossexual, etc. Quando alguém não respeita a escolha de gênero de uma determinada pessoa e a agride, seja fisicamente ou moralmente. Podemos ver muito disso nas nossas próprias famílias” (Yuno).
	“É uma violência tanto psicológica ou física exercida contra qualquer pessoa ou grupo de pessoas sobre a base de seu sexo ou gênero” (Rosa)
	“Violência física e verbal em que um homem/mulher é acometido ao longo de sua vida” (Mcarthy).
Falta de respeito	“O desrespeito ao próximo” (Jack).
Machismo / Transfobia / LGBTfobia	“Violência contra a mulher, feminicídio e LGBTfobia” (Jorel).
	“A violência de gênero costuma acometer principalmente as mulheres, que são diminuídas e tem suas vontades negligenciadas” (Marisol).
	“Mudança de sexo” (Bigode).
	“Violência de gênero pode ser as piadas que a mulher sofre na hora do parto quando está sofrendo com as dores, tratando a mulher com um preconceito enorme pelo simples fato de ser mulher e de ter filhos” (Anne).
	“Violência voltada a um gênero específico, a exemplo violentar verbalmente uma mulher por ela ser mulher, que na mesma situação um homem não seria violentado” (Capitu).
	“Violência relacionada a um gênero específico, exemplo o feminino. Apenas uma mulher pode ser afetada pelo o que hoje conhecemos por violência obstétrica visto que apenas mulheres passam pela experiência da gestação, parto” (Vênus).
Preconceito / Racismo	“Preconceito, racismo” (Rai Rai).
	“Todo tipo de violência/preconceito com pessoas vulneráveis” (Eduarda).
	“Alguém que tenha preconceito com a escolha de gênero do outro” (Angel).
	“O ato proeminente de preconceito dado pelo incômodo injustificável de uma pessoa ou grupo em repúdio ao gênero de alguém ou de um grupo” (Kevix).

FONTE: Dados da pesquisa (2021).

Grande parte dos alunos demonstra ter boa noção do que significa a violência de gênero, pois mencionam especificamente questões ligadas à identidade de gênero, que “é uma classificação pessoal e social das pessoas como homens ou mulheres, que pode ou não concordar com o gênero que lhes foi atribuído ao nascimento” (BRASIL, 2020b, p. 35), a qual é atacada quando ocorre esse tipo de violência. Quando direcionada especificamente às pessoas que se identificam como sendo mulheres, a violência de gênero assume o caráter de machismo, que é “a crença de que os homens são superiores às mulheres” (CARVALHO; ANDRADE; JUNQUEIRA, 2009, p. 31).

Tanto a violência de gênero em geral como o aspecto do machismo foram verificados nas respostas discentes. Inclusive, exemplificando a violência contra o gênero feminino (machismo), temos a fala da estudante Capitu: “Violência voltada a um gênero específico, a exemplo violentar verbalmente uma mulher por ela ser mulher, que na mesma situação um homem não seria violentado”.

Por outro lado, alguns estudantes misturam essa noção com a orientação sexual, falando em preconceito por questão de escolha sexual. Outros mencionam que é violência de

gênero contra homens também, porém não se aplicaria por ser mais voltada a grupos minoritários ou vulneráveis, de modo que tais questões devem ser abordadas no produto educacional, para fins de delinear e melhor explicar os conceitos. Nesse caso, estão mais relacionados ao sexismo, sendo menos abrangente que a “violência de gênero”, pois se refere ao tipo de sexo definido ao nascer ou à orientação sexual exercida a partir da juventude/vida adulta (BRASIL, 2020b).

De toda forma, conforme Hooks (2020, p. 17), “todos os pensamentos e todas as ações sexistas são problemas, independente de quem os perpetua ser mulher ou homem, criança ou adulto”, pois o “o feminismo é antissexismo” (HOOKS, 2020, p. 31).

Ainda segundo a autora, “homens de todas as idades precisam de ambientes em que sua resistência ao sexismo seja reafirmada e valorizada. Sem ter homens como aliados na luta, o movimento feminista não vai progredir” (HOOKS, 2020, p. 31).

Também foi mencionada a LGBTfobia e verificada menção à transfobia. Segundo Miskolci (2009, p. 175), “identidades são inscritas através de experiências culturalmente construídas em relações sociais”. Ademais:

O interesse *queer* por travestis, transexuais e pessoas intersex se deve ao compromisso científico de crítica dos apanágios identitários e concepções de sujeitos unitários e estáveis. A Teoria *Queer* busca romper as lógicas binárias que resultam no estabelecimento de hierarquias e subalternizações, mas não apela à crença humanista, ainda que bem intencionada, nem na “defesa” de sujeitos estigmatizados, pois isto congelaria lugares enunciatórios como subversivos e ignoraria o caráter contingente da agência. A crítica da normalização aposta na multiplicação das diferenças que podem subverter os discursos totalizantes, hegemônicos ou autoritários (MISKOLCI, 2009, p. 175).

Ainda nesse sentido, concluem Miskolci e Campana (2017, p. 743):

[...] Tudo indica que os empreendedores morais contra a “ideologia de gênero” são grupos de interesse conservadores que buscam distanciar os movimentos feminista e LGBT, e mesmo seus simpatizantes, das definições de políticas públicas e tomar o controle sobre elas. Sobretudo, dentro do recente campo discursivo de ação reconstituído neste artigo, buscam delimitar o Estado como espaço masculino e heterossexual, portanto refratário às demandas de emancipação feminina e de expansão de direitos e cidadania àqueles e àquelas que consideram ameaçar sua concepção de mundo tradicional.

Pelo exposto, vê-se que os entendimentos discentes sobre violência de gênero se aproximam quando referem violência verbal, física, preconceito e racismo às pessoas em virtude de sua orientação sexual e/ou identidade de gênero.

Em seguida, foi solicitado ao/à discente que, caso não soubesse a definição, dissesse o que imaginava que significa a expressão “violência de gênero”. Obtivemos as seguintes respostas:

QUADRO 23: Forma como os/as discentes entendem a “violência de gênero”

CATEGORIZAÇÃO EMPÍRICA	NARRATIVAS DE SUJEITOS DISCENTES
Relacionada à identidade de gênero	“Violência por tal pessoa ser de determinado gênero” (Gabriel).
	“Imagino que seja alguém que não respeita o gênero de outra pessoa acarretando discriminação e desrespeito contra o mesmo” (Angel).
	“Sim, violência aplicada sobre alguém por motivo de seu gênero... eu acho” (Mavie).
	“Talvez um destrato por causa de seu gênero” (Aveline).
	“Imagino que seja algo contra o gênero de alguém, mas estou em dúvida se é contra a gestante que é mulher ou se é algo relacionado ao bebê” (Giovanna Scorzatto).
	“Violência cometida a algum gênero específico. Exemplo: assédio é uma forma de violência e as mulheres são as vítimas mais comuns de assédio então assédio poderia entrar numa forma de violência de gênero” (Dália).
	“Um tipo de violência que ocorre apenas ‘contra’ um gênero, por conta do gênero da pessoa” (Madu).
	“A prática de alguma violência pelo motivo do gênero do indivíduo” (Ella).
	“Violência por conta do gênero do indivíduo” (Só uma estudante).
	“Depende, não sei se você sofre ou causa isso, caso você sofra, acho que seja relacionado algum tipo de preconceito em como você se identifica, caso cause, acho que é porque resolveu trocar de gênero” (Thiago).
	“Por expressão acredito que seja a violência com pessoas de outro gênero” (Vinizius).
	“Acredito que violências que sejam motivadas pelo gênero da vítima violentada” (Lua).
	“Agressão a pessoa que tem um gênero oposto” (Luna).
	“Acho que significa que é uma violência com base no sexo e gênero que as pessoas ‘escolhem’” (Mariazzinha).
	“Faço a mínima ideia penso em ser [algo relacionado a sexualidade] mas não coloco minha mão no fogo ‘kdkdk’” (Hyann park jimin).
“Imagino ser uma violência de acordo com o gênero” (Havena).	
“Violência contra um indivíduo baseada no preconceito com o gênero que ele possui” (Anastacia).	
“Violentar alguém a partir do seu gênero” (Escobar).	
Sexismo	“É a violência praticada por homens contra mulheres e vice-versa” (Luna).
	“Discriminação pela opção sexual de alguma pessoa” (Mirela).
	“Sim, violência pelo simples fato de se ter o gênero feminino ou masculino” (Anne).
Violência física e/ou verbal	“Penso que pode ser uma agressão verbal ou moralmente contra alguém por causa do seu sexo” (América).
	“Imagino que se trate de uma violação ou abuso físico e/ou psicológico causado pela posição vulnerável que uma pessoa se encontra em vista do seu gênero ou da sua identidade de gênero” (Nina).
	“Acho que sim, acredito eu que é quando uma pessoa é violentada fisicamente por ser de determinado gênero como, por exemplo, feminino” (Yuki San).

Violência obstétrica	“Sei lá, creio que seja algo relacionado com a criança durante o parto ou com a própria mãe” (BRV).
Machismo / Transfobia	“Algo que lembre feminicídio? Ou transfobia?” (Angelina Ramos).
	“Alguma violência que um homem comete a uma mulher” (Loren).

FONTE: Dados da pesquisa (2021).

Assim como no item anterior, verifica-se que, em algumas falas, há confusão de identidade de gênero com orientação sexual, de modo a prejudicar a compreensão do termo violência de gênero, sendo necessário, portanto, abordar tal temática no produto educacional. De toda forma, as explicações foram semelhantes às anteriores, no sentido de correlacionar o tema da “violência de gênero” a identidades de gênero, sexismo, machismo, preconceito.

Tais aspectos estão relacionados ao aspecto político do feminismo abordado por Hooks (2020, p. 17), que, além de questões políticas, aborda os recortes raciais a respeito do tema – feminismo negro, e afirma que este é um “movimento para acabar com o sexismo, exploração sexista e opressão”.

Por outro lado, também é importante, para Hooks (2020), a realização de grupos de conscientização para que as mulheres confrontem seu sexismo internalizado, bem como sua fidelidade a pensamentos e ações embasados no sistema patriarcal, pois, “enquanto mulheres assumirem a bandeira de políticas feministas sem abordar e transformar seu próprio sexismo, o movimento ficará prejudicado” (HOOKS, 2020, p. 31).

A seguir, perguntados se, em sua percepção, seria possível considerar a “violência obstétrica” como “violência de gênero”, 55,8% respondeu que sim (n=43) e 44,2% que não (n=34).

GRÁFICO 41: Quanto à possibilidade de considerar “violência obstétrica” como “violência de gênero”



FONTE: Dados da pesquisa (2021).

Solicitados a justificar a resposta ao item anterior, os estudantes assim o fizeram:

QUADRO 24: Justificativas discentes quanto à correlação entre “violência obstétrica” e “violência de gênero”

CATEGORIZAÇÃO EMPÍRICA	NARRATIVAS DE SUJEITOS DISCENTES
Violência obstétrica decorre de violência de um gênero sobre o outro	<p>[Considera violência obstétrica como violência de gênero]: “Porque independentemente da relação que a gestante tiver, vai ocorrer uma violência de gênero, mesmo que haja uma gestação” (Luísa Borbo).</p> <p>[Considera violência obstétrica como violência de gênero]: “Violência obstétrica é um subgrupo da violência de gênero” (Sandra).</p>
Patriarcado / Machismo / Sexismo / Transfobia	<p>[Considera violência obstétrica como violência de gênero]: “Por ser baseado no pensamento estereotipado, fruto de uma sociedade historicamente machista e patriarcal que enxergam as mulheres como objetos, submissos a suas ações” (Luna).</p> <p>[Considera violência obstétrica como violência de gênero]: “Acredito que sim, visto que só as mulheres têm filhos, logo pode existir uma certa aversão contra esse gênero” (Ninguém).</p> <p>[Considera violência obstétrica como violência de gênero]: “O corpo da mulher sempre foi dominado na sociedade. Não seria diferente na hora do parto” (Caribe).</p> <p>[Considera violência obstétrica como violência de gênero]: “A maioria das violências obstétricas acontecem por médicos homens, isso reflete a ‘superioridade’ do homem sobre o corpo da mulher e sobre a própria mulher somente por ser homem e ‘saber o que é melhor’” (Mavie).</p> <p>[Considera violência obstétrica como violência de gênero]: “É possível considerar porque a violência obstétrica só é cometida contra mulheres grávidas. Então, existe aí um alvo específico da violência, definido pelo gênero da pessoa” (Ken Addams).</p> <p>[Considera violência obstétrica como violência de gênero]: “Pois só ocorre com mulheres durante o trabalho de parto” (Jorel).</p> <p>[Considera violência obstétrica como violência de gênero]: “A violência obstétrica está relacionada a gravidez, e se é uma violência então vai violar os direitos de alguém e nesse caso vai violar os direitos das mulheres, então se enquadra na violência de gênero” (Cachinhos).</p> <p>[Considera violência obstétrica como violência de gênero]: “Ela é direcionada a apenas um gênero específico, e a motivação geralmente é advinda do machismo” (Vivi derrota)</p> <p>[Considera violência obstétrica como violência de gênero]: “As mulheres sofrem violência obstétrica, principalmente em relação a comentários inadequados por serem mulheres” (Capitu).</p> <p>[Considera violência obstétrica como violência de gênero]: “Acredito que é possível, no entanto devemos tomar cuidado para não invisibilizar o fato de que homens trans também engravidam e sofrem problemas semelhantes e até outros problemas específicos por conta da transfobia, o que colabora para que também sofram desse tipo de violência” (Eliza).</p> <p>[Considera violência obstétrica como violência de gênero]: “Existe a violência psicológica, ou seja, falam muito que se a mulher não for forte o bastante matará seu filho, usam muito isso com um ar de você é fraca e não conseguirá” (Ju).</p> <p>[Considera violência obstétrica como violência de gênero]: “Assumindo hipoteticamente uma situação, em que um casal transexual decide ter um filho de forma ‘natural’, sendo o homem gerador do filho, o mesmo pode sofrer violência obstétrica e de gênero” (Maria).</p> <p>[Considera violência obstétrica como violência de gênero]: “Sim. Pois são dois tipos de violência que pode ser em qualquer momento e com um tipo de pessoa específica e pode ser violência física ou psicológica” (Jennyf).</p> <p>[Considera violência obstétrica como violência de gênero]: “A violência obstétrica pode acontecer inclusive com a violência de gênero porque muitas vezes só é causada</p>

	<p>por que é a mulher que está passando por tal situação e ela em si é muito julgada muitas das vezes por ter filhos em curtos períodos de um filho para o outro e isso é expressado principalmente por piadas que a mulher sofre na hora que está sentido as dores do parto, causando também uma possível consequência da violência obstétrica” (Anne).</p>
	<p>[Considera violência obstétrica como violência de gênero]: “Pois há uma relação Mútua entre ambos. A mulher sofre por ser mulher e estar em um parto em que se ver aos berros e prantos para ter-se sua criança. E seu destrato e mau atendimento/assistência dar-se por pessoas de ambos os sexos. Mas sim, violência obstétrica é uma tipo de violência de gênero” (Margareth Shakespeare).</p>
	<p>[Considera violência obstétrica como violência de gênero]: “Ambas violência se tratam apenas de falta de respeito e consideração pelo próximo. Agredir uma pessoa através de uma fragilidade” (Kemilly).</p>
	<p>[Considera violência obstétrica como violência de gênero]: “Acho que se é uma violência praticada contra mulheres pode sim ser considerada uma violência de gênero” (Priscilla).</p>
	<p>[Considera violência obstétrica como violência de gênero]: “Pelo fato das pessoas atacarem uma gestante só pelo fato dela está no estado de gravidez, é algo que só acontece com as mulheres, por isso sim, a violência obstétrica pode ser considerada uma violência de gênero” (Yuno).</p>
	<p>[Considera violência obstétrica como violência de gênero]: “Bem, como já pontuado, a violência de gênero possui vertentes que se disfarçam, mas fazem parte do mesmo potinho. A mesma coisa com a desigualdade, tendemos a falar muito sobre a desigualdade econômica, mas e as outras? Desigualdades de gênero por exemplo. Tendo em vista isso, não se pode simplesmente englobar, pois cada um afeta de uma maneira diferente a saúde mental e física da mulher. Sendo necessário um melhor estudo sobre como cada denominação ocorre e quem comete contra quem, oferecendo apoio e justiça a essas mulheres violadas” (Vênus).</p>
	<p>[Considera violência obstétrica como violência de gênero]: “É possível. As mulheres são altamente atacadas seja verbalmente ou fisicamente como já sabemos e tendo conhecimento disso, sabendo que são as mulheres o principal fator da origem de um novo ser, uma vida que está em constante desenvolvimento, desde o momento que é fecundado até o momento de sua morte; fazer desse momento, o momento que as mulheres têm pleno poder e aptidão para dar à luz a 2 ou 3 ou 4... outros seres-humanos, um trauma, uma agonia, ou afins; é algo realmente desumano para com as mulheres e sendo assim, um ato de violência para com o gênero, já que poderia acontecer com qualquer MULHER!” (América).</p>
	<p>[Considera violência obstétrica como violência de gênero]: “Sim, porque é uma violência praticada contra e exclusivamente a mulher” (Amora).</p>
	<p>[Considera violência obstétrica como violência de gênero]: “A violência obstétrica é mais um instrumento de dominação, desrespeito, controle e imposição sobre os corpos femininos (e, conseqüentemente, sobre suas mentes). Uma tentativa de apropriação do poder natural das mulheres de gestar e parir de forma livre, saudável, natural e empoderada. Tentativa que foi sistematizada, estruturada e naturalizada, e está incrustada nas raízes da sociedade patriarcal e misógina que infelizmente ainda vivemos, e que abusa de outras inúmeras tentativas de sujeitar e domesticar a mulher” (Eva).</p>
	<p>[Considera violência obstétrica como violência de gênero]: “Se há um grupo de pessoas capaz de engravidar e outro que não, uma violência que ocorra sobre os que podem engravidar está em função do gênero” (Dy).</p>
	<p>[Considera violência obstétrica como violência de gênero]: “Por ser considerado um ‘sexo frágil’, muitas mulheres passam por situações dolorosas e constrangedoras durante sua gestação e durante o parto, o que qualifica isso como uma violência de gênero” (Marisol).</p>
	<p>[Considera violência obstétrica como violência de gênero]: “Acho que acertei? Se for o que eu respondi na pergunta 34, a violência obstétrica é uma violência de gênero por que obviamente quem passa por essas situações constrangedoras e dolorosas são somente as mulheres, embora tenhamos homens trans que podem realizar uma gestação etc. Mas acho que poderia ser aplicada a sororidade das enfermeiras para pacientes etc. É muito complexo ‘ksks’” (Giovanna Scorzatto).</p>

	<p>[Considera violência obstétrica como violência de gênero]: “Por parto ser algo relacionado ao gênero feminino (apesar de nem todas as mulheres poderem engravidar e alguns homens trans conseguirem engravidar) e a violência de gênero ser um tipo de violência comumente vivida por esse gênero (pelo menos na minha visão) então violência obstétrica também é uma violência de gênero” (Dália).</p> <p>[Considera violência obstétrica como violência de gênero]: “Porque existe uma discrepância na sociedade relacionada ao gênero, sendo a mulher mais afligida, decaindo também na mulher grávida” (Kakalinha).</p> <p>[Considera violência obstétrica como violência de gênero]: “Sim, pois violência obstétrica ocorre em pessoas que nasceram num corpo feminino, que é visto de maneira sexual por muitas pessoas, principalmente homens” (Ash)</p> <p>[Considera violência obstétrica como violência de gênero]: “Pois é focada para mulheres (um tipo de gênero)” (Só uma estudante).</p> <p>[Não considera violência obstétrica como violência de gênero]: “Homens trans podem sofrer violência obstétrica durante a gravidez e trabalho de parto, por isso não é exclusividade de apenas um gênero” (Duda).</p>
Não soube explicar	<p>[Não considera violência obstétrica como violência de gênero]: “Não sei, exatamente o que é ‘violência obstétrica’, pois, nunca ouvi falar. Porém, acho que é diferente de ‘violência de gênero’” (Mirela).</p> <p>[Não considera violência obstétrica como violência de gênero] “Não sei os dois conceitos” (Eleanor).</p>
Diferencia os momentos de ocorrência e conceitos de cada uma dessas violências	<p>[Não considera violência obstétrica como violência de gênero]: “Apesar de serem duas violências, elas são distintas pelo fato de como acontece. Essa diferença de acontecimento estar escrita acima. Onde eu defino elas duas da maneira que compreendo” (Lícia).</p> <p>[Não considera violência obstétrica como violência de gênero]: “Porque acho que são coisas diferentes” (Letícia).</p> <p>[Não considera violência obstétrica como violência de gênero]: “A violência de gênero pode acontecer em qualquer momento. Diferente da obstétrica que acontece na gestação” (Angelina Ramos).</p> <p>[Não considera violência obstétrica como violência de gênero]: “Acho que não. Não é pelo fato de ser mulher... acredito que seja isso” (Aveline).</p>
Violência obstétrica como erro médico	<p>[Não considera violência obstétrica como violência de gênero]: “Pois mesmo que alguns casos de violência obstétrica coincidam com o mesmo contexto de uma violência de gênero, como o homem utilizar de uma situação oportuna para praticar abusos e violações que se aproveitam da posição e contexto de vulnerabilidade da mulher, não são somente esses tipos de violações que creio que abranjam a esfera de uma violência obstétrica, pois pelo que consegui compreender ela seria caracterizada também pela negligência do profissional em questão” (Nina).</p>
Violência obstétrica como violação de direitos humanos	<p>[Considera violência obstétrica como violência de gênero]: “Acredito que se analisarmos de modo geral é possível sim, por se tratar de violência a outra vida, mas é necessário um combate para evitar situações desse tipo” (Vinizius).</p>
Violência de gênero seria mais ampla que violência obstétrica	<p>[Não considera violência obstétrica como violência de gênero]: “Porque a violência de gênero pode acontecer com os dois tipos de sexo e obstétrica não” (Luna).</p> <p>[Não considera violência obstétrica como violência de gênero]: “Não somente pessoas de 1 gênero podem ser gestantes, logo não acho que se enquadraria” (Lua).</p> <p>[Não considera violência obstétrica como violência de gênero]: “Com base no que eu acho acredito que violência de gênero é com ambos os sexos femininos e masculinos. Já a violência obstétrica ocorre com o sexo feminino porque as mulheres são as únicas seres humanas que podem gerar vidas” (Yuki San).</p> <p>[Não considera violência obstétrica como violência de gênero]: “Acho que não, porque a violência não tem como motivo o fato de ser uma mulher” (Anastacia)</p> <p>[Não considera violência obstétrica como violência de gênero]: “Pois como disse acho que se refere à algo apenas de gênero, posso está ‘pecando’ em falar isso pois não tenho conhecimento sobre [o assunto]” (Angel).</p>

FONTE: Dados da pesquisa (2021).

Nos últimos dois itens de nosso questionário discente, observamos que a maioria dos estudantes considera a violência obstétrica como uma violência de gênero, já que praticada contra a mulher durante o período de sua condição como gestante e mãe. Tais estudantes também mencionam a dominação e a objetificação do corpo da mulher e o machismo da sociedade patriarcal. Além disso, os próprios alunos ressaltaram a possibilidade de um homem trans, o qual biologicamente é do sexo feminino, mas se identifica com o gênero masculino, gestar e parir, podendo também ser vítima de violência obstétrica, respostas que foram agrupadas como machismo, sexismo, transfobia, que, como já visto, são faces em que pode se apresentar a violência do patriarcado.

Tais conceitos trazidos pelos/as estudantes remetem sempre à noção de gênero, que surge na literatura feminista em contraposição à noção de sexo, isto é, enquanto este serviria para diferenciar os seres humanos com base em características biológicas (sexo masculino e sexo feminino), aquele teria a intenção de traduzir questões culturalmente atribuídas ao homem e à mulher, a princípio, no sentido de manter uma estrutura de poder baseada na dominação do masculino sobre o feminino.

Miskolci (2009) afirma que as teorias feministas são consideradas teorias subalternas, pois “fazem uma crítica dos discursos hegemônicos na cultura ocidental” (MISKOLCI, 2009, p. 158).

No livro “O segundo sexo”, publicado em 1949, Simone de Beauvoir, considerada uma das mais representativas teóricas dos estudos feministas no mundo, aborda aspectos do surgimento dessa dualidade entre os sexos e, como desde o início desse conflito, o homem tem prevalência na dominação sobre a mulher (BEAUVOIR, 2016a).

Portanto, as respostas trazidas pelos/as discentes demonstram que entendem bem o que significa a violência obstétrica, que vai além do sexismo e do machismo, sendo mesmo uma violência contra as identidades de gênero, até mesmo entrelaçada com a transfobia, como bem pontuou a estudante Eliza:

Acredito que é possível, no entanto devemos tomar cuidado para não invisibilizar o fato de que homens trans também engravidam e sofrem problemas semelhantes e até outros problemas específicos por conta da transfobia, o que colabora para que também sofram desse tipo de violência. O corpo da mulher sempre foi dominado na sociedade. Não seria diferente na hora do parto.

Quanto àqueles/as estudantes que não consideram a violência obstétrica como violência de gênero, observamos que eles/elas denotam uma compreensão de que a diferença entre as identidades de gênero e orientações sexuais fariam com que tais violências não aparentassem ter relação. Todavia, conforme consta até mesmo na fala de alguns estudantes que acreditam na existência de correlação entre os termos, trata-se de uma questão de vulnerabilidade e/ou fragilidade da pessoa que gesta diante do sistema patriarcal vigente, o qual pretende dominar os corpos diferentes do padrão considerado como esperado na sociedade.

Hooks (2020, p. 115-116) bem afirma:

Uma visão utópica da família patriarcal permanece intacta, a despeito de todas as evidências que comprovam que o bem-estar das crianças não está mais assegurado em uma família disfuncional cujo chefe é um homem do que em uma família disfuncional cuja chefe é uma mulher. Crianças precisam ser educadas em ambientes amorosos. Sempre que a dominação estiver presente, faltará amor. Mães e pais amáveis, sejam solteiros ou casados, gays ou heterossexuais, sendo a mulher ou o homem chefe de família, têm mais probabilidade de criar crianças saudáveis e felizes, com boa autoestima.

É por tal razão que se fez necessário que todos esses aspectos fossem abordados na construção do produto educacional, tendo em vista a necessidade de serem debatidos tanto no ambiente estudantil, como nas relações sociais extraescolares dos jovens do Ensino Médio Integrado do IFPB, questões que veremos a seguir.

6.4 AUTO DA BARRIGUDA: GRAVIDEZ, PARTO HUMANIZADO E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A presente pesquisa tem por base as ideias acerca de formação unitária trazidas por Nosella e Azevedo (2012), assim como de ensino integrado tratadas por Ramos (2008, p. 3) e, ainda, a noção de politecnia apresentada por Saviani (2007), conforme explanado na seção 6.2. Dessa forma, o produto educacional foi concebido e materializado com base em tal fundamentação teórica, conforme planejamento exposto na seção 2.4.

Após a realização de pesquisa de campo com os sujeitos destinatários do produto educacional, o material foi desenvolvido, conforme detalhes acerca da execução apresentados a seguir.

6.4.1 Informações técnicas sobre o produto educacional (PE)

O planejamento do produto educacional foi feito com base em Zabala (1998) e Kaplún (2003), conforme quadro exposto na seção 2.4. Após tal planejamento teórico e realização de pesquisa de campo com os sujeitos destinatários do guia digital, o material foi desenvolvido, sendo que o processo de indexação (classificação) e a referente descrição sobre o produto educacional sistematizam as principais informações sobre a produção.

Desta feita, a ficha técnica esmiúça e salvaguarda o detalhamento necessário ao registro oportuno da criação, cujos pormenores podem ser verificados a seguir.

QUADRO 25: Ficha técnica do produto educacional (PE)

PRODUTO EDUCACIONAL (PE)	FICHA TÉCNICA	
	INDEXAÇÃO	DESCRIÇÃO
	Título	<i>Auto da barriguda</i> : gravidez, parto humanizado e violência obstétrica
	Autoria	Carolina Castelo Branco de Melo
	Origem	Pesquisa de Mestrado
	Título da Dissertação	“ <i>Alma mater</i> ”: violência obstétrica como violência de gênero
	Instituição	Instituto Federal da Paraíba (IFPB)
	Programa de Pós-graduação	Mestrado Profissional em Educação Profissional e Tecnológica (ProfEPT)
	Orientador	José Washington Morais de Medeiros
	Área Capes	Ensino
	Categoria	Material didático-pedagógico
	Tipologia	Guia digital
	Idioma	Português
	País	Brasil
	Cidade	João Pessoa – Paraíba
	Acesso	Irrestrito (com direitos autorais preservados)
	Disponibilidade	Virtual (<i>Online</i>)
	Licenciamento	<i>Creative Commons</i> – Atribuição não comercial 4.0 internacional
	URL	http://educapes.capes.gov.br
	Área do conhecimento	Biologia
	Conteúdo transversal	Reprodução e sexualidade humanas
	Avaliação	Pelos pares – comitê <i>ad hoc</i>
	Validação	Pela banca examinadora
	Possibilidades de relações interdisciplinares	Linguagens e suas tecnologias: Língua Portuguesa, etc. Ciências Humanas e suas tecnologias: Sociologia, Filosofia, Artes
	Público-alvo	Docentes/discentes
	Nível formativo	Ensino Médio
	Unidade seriada	1º, 2º e/ou 3º ano
	Data de publicação	Novembro/2021
	RESUMO Este produto educacional (guia digital) objetiva auxiliar a discussão sobre gravidez, parto e nascimento na ótica do ensino de Biologia. O intuito é disseminar informações atualizadas e baseadas nas evidências científicas a respeito de tais questões, bem como fomentar a discussão sobre “parto humanizado” no Ensino Médio, através de reflexões a respeito de reprodução, sexualidade e gênero, a fim de levar ao entendimento crítico sobre como a violência obstétrica se caracteriza como violência de gênero, de modo que as escolhas informadas no que concerne ao parto e ao nascimento possam ajudar a prevenir tais violências, bem como, quando houver violação de direitos, nortear os caminhos a serem	

<p>percorridos na busca de justiça. O guia está dividido em cinco capítulos: o primeiro trata sobre menstruação, início da vida sexual e reprodutiva, formas de contracepção e infecções sexualmente transmissíveis; o segundo sobre aspectos fisiológicos da gestação e do parto, profissionais que atuam no cenário do parto e do nascimento respeitosos, bem como sobre aspectos do luto perinatal e puerpério; o terceiro capítulo traz questionamentos sobre os papéis atribuídos a mãe e pai na criação da prole, trazendo a ideia sobre parentalidade e aspectos sobre a violência de gênero; o quarto capítulo aborda especificamente a violência obstétrica, sua tipologia e por que motivo se enquadra como violência de gênero, orientando a respeito de onde procurar ajuda jurídica, informar violação de direitos e buscar reparação de danos no caso de sua ocorrência; o último capítulo convida os/as leitores/as a, após conhecer mais a fundo o universo do “parto humanizado”, levar às autoridades públicas os casos de violência obstétrica, com o intuito de, lutando pelos direitos individuais, ajudar a preservar os direitos humanos conquistados coletivamente e, em grau mais amplo, buscar justiça. O produto educacional também conta, ao final dos capítulos 1 a 4, com a seção “#saibamais.com”, que traz indicações de séries, filmes e materiais digitais sobre os assuntos abordados ao longo do material, os quais podem ser acessados nas mais diversas plataformas de vídeos online e/ou de textos na internet. Por fim, insta mencionar que o material pode ser utilizado não apenas por docentes e discentes de Biologia do Ensino Médio, mas também por estudantes e profissionais de áreas de saúde afins, bem como da área jurídica e, ainda, por gestantes e demais pessoas envolvidas por quaisquer motivos no cenário da gestação, do parto e do nascimento, já que traz conteúdos de interesse da sociedade, mas, de certa forma, acabam não sendo estudados, tendo em vista a abordagem lacunosa nas instituições escolares em geral, conforme resultados constatados através de pesquisa realizada anteriormente ao desenvolvimento deste material textual, o mesmo ocorrendo nos cursos superiores em geral, como os da área de saúde e jurídicos.</p>	
Palavras-chave	Gravidez; parto; violência obstétrica; violência de gênero; ensino de biologia.
Revisão linguística	Janaína Araújo Coutinho
Projeto gráfico e arte final	Pollyanna Isbelo Melo

FONTE: Dados da pesquisa (2021).

A respeito das informações supraditas para o entendimento do PE, o conjunto de artifícios indexados asseguram não somente a descrição detalhada da produção, como também creditam sua autoria, disponibilidade, acesso, licenciamento, dentre outros fatores.

Por essas vias, a seguir, disponibilizaremos o produto educacional na íntegra, perpassado pelo projeto gráfico, editoração e arte final. Seu *design* foi arquitetado mediante a apreensível sensibilidade, riqueza e valorização às raízes culturais nordestinas, cuja linguagem (signos e ícones visuais) culminou na prototipação da *xilogravura* como matriz primária da comunicação visual projetada.

A xilogravura, como se sabe, é uma técnica de relevo em madeira, utilizada como base para a gravação de imagens/estampas em outros suportes, a exemplo do papel etc. No Nordeste do Brasil, a xilogravura é a narrativa imagética que caracteriza a *literatura de cordel*, expoente expressão cultural e um dos bens simbólicos de maior autoidentificação e manifestação do imaginário coletivo e da cultura popular.

Por essas vias, a estilística e os elementos visuais preteridos à xilogravura perfizeram o apelo estético para a primazia e personificação gráfica do PE, endossando a homogeneidade regional diante das singularidades de suas próprias diferenças, e servindo como atrativo para a

interlocução com pessoas e localidades interculturais diversas, que poderão acessar a produção em sua íntegra.

6.4.2 Da estética visual ao enredo conteudístico: íntegra do “*Auto da barriguda*” como produto educacional⁶



⁶ A íntegra do produto educacional consta no repositório Educapes, podendo ser acessada em formato PDF no seguinte *link*: <http://educapes.capes.gov.br/handle/capes/643362>.

★ EXPEDIENTE ★

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA PARAÍBA
 PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, INOVAÇÃO E PÓS-GRADUAÇÃO
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
 MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
 PESQUISA
 "ALMA MATER": VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO VIOLÊNCIA DE GÊNERO
 PRODUTO EDUCACIONAL: GUIA DIGITAL
 AUTO DA BARRIGUDA: GRAVIDEZ, PARTO HUMANIZADO E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Centro Brasileiro de Livro, SP, Brasil)	
Melo, Carolina Castelo Branco de. Auto da barriguda: gravidez, parto humanizado e violência obstétrica : guia digital / Carolina Castelo Branco de Melo. -- Brasília : Ed. da Autora, 2021. PDF.	
Bibliografia ISBN 978-65-00-33746-4	
1. Biologia 2. Educação 3. Gravidez 4. Parto humanizado 5. Obstetrícia 6. Violência 7. Título.	
21-07784	CDD-618.2
Índice para catálogo sistemático:	
1. Parto humanizado / Obstetrícia 618.2	
Márcia Alton Feresira - Bibliotecária - CRB-6/7964	

★ GUIA DIGITAL ★



AUTO DA BARRIGUDA: gravidez, parto humanizado e violência obstétrica

★ Carolina Castelo Branco de Melo ★

★ FICHA TÉCNICA ★

INDEXAÇÃO	DESCRIÇÃO
Título	Auto da barriguda: gravidez, parto humanizado e violência obstétrica
Autoria	Carolina Castelo Branco de Melo
Origem	Pesquisa de Mestrado
Título da Dissertação	"Alma mater": violência obstétrica como violência de gênero
Instituição	Instituto Federal da Paraíba (IFPB)
Programa de Pós-graduação	Mestrado Profissional em Educação Profissional e Tecnológica (ProfEPT)
Orientador	José Washington Moraes de Medeiros
Área Capes	Ensino
Categoria	Material didático-pedagógico
Tipologia	Guia digital
Idioma	Português
País	Brasil
Cidade	João Pessoa - Paraíba
Acesso	Irrestrito (com direitos autorais preservados)
Disponibilidade	Virtual (Online)
Licenciamento	Creative Commons - Atribuição não comercial 4.0 internacional
URL	http://educapes.capes.gov.br
Área do conhecimento	Biologia
Conteúdo transversal	Reprodução e sexualidade humanas
Avaliação	Pelos pares - comitê ad hoc
Validação	Pela banca examinadora
Possibilidades de relações interdisciplinares	Linguagens e suas tecnologias: Língua Portuguesa, etc.
Público-alvo	Docentes/discentes
Nível formativo	Ensino Médio

INDEXAÇÃO	DESCRIÇÃO
Unidade seriada	1ª, 2ª e/ou 3ª ano
Data de publicação	Novembro/2021
RESUMO	Este produto educacional (guia digital) objetiva auxiliar a discussão sobre gravidez, parto e nascimento na ótica do ensino de Biologia. O intuito é disseminar informações atualizadas e baseadas nas evidências científicas a respeito de tais questões, bem como fomentar a discussão sobre "parto humanizado" no Ensino Médio, através de reflexões a respeito de reprodução, sexualidade e gênero, a fim de levar ao entendimento crítico sobre como a violência obstétrica se caracteriza como violência de gênero, de modo que as escolhas informadas no que concerne ao parto e ao nascimento possam ajudar a prevenir tais violências, bem como, quando houver violação de direitos, nortear os caminhos a serem percorridos na busca de justiça. O guia está dividido em cinco capítulos: o primeiro trata sobre menstruação, início da vida sexual e reprodutiva formas de contracepção e infecções sexualmente transmissíveis; o segundo sobre aspectos fisiológicos da gestação e do parto, profissionais que atuam no cenário do parto e do nascimento respeitosos, bem como sobre aspectos do luto perinatal e puerpério; o terceiro capítulo traz questionamentos sobre os papéis atribuídos a mãe e pai na criação da prole, trazendo a ideia sobre parentalidade e aspectos sobre a violência de gênero; o quarto capítulo aborda especificamente a violência obstétrica, sua tipologia e por que motivo se enquadra como violência de gênero, orientando a respeito de onde procurar ajuda jurídica, informar violação de direitos e buscar reparação de danos no caso de sua ocorrência; o último capítulo convida os/as leitores/as a, após conhecer mais a fundo o universo do "parto humanizado", levar as autoridades públicas os casos de violência obstétrica com o intuito de, lutando pelos direitos individuais, ajudar a preservar os direitos humanos conquistados coletivamente e, em grau mais amplo, buscar justiça. O produto educacional também conta, ao final dos capítulos 1 a 4, com a seção "#saibamais.com" que traz indicações de séries, filmes e materiais digitais sobre os assuntos abordados ao longo do material, os quais podem ser acessados nas mais diversas plataformas de vídeos online e/ou de textos na internet. Por fim, insta mencionar que o material pode ser utilizado não apenas por docentes e discentes de Biologia do Ensino Médio, mas também por estudantes e profissionais de áreas de saúde afins, bem como da área jurídica e, ainda, por gestantes e demais pessoas envolvidas por quaisquer motivos no cenário da gestação, do parto e do nascimento, já que traz conteúdos de interesse da sociedade, mas, de certa forma, acabam não sendo estudados, tendo em vista a abordagem lacunosa nas instituições escolares em geral, conforme resultados constatados através de pesquisa realizada anteriormente ao desenvolvimento deste material textual, o mesmo ocorrendo nos cursos superiores em geral, como os da área de saúde e jurídica.
Palavras-chave	Gravidez; parto; violência obstétrica; violência de gênero; ensino de biologia.
Revisão linguística	Janatna Araújo Coutinho
Projeto gráfico e arte final	Pollyanna Isabelo Melo

"Para mudar o mundo,
primeiro é preciso
mudar a forma
de nascer."
Michel Odent

	
★ APRESENTAÇÃO -----	10
1. PRA COMEÇO DE CONVERSA -----	17
Adolescência: um período de mudanças.....	17
O tabu da menstruação.....	18
Contraceção, planejamento familiar e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis.....	20
2. O AUTO DA BARRIGUDA -----	27
Fisiologia do nascimento: entendendo o "parto humanizado".....	28
O corpo grávido: como acontece todo esse processo?.....	30
Surge a placenta no útero.....	30
Aspectos fisiológicos da gestação.....	32
Pré-natal: momento de cuidado e informação.....	32
Profissionais de assistência ao parto.....	33
Obstetras e obstetizas.....	33
Enfermagem neonatal e pediatria.....	34
Doula.....	35
Parteras e sorogestas.....	36
Fisioterapeuta e profissional de educação física.....	36
Nutricionista.....	36
Atendimento psicológico.....	39
Anestesiista ou anestesiológica.....	40
Trabalho de parto: a dor que humaniza.....	40
Hormônios do parto.....	41
O parto domiciliar e o parto hospitalar.....	42
Estágios do trabalho de parto.....	42
3. ALMA DE MÃE? -----	53
"Bona Mater": maternidade, maternagem e matrescência.....	53
Parentalidade.....	55
Violência de gênero.....	57
4. A DANADA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA -----	63
Violência obstétrica como violência de gênero.....	64
Violência obstétrica institucional versus erro médico.....	65
Conduas excessivas, desnecessárias, desaconselhadas ou feitas sem prévio consentimento da pessoa gestante.....	66
Tipos de violência obstétrica.....	66
Violência verbal.....	67
Violência física.....	70
Parto normal versus cirurgia cesariana: a luta contra o "viés de gênero".....	75
Violência neonatal.....	78
Violência obstétrica: o que pensam docentes de Biologia e discentes do Ensino Médio do IFPB.....	79
Violação de direitos: onde buscar a ajuda?.....	80
5. OS FINALMENTES... -----	89
★ REFERÊNCIAS -----	92

★ APRESENTAÇÃO

A presente publicação materializa o produto educacional referente à pesquisa de mestrado intitulada “*Alma mater*”: violência obstétrica como violência de gênero”, desenvolvida no âmbito do Programa de Pós-graduação em Educação Profissional e Tecnológica (ProEPT), do Instituto Federal da Paraíba (IFPB), a qual objetivou investigar a violência obstétrica como violência de gênero, no contexto do Ensino Médio Técnico-Integrado do IFPB. A pesquisa investigou a concepção de docentes de Biologia e de discentes adolescentes sobre o fenômeno, isto é, sobre violência obstétrica como violência de gênero.

É exigido a estudantes dos Mestrados Profissionais da área de Ensino, assim referendados pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior (Capes), órgão de fomento à pesquisa atrelado ao Ministério da Educação (MEC), que haja um produto educacional articulado ao processo investigatório, o qual deve ser aplicado no cenário dos processos de ensino-aprendizagem, sejam estes formais ou não formais (CAPES, 2016).

Todavia, em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) emitiu Declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional e, em 11 de março de 2020, a Declaração Pública de Pandemia em relação ao novo Coronavírus (SARS-CoV-2), causador da doença infecciosa denominada COVID-19 (OPAS/OMS, 2021). Assim, por conta da pandemia, foi publicada a Portaria/CAPES nº 55, de 29 de abril de 2020, que, juntamente com os Ofícios-Circulares nº 05/2020, de 14/05/2020, e nº 06/2020, de 27/05/2020, do Comitê Gestor e Comissão Acadêmica Nacional do ProEPT, permitiram a realização da defesa da dissertação no prazo máximo de 36 (trinta e seis) meses, bem como aplicação do produto educacional por meio de avaliação por pares, escolhidos por meio de critérios definidos pelo/a mestrando/a e seu/a orientador/a.

O título escolhido, “*Auto da barriguda: gravidez, parto humanizado e violência obstétrica*”, leva em consideração duas acepções do termo “auto”, quais sejam:

- como termo correspondente ao texto literário do gênero dramático, através do qual se conta uma história com conteúdo simbólico e com personagens abstratos (PORTAL EDUCAÇÃO, 2021); e
- como tipo de documento legal que narra detalhadamente um acontecimento, podendo servir como prova de uma ocorrência.

A ideia para a realização da pesquisa de Mestrado e, consequentemente, desta publicação como produto educacional, partiu do ativismo para com a causa de gênero, especificamente contra a violência obstétrica, e a luta pelo parto respeitoso, mais conhecido e divulgado como “parto humanizado”, isto é, aquele parto/nascimento assistido de acordo com o que se chama de Medicina Baseada em Evidências (MBE), um “[...] movimento internacional criado na segunda metade da década de 1980. [...] para sistematizar o conhecimento científico ‘menos tendencioso’ a respeito de cada procedimento médico, por especialidade” (DINIZ; DUARTE, 2004, p. 13).

10

Acredita-se ser imprescindível que as informações mais atualizadas a respeito do parto e do nascimento respeitosos cheguem o mais cedo possível às mulheres e aos homens, sejam estas pessoas cisgênero, ou seja, “indivíduo que se identifica com o sexo biológico com o qual nasceu” (CAMPOS, 2021, n.p.), e/ou transgênero, isto é, aquela “cuja identidade e expressão de gênero não estão em conformidade com as normas e expectativas impostas pela sociedade em relação ao gênero que lhes foi designado ao nascer, com base em sua genitalia” (BRASIL, 2020, p. 38), sobretudo em idade reprodutiva, a fim de prevenir a ocorrência de violências não só contra a pessoa grávida, mas também contra o recém-nascido.

Portanto, mostra-se pertinente a discussão acerca da violência obstétrica, no intuito de trazer reflexões a adolescentes, sobretudo no contexto do Ensino Médio Integrado, sobre as condutas das equipes de saúde que estão (ou não) de acordo com as evidências científicas.

Além do mais, o objeto de pesquisa importa para a sociedade, pois gestar, parir e criar um novo ser podem ocorrer a qualquer momento, em todas as famílias, de modo que se mostra oportuno não só para as mulheres, mas para os homens também, justificando-se a discussão do assunto o mais cedo possível, isto é, ainda durante a formação escolar.

A maternidade é uma experiência transformadora na vida de uma família, seja a gestação planejada ou não. O corpo que, ao nascer, é considerado como *feminino*, tem seu desenvolvimento voltado para gestar e parir, sendo o caminho biológico traçado pela natureza. Descobrir-se grávida é quando tudo parece começar para a maioria das mulheres e pessoas com útero que engravidam e, mesmo as que se preparam para gestar, seja física e/ou emocionalmente, podem se deparar com eventos totalmente diversos do esperado, considerando-se que cada gravidez é um processo único.

Por outro lado, apesar de ser fisiologicamente preparada para tanto, o lugar social da mulher moderna acabou afastando-a da naturalidade que envolve a questão do maternar, além de lhe permitir escolher não querer ser mãe, o que não exclui o fato de que, tendo capacidade reprodutiva, qualquer pessoa com sistema reprodutor feminino pode vir a passar por uma gestação e, consequentemente, pelo parto, seja por escolha, pela falta de algum método contraceptivo, ou mesmo pelo fato de ser vítima de violência sexual. Além disso, não podemos esquecer que, atualmente, existe também a possibilidade que tem o homem transgênero de gestar, parir e até amamentar, já que ele tem o sistema reprodutor feminino.

Oportuno ressaltar, dessa forma, que sempre que houver referência às expressões “mulher grávida” e/ou “mãe”, quando se referir ao atendimento obstétrico, deve-se considerar que também está sendo feita referência aos termos “pessoa gestante” e/ou “pessoa com útero”, pois este tipo de atendimento, não destinado a mulher, atualmente é feito a pessoas com outras identidades de gênero, mas cujo sistema reprodutor biológico equivale ao que foi designado como sendo *feminino* quando de seu nascimento, a exemplo do homem transgênero. Em todas as hipóteses levantadas, o mais comum é que todo ser humano tenha alguma experiência com gestação e parto, seja do próprio bebê, da/o companheira/o, de um familiar, etc.

11

Nesse contexto, a expressão latina “*alma mater*”, que nomeia a pesquisa de mestrado, designa a compreensão segundo a qual a mãe seria a “grande deusa”, isto é, a representação que fertiliza a vida por meio do espírito da maternidade. Todavia, enquanto referida expressão alude à representação da mãe como uma *divindade*, colocand-a como aquela responsável por gestar, cuidar e alimentar, a *maternidade* contemporânea trouxe a ressignificação desse local em que a mulher foi colocada, especialmente a partir do desenvolvimento das teorias feministas, que pretendem discutir o lugar da mulher na sociedade atual, questionando o depósito dessa grande responsabilidade apenas na carga física e mental *feminina*.

Além disso, considerando todas as transformações por que passa uma pessoa na transição para a maternidade, Dana Raphael foi uma antropóloga estadunidense que denominou de *matrescência* o conjunto de alterações hormonais, físicas e psicológicas decorrentes de uma gestação, parto e maternagem de um bebê, sendo também ela a responsável por cuidar do termo *adulto* nos Estados Unidos (SOUZA, 2018).

Ainda a respeito de *matrescência*, a psiquiatra norte-americana Alexandra Sacks (2018) explica que a palavra, cunhada em 1973, tem correlação com o termo *adolescência*, uma das fases conhecidas pela grande carga de mudanças físicas e emocionais, não sendo automático aprender a ser mãe tão logo ocorra o nascimento do bebê.

Ademais, temos também a questão da identidade de gênero que permeia as formas de exercer a maternidade, pois não apenas se tem questionado o papel de *mãe* direcionado à mulher, havendo discussão sobre novas formas de exercer a *parentalidade* que foge às relações heterossexuais, a exemplo de mães e pais tanto com orientação sexual diversa, como a homossexual, quanto com identidades transgênero, assunto que é uma realidade no Brasil e que também será abordada nessa publicação.

Por todo o exposto até o momento, é oportuna não apenas a pesquisa, mas o desenvolvimento de um produto educacional sobre essas temáticas, o qual também considera o contexto das articulações pedagógicas do ensino profissional no âmbito dos Institutos Federais.

Assim, idealizou-se o desenvolvimento do presente guia digital, com conteúdo acerca de violência obstétrica e seu enfoque como violência de gênero, o qual pode ser utilizado em aulas do Ensino Médio Técnico-Integrado pelo/as docentes da instituição, podendo também ser facilmente compartilhado com os/as estudantes pela plataforma educacional, por e-mail ou mesmo via aplicativos de mensagens como o *WhatsApp*. O texto conta com informações sobre aspectos relativos à sexualidade, passando por questões como menstruação, início da vida sexual, infecções sexualmente transmissíveis e função reprodutiva humana, tomando por base publicações científicas e o material didático de Biologia utilizado no IFPB quando do desenvolvimento desta pesquisa (livro da coleção “Ser protagonista”), além da fisiologia do nascimento, com a intenção de ir além do que diz o material escolar adotado, abordando ainda profissionais que atuam no cenário do parto e do nascimento respeitosos, bem como a questão do luto perinatal e dos

12

significados do puerpério.

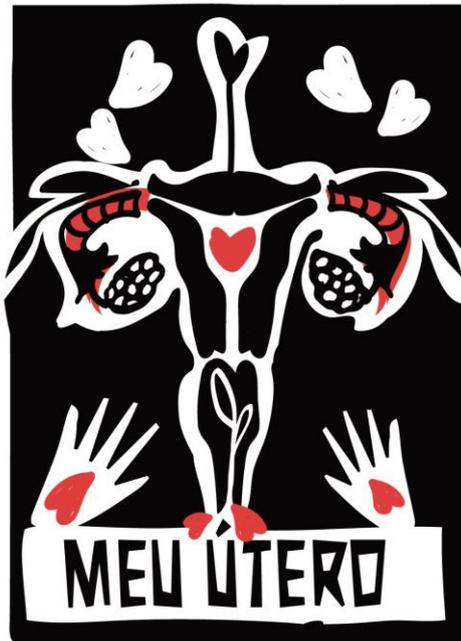
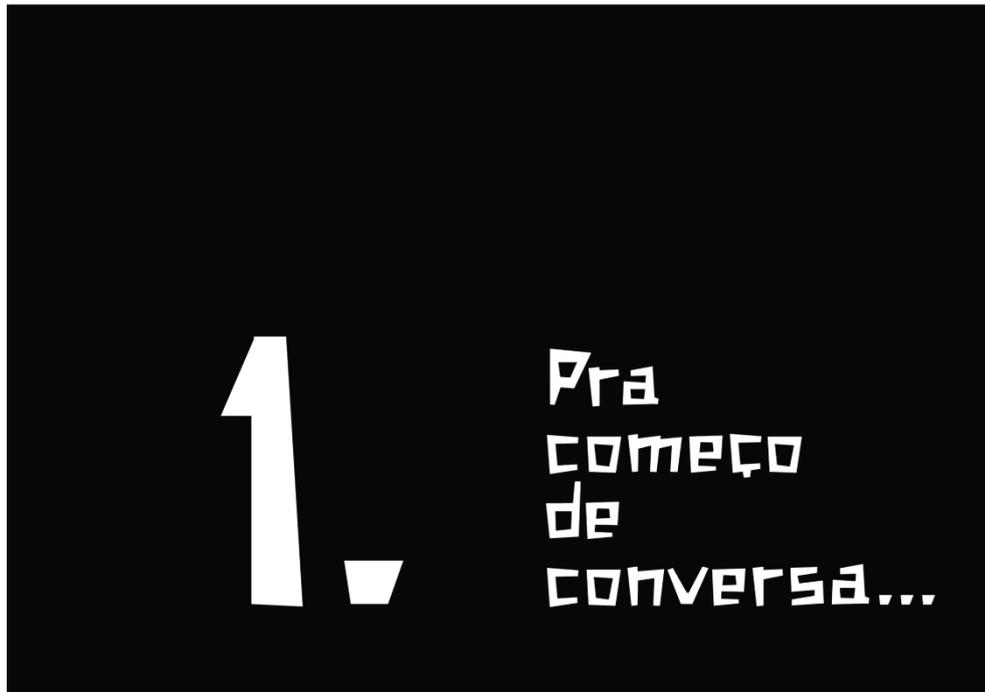
Em seguida, faz-se uma análise das diferenciações entre o exercício das funções maternas, paternas e parentais, passando por questões de gênero e sobre como esses aspectos influenciam nos casos e tipos de violência obstétrica, que são uma verdadeira violência de gênero, finalizando com orientações sobre a busca de apoio jurídico para os casos em que ocorre tal forma de violação de direitos.

Por fim, considerando o grande leque de material existente acerca das temáticas ora abordadas, ao final dos capítulos foi adicionada a seção *#saibamais.com*, com indicações de outras publicações e mídias produzidas a respeito dos temas discutidos em cada um deles, disponíveis *online*, em plataformas diversas.

Assim, fica o convite aos leitores e às leitoras para adentrar nesse universo e (re) descobrir os sentidos da gestação e do parto humanizado.

Carolina Castelo Branco de Melo
Novembro/2021

13



1. PRA COMEÇO DE CONVERSA...

Para falar de gravidez, parto humanizado e violência obstétrica, é muito importante começar trazendo algumas informações básicas sobre aspectos corporais que envolvem, especificamente, a adolescência e a puberdade, como menstruação, início da vida sexual e reprodutiva, formas de contracepção e infecções sexualmente transmissíveis.

Adolescência: um período de mudanças

A Constituição Federal brasileira trata sobre proteção a crianças, adolescentes e jovens no seu art. 227 (BRASIL, 1988), enquanto as legislações *infraconstitucionais* trataram de definir as idades e os direitos de cada uma dessas fases da vida.

Consta no art. 2º do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que *criança* é a pessoa até 12 anos de idade incompletos, enquanto *adolescente* é a aquela entre 12 e 18 anos de idade (BRASIL, 1990). Já o Estatuto da Juventude (Lei nº 12.852/2013) dispõe, em seu art. 1º, § 1º, que "são consideradas *jovens* as pessoas com idade entre 15 (quinze) e 29 (vinte e nove) anos de idade" (BRASIL, 2013). Essas leis têm como objetivo, além de definir as idades de cada fase da vida, trazer direitos e garantias assegurados a essas faixas etárias da população e, no caso do ECA, até mesmo as condutas que são consideradas sujeitas a medidas de proteção das crianças e de socioeducação dos/as adolescentes.

A juventude, portanto, seria um termo mais amplo, cuja legislação prevê diversos direitos e políticas públicas que se aplicam não só a adolescentes, mas aos adultos que, apesar de terem mais de 18 anos de idade, ainda são considerados como *jovens*.

Vê-se, portanto, que as definições da lei sobre adolescência e juventude são bastante objetivos, demarcando apenas a idade de quando começam e terminam tais fases. Todavia, é importante considerar que tais mudanças correspondem não apenas à idade legal da adolescência, mas a todo um conjunto de alterações biopsicológicas que esta fase da vida envolve.

Todavia, Sena (2021, n.p.) lembra que:

A adolescência não é uma fase de transição, apenas. É uma fase da vida. Ela tem início, meio e fim em si mesma. Ela não se justifica apenas por dar origem a um adulto. Ela é. Tem gente lá. Gente que precisa de palavras de afirmação, de gentileza, de amor, de humor, de portas e braços abertos.

Portanto, o/a adolescente deve ser respeitado/a pelo que é, não apenas por estar passando por uma fase de transição para a idade adulta. Assim, para além de delimitar o marco cronológico dessa etapa da vida, deve-se entender e informar as transformações ocorridas nela.

Esse período é marcado por muitas mudanças biológicas e emocionais, trazendo sentimentos ambivalentes, sobretudo pelo fato de encontrar dificuldades na busca de independência (COSTA; SENA; DIAS, 2011).

Pensando nisso, o Ministério da Saúde lançou, em 2013, a Caderneta de Saúde do/a Adolescente, distribuída nos postos de saúde públicos para fins de informar e incentivar as pessoas na faixa etária entre 10 e 19 anos sobre a importância de cuidar da saúde. Segundo consta na referida caderneta (BRASIL, 2013, p. 4):

Se você tem entre 10 e 19 anos de idade, está vivendo um tempo rico em descobertas e mudanças: a adolescência. Para curtir a vida e desenvolver todas as suas capacidades, você vai precisar de muita saúde. Lembra-se, aprender a cuidar de seu próprio bem-estar físico, emocional, psicológico, espiritual e social é um dos desafios mais importantes para uma vida saudável.

A publicação tem versões para *meninos e meninas*, as quais podem ser acessadas através de links constantes ao final deste capítulo.

Além de tais questões, a complexidade desse período da vida humana também ocorre em relação à sexualidade, conforme publicação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020, p. 32):

Na adolescência, a sexualidade se manifesta em diferentes e surpreendentes sensações corporais, em desejos ainda desconhecidos e em novas necessidades de relacionamento interpessoal, preocupação e curiosidade. Nesse contexto, valores, atitudes, hábitos e comportamentos estão em processo de formação e solidificação e, em determinadas conjunturas, podem tornar esse segmento populacional vulnerável.

Segundo Costa, Sena e Dias (2011, p. 184), "os adolescentes representam de 20 a 30% da população mundial, e no Brasil estima-se que essa proporção seja de 25%". O que se observa, de toda forma, é que, quando adolescentes e jovens têm acesso a conteúdos referentes à saúde sexual o mais cedo possível, melhor pode ser exercido o planejamento familiar e o planejamento sexual (BRASIL, 2010), facilitando a transição para a fase adulta.

D Tabu da menstruação

Chama-se de **puberdade** o início das transformações do corpo que preparam para a fase reprodutiva do ser humano, variando entre 09 e 13 anos de idade (AGUILAR *et al.*, 2014), de modo que pode acontecer ainda durante a infância. É nesse período que também costuma ocorrer a *menarca*, isto é, a *primeira menstruação espontânea* (BOUZAS; BRAGA; LÉAO, 2010).

A **menstruação** é um sangramento vaginal decorrente da descamação do endométrio, uma camada do útero, órgão do sistema genital feminino, cuja principal função é ajudar o corpo a expulsar um óvulo não fecundado. Costuma acontecer pela primeira vez na adolescência, por volta dos 12 anos de idade (CASTILHO; BARROS FILHO, 2000), repetindo-se periodicamente durante a vida adulta das mulheres.

Essa repetição periódica da menstruação é chamada de *ciclo menstrual*, o qual começa sua contagem no primeiro dia de sangramento. Não há consenso sobre o padrão normal de sua extensão durante a adolescência (BOUZAS; BRAGA; LÉAO, 2010), mas, na mulher adulta, tem duração média de 28 dias.

18

intuito de dirimir possíveis dúvidas e refletir sobre as formas de prevenir a ocorrência de gravidez sem planejamento, além do contágio por infecções sexualmente transmissíveis (ISTs).

O Estatuto da Juventude, inclusive, traz em seu art. 18, inciso III, como direito do jovem, a "inclusão de temas sobre questões étnicas, raciais, de deficiência, de orientação sexual, de gênero e de violência doméstica e sexual praticada contra a mulher na formação dos profissionais de educação, de saúde e de segurança pública e dos operadores do direito" e, no inciso VI, a "inclusão, nos conteúdos curriculares, de temas relacionados à sexualidade, respeitando a diversidade de valores e crenças" (BRASIL, 2013, n.p.).

Assim, faz-se importante reconhecer o fato de que jovens estão iniciando sua vida sexual cada vez mais cedo. O próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 2020) já admite tal realidade, quando se posiciona no sentido de que a sexualidade inclui diversos aspectos ligados à atividade sexual (sexo, identidades e papéis de gênero, orientação sexual, intimidade, dentre outros).

Contudo, desde 2013, esse posicionamento já era externado pelo referido órgão (BRASIL, 2013, p. 16):

Vale notar que a sexualidade é uma importante dimensão da vida, abrangendo aspectos biológicos, psicológicos, sociais, culturais e históricos. Não se restringe à meta reprodutiva, sendo constitutiva das relações amorosas e do laço afetivo entre as pessoas.

Por tal razão, pelo fato de que a atividade sexual não tem função apenas reprodutiva, conforme reconhece o próprio Ministério da Saúde, existem métodos chamados de *anticoncepcionais*, também classificados como *contraceptivos*, que podem ser utilizados para evitar a fecundação (AGUILAR *et al.*, 2014).

Além disso, também pelo fato de a atividade sexual não ter apenas função reprodutiva e não se dar apenas considerando a participação de um homem e de uma mulher na ação, ainda conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), alguns desses métodos são também *barreiras físicas* utilizadas para prevenir o contágio por infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). Até mesmo porque algumas delas podem impactar na gestação, no nascimento e, até, na amamentação, como ocorre com doenças como a sífilis, "uma infecção bacteriana sistêmica, crônica, curável e exclusiva do ser humano, [causada pela bactéria] *Trypanoma pallidum*" (BRASIL, 2020, p. 57) e a "AIDS - Síndrome da imunodeficiência adquirida, infecção causada pelo vírus HIV" (BRASIL, 2020, p. 187).

Em ambos os casos, seja para prevenir ISTs ou gravidezes não planejadas, existe o dever do Estado de promover e o direito de cidadãos e cidadãs a terem acesso a anticoncepcionais, cuja importância é respaldada pelos princípios de saúde pública.

Contracepção, planejamento familiar e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis

O Sistema Único de Saúde (SUS) é a rede prevista na Constituição da República Federativa do Brasil para cumprir as ações e serviços públicos de saúde, sendo direito de

20

A partir desse parâmetro, passa-se a observar o *período fértil*, isto é, aquele em que é possível a ocorrência da fecundação do óvulo pelo espermatozoide (AGUILAR *et al.*, 2014), o que pode ocorrer por meio de relação sexual (mesmo sem penetração, mas desde que haja ejaculação, isto é, liberação de sêmen - líquido que contém espermatozoides -, próximo à entrada da vagina) ou com auxílio da tecnologia, como a fertilização *in vitro*, na qual a fecundação de óvulo e espermatozoide ocorrem em laboratório, sendo inserido o ovo ou zigoto já fecundado no útero.

Os ciclos menstruais acontecem periodicamente, até a chegada da *menopausa*, a qual costuma ocorrer entre 45 e 55 anos de idade, "em que a redução da produção acarreta o fim gradual dos ciclos menstruais e do período fértil" (AGUILAR *et al.*, 2014, p. 566).

A menstruação, ao longo da História, tem sido associada à ideia de doença, apesar de isso não corresponder à realidade. Segundo Souza *et al.* (2017, p. 22):

Tem-se na nossa sociedade um controle rígido do corpo feminino e de suas funções básicas: menstruar, gestar, parir, ser. Empurram para a margem as nossas experiências, apagam a possibilidade de um conhecimento pleno e verdadeiro de nós e do nosso potencial. É muito comum associações da menstruação a algo ruim e até mesmo a uma doença.

Assim, apesar de estarmos na segunda década do Século XXI, a menstruação ainda pode ser considerada como um *tabu*, isto é, um assunto delicado nas famílias e nas instituições educacionais, talvez pelo fato de acontecer quando a *menina (ou pessoa com útero)* ainda é considerada, muitas vezes, uma criança, dado que, cada vez mais, a primeira menstruação tem ocorrido antes dos 12 anos.

Mas, mesmo com esse contorno cultural, não se pode esquecer que, biologicamente, a *menarca revela o marco inicial da capacidade reprodutiva da pessoa do sexo feminino*, pois é a partir de então que os órgãos sexuais da mulher e das demais pessoas com útero começam a liberar óvulos.

Por outro lado, não é muito usual se ouvir falar sobre o início da capacidade reprodutiva das pessoas do sexo masculino, isto é, dos *meninos e demais pessoas com sistema reprodutor masculino*. Todavia, é oportuno mencionar que tal capacidade também começa na puberdade, época em que os órgãos genitais masculinos começam a produzir espermatozoides (AGUILAR *et al.*, 2014).

De toda forma, em relação à chamada "vida sexual ativa", a Sociedade Brasileira de Pediatría (2018, p. 3) assim afirma:

A iniciação sexual é um evento que tende a ocorrer majoritariamente durante a adolescência, gerando necessidades específicas de educação para a sexualidade e contracepção nessa fase, além de esclarecimentos detalhados sobre as infecções sexualmente transmissíveis e a necessidade de sexo seguro.

Portanto, é de grande importância que, além de receber informações sobre o início da capacidade reprodutiva, adolescentes possam se subsidiar por princípios de educação sexual familiar e escolar, além de aconselhamento profissional no início da vida sexual ativa, no

19

todos e dever do Estado, conforme os artigos 196 e 198 da Constituição (BRASIL, 1988).

Entre suas diversas atribuições, contidas em diversos normativos brasileiros, nos interessa, no momento, saber que *o SUS tem obrigação de fornecer recursos educacionais e científicos para o exercício do planejamento familiar*, nos termos do art. 226, § 7º da Constituição Federal (BRASIL, 1988).

Regulamentando o referido dispositivo constitucional, foi editada a Lei nº 9.263/1996, segundo a qual o planejamento familiar é direito de todo cidadão, entendendo-se como tal "o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garante direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal" (BRASIL, 1996, n.p.). Tal lei também determina que o SUS deve oferecer, além de assistência à concepção e contracepção, atendimento pré-natal, assistência ao parto, ao pós-parto e ao recém-nascido, e controle das doenças sexualmente transmissíveis (BRASIL, 1996).

Assim, o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde que trata sobre *Saúde sexual e reprodutiva* prevê a oferta de métodos contraceptivos pelo SUS, sendo os principais (BRASIL, 2013):

- Preservativo masculino e feminino (camisinha);
- Diafragma;
- Pílula anticoncepcional oral;
- Anticoncepcional injetável ou subcutâneo;
- Dispositivo Intrauterino (DIU);
- Anticoncepção de emergência (pílula do dia seguinte).

Cada método acima é explicado com detalhes no referido Caderno, cujo link para acesso ao teor completo consta ao final deste capítulo.

A respeito da contracepção para adolescentes, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (2017, p. 15) posiciona-se da seguinte forma:

O aconselhamento contraceptivo para adolescentes deve ser holístico, levando em consideração aspectos da saúde reprodutiva e sexual e, assim, possibilitando a oferta de todos os métodos anticoncepcionais disponíveis. Nenhum método contraceptivo (com exceção dos métodos definitivos) deve ser contraindicado baseando-se unicamente na idade.

Como já mencionado, os métodos de contracepção que trazem uma barreira física para impossibilitar a fecundação também são eficazes para impedir a ocorrência de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), que são aquelas causadas por vírus, bactérias e/ou outros microrganismos, transmitidas por meio de contato sexual (oral, vaginal, anal) com uma pessoa que esteja infectada, sem o uso de preservativo (masculino ou feminino). O protocolo de atenção às ISTs do Sistema Único de Saúde (SUS) busca a saúde sexual centrada na pessoa com vida sexual ativa (BRASIL, 2020).

Não se usa mais o termo DST (doença sexualmente transmissível) porque doença

21

normalmente demonstra algum sintoma, mas uma pessoa pode estar com uma infecção assintomática. Assim, preferiu-se dar ênfase ao fato de que as relações sexuais podem não acarretar doenças sintomáticas, mas quase sempre causam infecções transmissíveis de uma pessoa a outra por meio da atividade sexual.

Como exemplo de ISTs, têm-se as infecções causadas por vírus (HPV, herpes genital, HIV/AIDS, hepatite C), bactérias (gonorréia, sífilis, clamídia), protozoários (tricomônase), dentre outras (AGUILAR *et al.*, 2014).

A orientação geral do SUS é no sentido de que seja realizada a **dupla proteção**, isto é, dois métodos contraceptivos em conjunto, a fim de diminuir o risco de ocorrência de gravidez não planejada e, ao mesmo tempo, de infecções sexualmente transmissíveis (BRASIL, 2013). Esta também é a orientação da Sociedade Brasileira de Pediatria (2018, p. 11) em relação a adolescentes:

[...] Todos os adolescentes têm direito de obter informações adequadas sobre o uso de contraceptivos e preservativos e a escolherem o método que lhes é mais adequado. A proteção contra IST é obtida pelo uso de preservativos, que também evitam gestação não planejada. Os demais métodos apenas evitam gravidez. Portanto, a orientação na adolescência, em todas as consultas, deve ser a **DUPLA PROTEÇÃO**.

Há de se supor que a própria Sociedade Brasileira de Pediatria (2018), entidade de classe, representativa, técnica e política, entende que a informação é necessária, haja vista o início da vida sexual na adolescência, e sinaliza para a eventualidade da gravidez não planejada em tal contexto, como também das formas de proteção contra as ISTs.

Além disso, é importante mencionar o disposto nas Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010, p. 82-83), quando enfatiza:

As políticas e ações em saúde sexual e saúde reprodutiva, voltadas para adolescentes e jovens, devem considerar que a separação dos papéis de gênero repercute negativamente tanto sobre as mulheres quanto sobre os homens, pois as decisões e as escolhas no campo da sexualidade, exigem a participação ativa e integrada dos parceiros, baseada no respeito e no consentimento mútuos e na divisão de responsabilidades sobre os comportamentos sexuais e suas consequências [...].

O Ministério da Saúde, portanto, entende que há responsabilidade mútua das pessoas diante das circunstâncias voltadas para a vida sexual, seja mulher e/ou homem, como também precavida o entendimento da vida sexual como fase natural e normal do processo existencial da vida.

Por fim, é fundamental lembrar que: a) adolescentes têm direito ao **sigilo profissional**, previsto no art. 74 do Código de Ética Médica (Conselho Federal de Medicina, 2019); b) a especialidade médica mais adequada às crianças é a **pediatria**, enquanto a especialidade da Medicina que cuida da saúde de adolescentes e jovens é a **hebiatria**. Mas, no âmbito do SUS, os profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família também são capacitados para

atender o público jovem, sendo tais prerrogativas reafirmadas no art. 20, inciso VI do Estatuto da Juventude (BRASIL, 2013).



• **Adolescência:**
Site Adolescência

• **Caderneta de saúde do(a) adolescente:**
Caderneta de Saúde Feminina
Caderneta de Saúde Masculina

• **Anticoncepção na adolescência:**
Anticoncepção na Adolescência
Anticoncepção para Adolescentes

• **Saúde sexual e reprodutiva:**
Saúde Sexual e Reprodutiva

• **Diretrizes de atenção à saúde de adolescentes e jovens:**
Diretrizes nacionais de atenção integral à saúde de adolescentes e jovens

• **Protocolo de atenção integral às pessoas com ISTs:**
Protocolo de atenção integral às pessoas com ISTs

Instagram:

@saudealice (Primeira menstruação e ciclos femininos)

@ginecologiamatural (Perfil de Biel Saide, médica ginecologista)

@medicodejovens (Perfil de Felipe Fortes, médico hebiatra)

@fertilidadepositiva (Fertilidade, infertilidade, contracepção e concepção natural)

@saidsbu (Departamento de Doenças Crônicas e IST - Governo Federal)

Filmes e séries:

- Absorvendo o tabu (Netflix)
- Clube dos cinco (YouTube)
- Explicando... o sexo (Netflix)
- Sex education (Netflix)
- A sexualidade feminina (Globo-play)
- Juno (Amazon Prime Video)
- Big Mouth (Netflix)

22

23





2. O AUTO DA BARRIGUDA

Relembrados os aspectos referentes às mudanças biopsicológicas da adolescência, passa a ser importante falar sobre a preparação do corpo humano para conceber uma gestação.

É importante ter em mente que gerar uma criança é uma grande responsabilidade, por isso, entender o funcionamento do próprio corpo, as formas de evitar gestações não planejadas e proteger a própria saúde são conhecimentos essenciais para todas as pessoas, de todos os gêneros.

A questão da *gravidez precoce* é uma preocupação que considera desde a fase da infância, pois a gravidez na adolescência, na verdade, inclui o período etário entre os 10 e os 19 anos (COSTA; SENJA; DIAS, 2011). O termo "gravidez precoce" corresponde ao acontecimento antecipado na vida de uma pessoa, muitas vezes, quando o corpo e a mente não estão suficientemente preparados para gerar e/ou cuidar de um novo ser humano, o que acaba acontecendo, na maior parte dos casos, sem o devido planejamento.

Apesar de existirem casos em que a gestação é desejada e planejada mesmo por adolescentes, o fato é que profissionais de saúde, a exemplo de médicos/as pediatras, observam as possíveis consequências negativas de uma gestação não programada, alertando que a Organização Mundial da Saúde divulga que "mães adolescentes têm maior risco de eclâmpsia, infecções puerperais, de terem filhos com baixo peso ao nascer, parto pré-termo, morte neonatal [...] (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2018, p. 4).

Parto pré-termo significa que aconteceu antes do tempo esperado, enquanto morte neonatal significa morte do recém-nascido. Já "eclâmpsia, pré-eclâmpsia [são um] conjunto de alterações da pressão sanguínea e de outros parâmetros fisiológicos da mãe, que podem ocorrer na gravidez ou no parto, tornando-o mais propenso a riscos para a mãe e o bebê" (DINIZ; DUARTE, 2004, p. 162). Infecções puerperais são as que ocorrem no puerpério, o qual se inicia "uma a duas horas após a saída da placenta e tem seu término imprevisível, pois enquanto a mulher amamentar ela estará sofrendo modificações da gestação (lactância), não retornando seus ciclos menstruais completamente à normalidade" (BRASIL, 2001, p. 175). Todas essas situações podem ocorrer na gestação precoce, por isso a preocupação apresentada por pediatras.

No Brasil, a taxa de mortalidade causada por questões ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério é muito alta em adolescentes, representando 16,4% do total de óbitos maternos, em 2004 (BRASIL, 2010). Há, também, a preocupação governamental ligada a aspectos socioeconômicos, conforme consta na seguinte publicação do Governo Federal:

Em geral, a gravidez na adolescência tem sido considerada situação de risco e elemento desestruturador da vida de adolescentes, assim como elemento determinante na reprodução do ciclo de pobreza das populações, ao colocar impedimentos na continuidade dos estudos e no acesso ao mercado de trabalho, sobretudo entre as adolescentes (BRASIL, 2021, p. 66).

27

A importância do assunto também se denota na esfera educacional, tanto que o livro didático de Biologia utilizado no IFPB, da coleção *Ser protagonista*, sugere, ao final da Parte I de seu volume único, a realização do projeto "*Gravidez na adolescência*", para promover um debate "sobre as consequências da maternidade ou da paternidade precoces" (AGUILAR *et al.*, 2014, p. 294).

Ainda que, cultural e socialmente, não seja considerado o momento ideal para engravidar, a gravidez na adolescência é um fato muito comum no Brasil. Segundo o Programa "Adolescência primeiro, gravidez depois", do Governo Federal, nosso país tem a maior taxa de mães adolescentes da América Latina (BRASIL, 2020).

Dados como esses podem assustar um pouco, por isso que, quando se passa a vivenciar o universo do parto e do nascimento respeitosos, a tendência é a vontade de repassar para as demais pessoas, de todas as idades, inclusive adolescentes e jovens, sobre a importância de se informar sobre o processo que envolve a maneira mais natural possível de gestar, parir, nascer e amamentar.

A adolescência parece ser um bom momento para estudar essas questões, tanto porque o funcionamento do corpo e a reprodução humana constam no currículo do Ensino Médio, como pelo fato de adolescentes e jovens estarem vivenciando no corpo e na mente as transformações que envolvem a transição para a vida adulta e, com esta, a sexualidade, o que envolve necessidade de planejamento sexual e familiar.

A Base Nacional Curricular Comum (BNCC) do Ensino Médio, prevista na Lei de Diretrizes e Bases, instituída pela Resolução nº 2, de 22 de dezembro de 2017, do Conselho Nacional de Educação, traz os temas sexualidade e reprodução quando trata das Ciências da Natureza (Biologia) (BRASIL, 2020).

De toda forma, acontecendo ou não no momento planejado, o Ministério da Saúde possui diversas publicações que incentivam o atendimento respeitoso, desde o pré-natal, com diretrizes anteriores à homologação da atual BNCC, como "Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher" (BRASIL, 2001), "Programa Humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento" (BRASIL, 2002), e "Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal" (BRASIL, 2017).

Assim, apesar de ser uma situação diferenciada que necessita de acompanhamento, a gravidez na adolescência não é em si mesma um risco, sendo possível, portanto, a ocorrência de parto *normal*, se essa for a escolha da gestante adolescente, devendo ser estudada a fisiologia do nascimento para quebrar alguns mitos como, por exemplo, o de que não há estrutura corporal adequada para a "passagem" do bebê nessa idade.

Fisiologia do nascimento: entendendo o "parto humanizado"

Os livros didáticos de Biologia do Ensino Médio costumam ser bem detalhados em relação a explicações de desenvolvimento biológico do feto na gestação. Todavia, acabam não trazendo muita informação em relação ao funcionamento do corpo gestante, aos estágios do trabalho de parto e ao nascimento fisiológico.

28

Por incrível que pareça, esse processo também não costuma ser discutido durante o pré-natal tradicional, que vê o corpo grávido como frágil, ou mesmo no âmbito das famílias, pois muito do conhecimento sobre o assunto foi se perdendo quando o uso de recursos tecnológicos em demasia foi incorporado ao universo do parto (DINIZ; DUARTE, 2004).

Isso aconteceu por volta do ano de 1940, pois, até então, os partos eram realizados nos domicílios, com o auxílio das parteras, mas, a partir de tal década, a maioria dos partos passou a acontecer em ambiente hospitalar, o que, na época, foi um ganho em relação à diminuição da mortalidade materna e neonatal, isto é, infantil (RATTER, 2009).

Todavia, mesmo com essa diminuição, a taxa brasileira de mortes de mães e bebês, apesar de estável, ainda continuou muito alta, mesmo com todo aparato tecnológico, passando-se então a investigar se não seria essa forma mecanizada, e posteriormente mercantil, de atender partos e nascimentos que estaria influenciando nessa questão, já que um dos componentes de qualidade da assistência em saúde tem a ver com a relação interpessoal, trazendo necessidade de a técnica ser associada ao conceito de humanização (RATTNER, 2009).

Assim, com o intuito de resgatar o protagonismo da mulher na cena do parto, isto é, a gestante como principal pessoa desse cenário, surgiu o Movimento da Humanização do Parto no Brasil. Esse movimento corresponde ao Movimento do Parto Ativo na Inglaterra, iniciado em Londres, no ano de 1982, com o "Manifesto pelo Parto Ativo", sendo Janet Balaskas uma das principais ativistas (BALASKAS, 2015).

Como marca de tal movimento, Janet Balaskas escreveu o livro chamado "Parto Ativo: um guia prático para o parto natural", em que ela própria afirma:

O Parto Ativo não é uma novidade, é simplesmente um modo conveniente de descrever um trabalho de parto e um parto normal, o modo como uma parturiente se comporta quando segue seus próprios instintos e a lógica fisiológica do seu corpo (BALASKAS, 2015, p. 47).

Este manual traz inúmeras contribuições ao Movimento da Humanização no Brasil, pois descreve detalhadamente o trabalho de parto em uma perspectiva ativa, no qual a gestante tem papel central. Entender cada alteração ocorrida no corpo durante esse momento tão intenso ajuda a pessoa grávida a ser protagonista e realmente a responsável por fazer o seu próprio parto, ainda que esteja sendo assistida por equipe de profissionais de saúde.

O Movimento pela Humanização do Parto e do Nascimento, ou apenas "Humanização", iniciado em 1993 na cidade de Campinas/SP (RATTNER; TRENCH, 2005), tem sido um dos meios para divulgar, encorajar e exigir que as escolhas da mulher sejam respeitadas no que concerne ao seu processo de gestar, parir e amamentar, isto é, exigindo o devido respeito à mulher e, mais recentemente, das demais pessoas com útero, em todo o seu ciclo de gravidez, parto e pós-parto.

Em 2016, a expressão que remete à "humanização" foi incorporada ao Estatuto da Criança e do Adolescente em alteração feita nessa lei, que agora fala sobre "atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde" (BRASIL, 1990, n.p.).

29

De toda forma, não existe apenas um tipo de "parto humanizado", sendo esse entendido como aquele que é assistido de maneira respeitosa, "sem intervenções desnecessárias e no qual a parturiente e seu filho são o centro do evento" (KNOBEL, 2020, p. 37).

O "parto humanizado", portanto, seria o correspondente do "parto ativo", mas ambos, na realidade, poderiam ser chamados apenas de *parto respeitoso*, isto é, aquele realizado com atenção às boas práticas, comprovadas por meio de evidências científicas. Vê-se, então, que "parto humanizado" nem sempre será sinônimo de parto vaginal/normal, nem precisa ser realizado em casa ou mesmo em uma banheira com água, mas sempre deve ter significado de atendimento respeitoso.

De toda forma, permitir que o corpo trabalhe para que, sempre que possível, aconteça o parto "normal", já pode ser considerada uma forma de respeito, pois essa é a forma mais natural de nascer, tanto que essa via de nascimento é também chamada de *parto fisiológico*, justamente por respeitar a fisiologia, isto é, o funcionamento normal ou esperado do corpo gestante, cujas especificidades serão abordadas a seguir.

D corpo grávida: como acontece todo esse processo?

Diante do exposto nas seções anteriores, faz-se necessário explicar mais didaticamente tal processo.

Registre-se que tudo começa com uma **relação sexual sem utilização de métodos contraceptivos**. A liberação do sêmen, líquido com espermatozoides, possibilita a fecundação quando um deles encontra o óvulo, ainda nas tubas uterinas, formando a célula-ovo ou zigoto (AGUILAR *et al.*, 2014). Depois, transforma-se em embrião e se desloca até o interior do útero, onde se fixará e começará a se desenvolver (REBERTE, 2008).

A partir de então, uma série de mudanças irá acontecer em virtude de diversos *hormônios* que serão liberados no corpo grávido, a fim de possibilitar os processos de gestação, parto e nascimento, bem como da amamentação.

Na verdade, a *questão hormonal* é importante desde a fase da puberdade, quando começam a ser liberados os hormônios reprodutivos ou sexuais, que "controlam a fisiologia reprodutiva e, em certa medida, o comportamento sexual" (AGUILAR *et al.*, 2014, p. 566).

Na gestação não é muito diferente, pois os hormônios têm uma participação essencial na formação do novo ser humano, tanto que um órgão surge no corpo grávido, dentro do útero: a **placenta**, formada durante o começo da gestação e responsável por suprir sangue, nutrientes e oxigênio para o bebê (DINIZ; DUARTE, 2004).

Surge a placenta no útero

O útero é o órgão do sistema reprodutor da mulher e das demais pessoas designadas como do sexo feminino quando de seu nascimento. Tem formato parecido com uma pera invertida (AGUILAR *et al.*, 2014) e seu tamanho médio é de 7,5 cm de comprimento por 5 cm de largura (SANTOS, 2021). Porém, "durante a gravidez, o útero vai se expandindo

30

Respostas fisiológicas da gestação

A contagem da gestação é feita em *semanas*, sendo convencionalmente como padrão médio o período de 40 semanas (o que daria 09 meses completos). Mas, entre 37 e 42 semanas de duração, a gestação é considerada "a termo", ou seja, tempo normal ou esperado de duração, possibilitando, inclusive, o parto normal, conforme as Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal do SUS (BRASIL, 2017).

Todo o processo biológico do início da gravidez é muito intenso no corpo grávido, pois, em meio a toda essa produção hormonal e até mesmo formação de um novo órgão (placenta) para suprir as necessidades de nutrição e respiração dessa nova vida, a célula-ovo transforma-se em *embrião*, sendo assim chamado até a 8ª semana de gestação, quando ocorre a formação da maioria dos órgãos do novo ser (AGUILAR *et al.*, 2014). Por isso, é muito comum que existam sintomas como enjoos, dores nas mamas e sono, principalmente nessas primeiras semanas.

A partir da 9ª semana até o nascimento, o embrião passa a ser chamado de *feto*, quando começa a crescer rapidamente e completar o desenvolvimento de todos os órgãos humanos (AGUILAR *et al.*, 2014). Neste momento, é importante que seja iniciado o *pré-natal*, caso não se tenha buscado assistência profissional ainda, para acompanhar o desenvolvimento da gestação e possibilitar uma assistência adequada ao parto e ao pós-parto (BRASIL, 2018).

Pré-natal: momento de cuidado e informação

Pré-natal é o acompanhamento da gestação, sendo direito de toda pessoa gestante receber atendimento, desde o início da gravidez, no SUS, o qual pode ser feito pela equipe médica e/ou de enfermagem, individualmente e/ou por meio de grupo de gestantes.

O "Programa Humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento", instituído em 2000, determina o direito à realização de, pelo menos, seis consultas durante a gravidez para verificação da saúde da gestante e do feto, medição de pressão arterial, de massa corporal, além da realização de diversos exames laboratoriais para testagem do tipo sanguíneo, de infecções sexualmente transmissíveis que possam impactar na gestação, bem como disponibilização de vacina antitetânica, dentre outros (BRASIL, 2002).

É importante que também sejam feitos exames de ultrassonografia, por meio do qual se pode ver imagem interna do útero através do aparelho de ultrassom e verificar o número de fetos, seu crescimento, posição, formação de seus órgãos, posição da placenta, enfim, acompanhar mais detalhes da gravidez (AGUILAR *et al.*, 2014).

O acompanhamento por outros profissionais de saúde como nutricionista, fisioterapeuta, profissional de educação física, dentista, psicólogo/a, faz parte do pré-natal, considerando as alterações que a gestação acarreta em todo o corpo, sendo ofertado inclusive na Atenção Básica do SUS, quando necessário, conforme prevê a Caderneta da gestante (BRASIL, 2018).

A constituição da equipe de saúde para assistência durante o pré-natal é, pois, um direito, e alguns detalhes sobre os profissionais que a compõem serão discutidos adiante.

32

gradualmente devido ao crescimento do feto" e, no caso de "gravidez múltipla, o útero pode abrigar dois ou mais bebês" (AGUILAR *et al.*, 2014, p. 185).

Após a fecundação, o zigoto fixa-se na parede uterina e, a partir de então, começam a se formar estruturas gestacionais, a exemplo do saco gestacional, que abriga o embrião e depois se transforma em bolsa amniótica (ou "bolsa das águas"). Esta envolve o bebê e o mantém no meio líquido, interligando-se por meio de artérias e veias umbilicais ao novo órgão que surge dentro do útero humano: a **placenta** (AGUILAR *et al.*, 2014).

Através da atividade da placenta, começa a ser liberado o hormônio HCG (*gonadotrofina coriônica*), que aumenta expressivamente a cada dia a partir da fecundação. Sua função principal é assegurar a produção de *progesterona*, outro hormônio, que faz com que o endométrio não descama e o embrião se mantenha no útero, inibindo a menstruação:

A progesterona prepara o corpo para a gravidez, estimulando alterações na mucosa uterina que permitirão a fixação e o desenvolvimento do embrião. Ela é a principal responsável pela continuidade da gravidez e inibe as contrações uterinas, o trabalho de parto e a lactação (AGUILAR *et al.*, 2014, p. 566).

Por isso que, além do famoso sinal de "atraso menstrual", a certeza de gravidez pode ser obtida através de realização de exame no sangue ou na urina que detecta alta quantidade do hormônio HCG no corpo, já que ele é característico da gravidez (AGUILAR *et al.*, 2014).

A partir do terceiro mês de gestação, também aumenta a quantidade do hormônio *estrogênio*, responsável por estimular "a maturação do sistema genital feminino e o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários" (AGUILAR *et al.*, 2014, p. 566).

Além de suas funções biológicas de produzir hormônios e de ser responsável pela passagem de nutrientes e oxigênio para o bebê, a placenta tem um significado muito importante e antigo, que o Movimento da Humanização vem tentando resgatar: o seu uso *terapêutico*, cuja origem remonta à América do Sul, China e Europa Oriental, onde até hoje se fabricam e comercializam remédios derivados de placenta nas farmácias (ENNING, 2016).

O uso medicinal da placenta tem sido estudado em virtude dos relatos de efeitos positivos no pós-parto. Porém, no Brasil, por conta de mais um tabu que ronda a questão da gravidez e do parto, esse assunto tem ficado mais na esfera da vida privada daqueles que optam por utilizar os benefícios da placenta, as quais procuram serviços de transformação desse órgão em cápsulas e/ou tinturas, feitos normalmente por enfermeiras e doulas. Ainda segundo Enning (2016, p. 33):

No mundo inteiro, geração após geração, vem sendo reproduzida a noção de como ingerir a placenta favorece o resguardo da mãe. As mulheres que tomam remédios de placenta após o parto sentem-se mais fortes, mais alegres e amamentam com mais facilidade [...].

Durante toda a gravidez, a placenta tem o papel essencial de levar nutrientes e oxigênio para o feto, permitindo o seu desenvolvimento, conforme veremos a seguir.

31

Profissionais de assistência ao parto

As equipes tradicionais de assistência ao parto do sistema suplementar de saúde (particular ou plano de saúde) costumam ter apenas médico/a obstetra, médico/a anestesiologista e médico/a pediatra.

Já as equipes de assistência ao parto e ao nascimento, no contexto do "parto humanizado", tendem a ser compostas por diversos profissionais de saúde. Além dos/as médicos/as acima, também podem fazer parte: enfermeira/o, obstetra e neonatal, obstetrix, parteira, fisioterapeuta, profissional de educação física, nutricionista, psicólogo/a, doula e sororgeratas.

No âmbito do SUS, a equipe da atenção básica tem como fundamento (item 1, inciso II) e característica (item 4, inciso V), expressamente, o trabalho **multiprofissional interdisciplinar**, conforme Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2017). No atendimento à Saúde da Família, o que inclui também o pré-natal, o serviço público conta, além dos profissionais acima, com Agentes Comunitários de Saúde, Técnicos ou Auxiliares de Enfermagem e Dentistas e Técnicos ou Auxiliares de Saúde Bucal (BRASIL, 2017).

Na esfera particular, tais profissionais podem atuar como autônomos, em equipe ou por meio de parcerias. A atuação *multidisciplinar* em saúde ocorre quando o paciente é atendido por profissionais diversos, de maneira independente, ou seja, sem um trabalho unificado em equipe. Quando os profissionais de saúde atuam integrados entre si, têm-se o atendimento *interdisciplinar* (este é o modelo preconizado pelo SUS). Já quando o atendimento é *transdisciplinar*, ele vai além da integração das especialidades em saúde, englobando conhecimentos culturais e sociais humanos (SANAR SAÚDE, 2019).

O atendimento de profissionais de assistência ao parto também pode ocorrer de forma **coletiva**. Tem crescido, tanto no SUS como por meio de iniciativas particulares de equipes ou coletivos de profissionais de saúde, o atendimento às pessoas por meio de *pré-natal coletivo*. Nesse formato, o pré-natal envolve atendimento de pessoas com gravidez de risco habitual (também chamado de "baixo risco"), ocasião em que são reunidas para atendimentos em grupo por profissionais de Medicina, Enfermagem, Nutrição, Psicologia, Fisioterapia, Educação Física e/ou Doulagem, indo além de exames clínicos, pois ocorrem rodas de conversa e, até mesmo, momentos de espiritualidade, denotando uma atuação transdisciplinar desses profissionais.

Doutoras e obstetrixas

A Obstetrixia é a área das ciências da saúde que estuda a reprodução humana e os cuidados no ciclo gravídico-puerperal, isto é, gestação, parto e pós-parto. O termo tem origem na palavra latina *obstetrix*, do verbo *obstare*, que significa "ficar ao lado de" (PORTAL BOLSAS DE ESTUDO, 2018).

Quando se fala em obstetrixia, a tendência é imaginar apenas profissionais da Medicina capacitados na especialidade "Ginecologia e Obstetrixia", já que se trata da área de atuação nos cuidados com as pessoas gestantes. Contudo, essa área está associada a outras profissões,

33

além da *médica ginecologista e obstetra*, que tradicionalmente acompanha a gravidez e o parto no sistema de saúde brasileiro.

Temos também a *enfermeira obstetra*, que é a profissional de saúde com formação em Enfermagem e especialização na área de Obstetrícia, assim como a *obstetra*, que é aquela com formação no curso superior em Obstetrícia, atualmente só oferecido na Universidade de São Paulo (USP).

As funções da *obstetra* são muito parecidas com as da *enfermeira obstetra*, tanto que ambos/as podem prestar assistência ao parto normal de risco habitual e atendimento ao bebê logo após o parto, nos termos das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (BRASIL, 2017), sendo chamadas em algumas regiões de "parteras urbanas".

Não podem, por outro lado, prestar atendimento de alto risco e realizar cirurgias cesarianas, que são procedimentos cirúrgicos realizados para viabilizar o parto, quando não é possível que ocorra via vaginal, atribuição conferida apenas a pessoas com formação em Medicina. Todavia, em virtude de sua formação, enfermeiras/os obstetras podem atuar conjuntamente aos médicos/as, no caso de realização de cirurgias, não sendo o mesmo permitido à *obstetra* pela legislação.

Referidas Diretrizes de assistência ao parto normal recomendam que:

Gestores de saúde proporcionem condições para a implementação de modelo de assistência que inclua a enfermeira obstétrica e obstetra na assistência ao parto de baixo risco por apresentar vantagens em relação à redução de intervenções e maior satisfação das mulheres (BRASIL, 2017, p. 15).

No contexto atual de assistência ao parto normal no Brasil, vem crescendo a atuação de enfermeiras/os obstetras e de obstetras, sobretudo, em virtude da procura pelos *Centros de Parto Normal*, locais em que o atendimento é feito apenas por esse tipo de profissional, assim como o *parto domiciliar*, que, por ser indicado para gestações de risco habitual, também pode ser atendido apenas por enfermeiras/os obstetras e obstetras, sem a necessidade de acompanhamento de pessoa que exerça a Medicina nesses locais de parto, apesar de ser comum que um/a médico/a fique disponível para atendimentos de urgências que não puderem ser atendidos por profissionais da Enfermagem ou da Obstetrícia, nos termos da legislação brasileira.

Enfermagem neonatal e pediatria

A/o enfermeira/o neonatal, formada/o em Enfermagem, é aquela pessoa que se especializa em atendimento aos bebês recém-nascidos. Já a/o médica/o pediatra é aquela pessoa formada em Medicina, com especialização em pediatria, área destinada ao atendimento de bebês e crianças.

A presença de tais profissionais não é obrigatória no momento do nascimento, no modelo de assistência ao parto normal brasileiro, pois o primeiro atendimento pode ser feito por qualquer profissional da Medicina, da Enfermagem ou da Obstetrícia. Porém, as Diretrizes

34

nacionais referidas acima recomendam a presença de profissional treinado em reanimação do bebê, caso não tenha um especialista em neonatologia ou pediatria no local do parto (BRASIL, 2017).

De toda forma, durante o acompanhamento obstétrico, é sugerido que seja realizada, ainda na gestação, uma consulta com profissional da pediatria, a fim de que sejam repassadas as primeiras recomendações referentes ao recém-nascido. As equipes que contêm diversos profissionais de saúde costumam organizar um momento para orientações sobre os primeiros cuidados com o bebê ainda no pré-natal.

Doula

Doula é a pessoa que se capacita para atuar no apoio informacional, físico e emocional da mulher e de qualquer pessoa que gesta, durante a gravidez, parto, puerpério e em situações de abortamento. Há bem pouco tempo, apenas eram aceitas *mulheres* nos cursos formadores de doulas, porém, nos últimos anos, vêm sendo aceitas pessoas com identidades de gênero diversas (mulheres e/ou homens, cisgênero ou transgênero). Por atuarem no cenário do *parto humanizado*, são também conhecidas como "doulas da Humanização".

Não é necessário curso superior para se capacitar como doula, que é feita por meio de cursos livres de formação, mas que seguem a Medicina Baseada em Evidências. Sua atividade está contida no segmento de saúde da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO 3221-35), desde 31 de janeiro de 2013 (SOUZA, 2018). Como visto acima, exige-se curso específico de formação para a categoria, que ainda não é reconhecida oficialmente como profissão, mas há o Projeto de Lei nº 8.363, de 2017, em trâmite na Câmara dos Deputados com essa finalidade (BRASIL, 2017).

Atualmente, a doula não tem apenas a função de acompanhar pessoas grávidas durante o trabalho de parto, pois exercem, além do "suporte físico, emocional e afetivo" (DINIZ; DUARTE, 2004, p. 83) durante a gestação, parto e pós-parto, uma função muito importante no *ativismo* pelo parto respeitoso e adoção de boas práticas por todos os tipos de profissionais de saúde que atuam no cenário do parto e do nascimento.

Junto às lideranças políticas e procurando proximidade com os legisladores, doulas e movimentos de mulheres têm papel fundamental na edição das leis que permitem seu acesso às maternidades, para atendimento às gestantes, porém, sem contar com o acompanhante legal (FARIAS; MELO, 2017), que também é assegurado pela legislação federal - Lei nº 11.108/2005 (BRASIL, 2005).

Apesar de não poder realizar procedimentos médicos nem exames, a doula pode utilizar recursos não farmacológicos e não invasivos para alívio da dor durante o trabalho de parto, parto e pós-parto.

Sua atuação está prevista tanto no guia prático de assistência ao parto normal da Organização Mundial da Saúde, como na publicação sobre parto, aborto e puerpério do Ministério da Saúde, segundo os quais a presença da doula no parto demonstra baixo índice de morbidade e mortalidade materna e neonatal (DINIZ; DUARTE, 2004). O apoio físico e

35

emocional da doula também está previsto nas Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (BRASIL, 2017).

Alguns Municípios e Estados do Brasil incluíram as doulas na estrutura das maternidades e centros de parto normal públicos, inclusive até realizarem cursos de formação para mulheres interessadas nessa atuação, quando voluntárias, denominando-as de *doulas comunitárias*. Contudo, é importante ressaltar que a função exercida é a mesma.

Além da atuação prática na assistência ao parto, tem sido essencial o papel de doulas, assim como de parteras, nas chamadas redes sociais, por meio das quais tais profissionais conseguem chegar a pessoas de variadas regiões, classes sociais e etnias do Brasil (e do mundo) com as informações mais recentes e atualizadas acerca das melhores recomendações para o parto e nascimento (SOUZA, 2018).

Parteras e sororgeristas

A atuação das parteras também tem como base a assistência respeitosa à pessoa grávida no seu processo de gestar e parir, mesmo que não se considerem como parte do "Movimento da Humanização".

As parteras são mulheres que tradicionalmente atuavam assistindo partos em suas localidades, especialmente na época em que não havia ou eram poucas as instituições como hospitais e maternidades.

O Ministério da Saúde, então, visando atuar na capacitação da *partera tradicional*, bem como permitir a troca de experiência, além de valorização desse momento da vida de uma mulher, criou o programa "Trabalhando com Parteras", o qual deu origem ao documento "Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteras tradicionais" (BRASIL, 2010). Destinado aos profissionais de saúde da área técnica, sua função é de capacitar as parteras para atuação também com base nos princípios da humanização.

Foi publicado, ainda, o *Livro da partera tradicional* e, conforme consta na publicação:

Este livro faz parte do investimento do Ministério da Saúde em reconhecer e valorizar o trabalho das parteras tradicionais com sua sabedoria capaz de perceber o caráter familiar e íntimo do nascimento, nas diferentes regiões brasileiras. Não estão contidos assuntos relacionados à gravidez, parto, resguardo, aborto e cuidados com o bebê, temas que fazem parte do seu dia a dia (BRASIL, 2012, p. 9).

Importante mencionar, por outro lado, que tal inclusão e capacitação dessas mulheres acabaram popularizando a *partera tradicional* para uma parcela da população brasileira que não mora nem em comunidades tradicionais e nem distantes de grandes centros urbanos.

Um dos expoentes da *Tradição* é o Cais do Parto - Centro Ativo de Integração do Ser, uma organização não governamental fundada em 1991 em Olinda, Pernambuco, a qual tem como fundamentos a reforma sanitária, os direitos humanos, os direitos reprodutivos e o desenvolvimento sustentável, atuando nas áreas de saúde, gênero, cidadania, educação, ecologia e cultura (CARVALHO, 2020).

36

Além de apoiar as parteras, o Cais do Parto costumava realizar cursos para formação de *Doulas na Tradição*, denominação que era utilizada para se referir às mulheres com formação específica para acompanhar gestantes, auxiliando as parteras tradicionais na assistência ao parto, sendo que os cursos mais recentes, com essa nomenclatura, foram anunciados na página do Cais do Parto na rede social Facebook no ano de 2019 (CAIS BR, 2019).

Todavia, no ano 2020, por meio da Escola de Saberes, Cultura e Tradição Ancestral (ESCTA), o Cais do Parto passou a divulgar a formação de *sororgeristas*, que significa "irmã maior" daquela que gesta (CAISINTERNACIONAL, 2020), forma como a entidade passou a chamar as "doulas na tradição".

O novo termo começou a ser usado para diferenciar a atuação dessas mulheres do papel da "doula da Humanização", pois a *sororgerista* atua com base em conhecimentos tradicionais, não seguindo necessariamente a medicina baseada em evidências (MBE), e comumente são aceitas apenas mulheres cisgênero em sua capacitação.

As sororgeristas têm função diferente das parteras, mas similar à atuação da doula "da Humanização", isto é, apoio à mulher na gestação e trabalho de parto, porém, pautam-se com base mais nos conhecimentos tradicionais do que nas evidências científicas.

De toda forma, fica evidente que as parteras não têm a mesma função no parto que as doulas e as sororgeristas. Enquanto estas são assistentes capacitadas para auxiliar a *pessoa grávida* em seu trabalho de parto, as parteras atuam diretamente na função de assistência ao parto, podendo realizar alguns exames que não são permitidos a doulas e sororgeristas (como o toque vaginal). Porém, as parteras e as sororgeristas atuam com base em conhecimentos tradicionais - *culturais e ancestrais*, e não necessariamente na Medicina baseada em evidências.

Na prática, o que se observa é que, apesar de reconhecidas pelo Ministério da Saúde, as parteras tradicionais parecem ter atuação complementar para o órgão, que continua pautando suas diretrizes principais em torno do parto que ocorre em instituições, relegando o parto domiciliar às comunidades tradicionais e mais distantes dos centros urbanos, mesmo com esse crescimento e popularização do trabalho das parteras nas grandes cidades.

O quadro a seguir demonstra, de maneira resumida, as principais semelhanças e diferenças entre a atuação das doulas, das parteras e das sororgeristas.

QUADRO 1. Comparativo entre a atuação das doulas, das sororgeristas e das parteras.

DEFINIÇÕES E AÇÕES	DOULAS	SORORGERISTAS	PARTEIRAS
Apoio físico, emocional e informacional à pessoa durante gravidez, parto, pós-parto, abortamento	x	x	x
Atuação lastreada na Medicina baseada em evidências	x		
Atuação com base nos conhecimentos tradicionais		x	x
Alívio não farmacológico da dor, inclusive com massagens, compressas e uso de técnicas de respiração e vocalização	x	x	x
Realização de procedimentos técnicos (aferimento de pressão arterial, exame de toque vaginal, recebimento do bebê, corte de cordão umbilical).			x
Auxílio em relação à posição mais favorável ao nascimento	x	x	x

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

37

Vê-se, portanto, que apenas às parturientas é permitida a realização de procedimentos técnicos referentes ao ciclo gravídico-puerperal.

Fisioterapia e profissional de educação física

A movimentação do corpo é muito importante no contexto do parto respeitoso, sendo interessante a atuação de fisioterapeutas e profissionais de educação física durante o pré-natal, bem como durante o trabalho de parto.

Na gestação, um hormônio significativo é liberado no corpo, a *relaxina*, que "ajuda a amolecer as articulações e ligamentos pélvicos para ajudar na passagem do bebê" (CAMPOS, 2019, n.p.). Sua atuação, conjuntamente à *prostaglandina*, hormônio que atua "diminuindo os níveis de progesterona e no preparo do colo do útero e da pelve materna para o parto" (CAMPOS, 2019, n.p.), ajuda as articulações do corpo a ficarem mais maleáveis, isto é, mais moles, no intuito de facilitar a passagem do bebê pela abertura do osso da pelve e pelo canal de parto.

Todavia, a prática de exercícios físicos durante a gestação também ajuda no condicionamento para o trabalho de parto, que pode ser exaustivo. Assim, ter acesso a profissionais de educação física e a fisioterapeutas que incentivam o parto normal também pode auxiliar a gestante a ter uma conduta de parto ativo.

Além disso, durante o pré-natal, a prática de exercícios de fisioterapia pélvica ou uroginecológica, que trabalha com a gestante especificamente a consciência corporal tanto em relação à pelve, quanto ao canal de parto, pode reduzir os traumas do parto, que é o músculo que faz a ligação entre os canais vaginal e anal. Caso haja algum trauma na região, a mesma especialidade fisioterapêutica pode ajudar, sendo indicada a realização de exercícios do assoalho pélvico nas Diretrizes de assistência ao parto normal (BRASIL, 2017).

Durante o trabalho de parto, a fisioterapia também tem papel importante quando se considera o uso de técnicas que ajudam o bebê a girar dentro da pelve para nascer, ficando em posição favorável ao parto normal e resultando em menor desconforto para a gestante.

A criadora dessa forma inovadora de atender o parto, Caill Tully, denominou esse conjunto de técnicas de "spinning habies", que tem como intuito "reduzir a força e aumentar a sensação de alívio e conforto por meio da restauração da fisiologia dos tecidos moles" (TULLY, 2016, p. 33).

"Spinning habies" ("bebês que giram", em uma tradução livre) consiste em uma série de exercícios e posições feitas para estimulação da flexibilidade da área pélvica e facilitar a rotação do bebê na hora do nascimento, já que não apenas a mãe passa pelo trabalho de parto até a dilatação total, mas o bebê também trabalha, sendo a sua tarefa rotacionar (girar) dentro da pelve, de modo que os exercícios servem para ajudar a gestante e o bebê nesse momento (TULLY, 2016).

Nutricionista

38

bebê, podendo ter a ver com alteração hormonal. Ao contrário do "blues", é persistente, com sintomas diversos, cuja "emoção constante é um baixo-astral ininterrupto" (HARVEY, 2002, p. 17).

Vê-se, portanto, a importância do profissional da Psicologia na assistência do ciclo gravídico-puerperal.

Resposta à anestesiologista

A especialidade da Medicina que trabalha com técnicas de alívio da dor também tem vez no universo do parto respeitoso. Além do uso indispensável de anestesia nas cirurgias cesarianas, que apesar de serem uso geral indiscriminado no Brasil, tanto que o Ministério da Saúde, tendo em vista a "epidemia" de cesáreas, publicou o documento "Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana" (BRASIL, 2015), o qual será abordado com mais detalhes na seção do capítulo seguinte, "Parto normal versus Cesariana", podem ser realmente necessárias e salvar vidas de gestantes e de bebês. Portanto, o/a médico/a anestesiologista ou anestesiologista tem um papel importante no alívio da dor no parto normal.

Não apenas os métodos não farmacológicos de alívio da dor são direito da pessoa grávida, mas também o acesso a diversos tipos de analgesia, conforme consta nas Diretrizes de assistência ao parto normal (BRASIL, 2017).

A *analgesia regional* é uma delas e tem semelhança com a anestesia realizada para a cesárea, porém, não tira por completo as sensações e os movimentos, a fim de possibilitar o parto vaginal. Todavia, só está disponível em ambiente hospitalar e deve ser devidamente informado que seu uso aumenta o risco de duração do parto, de uso de instrumentos para ajudar no expulsivo do feto, ou mesmo de aumento de chance de necessidade de cesariana (BRASIL, 2017).

Trabalho de parto: a dor que humaniza

Já sabemos que o parto é chamado de "fisiológico" quando respeita a fisiologia, ou seja, o funcionamento normal ou esperado de uma função corporal. É por essa razão que se chama o parto via vaginal de "parto normal", não porque a outra forma mais comum de parto (via cirurgia cesariana) seja anormal, mas por ser a forma naturalmente esperada para o nascimento do bebê, caso seja respeitada a fisiologia do corpo.

Como visto, a gestação dura em média 40 semanas. Esse período é contado a partir da data da última menstruação (DUM) ou através de ultrassonografia realizada nas primeiras semanas de gravidez.

Chama-se de *data provável do parto* (DPP) o dia estimado para o nascimento, contado após 40 semanas de gestação, mas que pode ocorrer 3 semanas antes, sem que o bebê seja considerado prematuro (nascido "antes do tempo"), ou 2 semanas depois, sem que signifique que ele "passou do tempo".

Mas, para chegar ao dia do nascimento, o corpo grávido começa a se preparar bem

40

Durante a gestação, é importante haver acompanhamento nutricional, sendo recomendação do Instituto Nacional de Saúde Fernandes Figueira, que faz parte da Fundação Oswaldo Cruz:

A gestante deverá ter acompanhamento nutricional no pré-natal, para avaliação do estado nutricional, detecção de possíveis inadequações dietéticas, desmistificação de mitos e realização da educação alimentar e nutricional. As consultas devem ser iniciadas, preferencialmente, no primeiro trimestre da gestação (IFF, 2014, n.p.).

Nesse caso, ser acompanhada por profissional da Nutrição que incentiva o parto respeitoso pode ser muito importante por desmistificar alguns mitos populares de que certas condutas alimentares são proibidas, ou mesmo que algumas situações impediriam o parto normal, como a diabetes gestacional ou a obesidade, por exemplo.

Retendimento psicológico

As alterações na gravidez não são apenas físicas, mas também emocionais, já que a preparação para o parto envolve aspectos diversos decorrentes de toda essa carga hormonal recebida pelo corpo desde o início da gravidez.

Assim, também pode aumentar a sensibilidade emocional durante toda a gestação, já que não podemos separar completamente os fenômenos biológicos e psicológicos, pois o corpo e a mente trabalham juntos.

Para além de cuidar da saúde física, é comum que a gestante tenha muitas preocupações com a mudança de vida e com as responsabilidades que vêm com o nascimento de um bebê.

Por isso, vem crescendo a oferta do *pré-natal emocional ou psicológico*, que pode ser feito separado ou junto com o pré-natal tradicional que acompanha a saúde física de mãe e do bebê, em grupo ou individualmente, possibilitando um momento de fala e escuta sobre a complexidade que é não só gerar, parir e amamentar, mas também educar um pequeno ser humano.

Enquanto as rodas de conversas entre gestantes têm caráter mais informal, o pré-natal psicológico tem como foco a assistência técnica para identificar, se for o caso, alterações importantes na saúde mental da pessoa grávida, podendo prevenir ou, quando realizada também no puerpério, identificar casos de "mudanças de humor pós-parto" como o "blues", depressão pós-parto propriamente dita (que varia de leve a grave) e psicose puerperal" (HARVEY, 2002, p. 13).

Segundo Harvey (2002), o "*baby blues*" é uma fase que ocorre após o parto, em virtude da diminuição drástica dos hormônios da gestação, tendo sintomas como hipersensibilidade, irritação e cansaço, mas normalmente não é grave e nem é necessário amparo médico. A psicose puerperal, ainda de acordo com Harvey (2002), é muito rara, mas grave; pois pode trazer sintomas como depressão profunda e perda do controle da realidade. Já a depressão pós-parto seria um tipo de depressão, mas com causa relacionada específica, que é o nascimento do

39

antes. A partir da 16ª semana de gestação o útero pode começar a ter leves contrações, sem causar dores fortes, havendo pessoas que sequer notam essa movimentação uterina. Já a partir da 28ª semana, elas começam a ficar mais fortes, e são chamadas de *contrações de treinamento*, quando a barriga fica dura, sem ocasionar dores muito fortes nem serem consideradas trabalho de parto, mas costumam ser percebidas pela gestante (REBERTE, 2008).

A partir da 37ª semana é quando se considera que o feto está praticamente pronto para nascer, mas é com 40 semanas que se espera que esteja completamente "maduro" para o nascimento (REBERTE, 2008). Nesse final da gestação, o corpo pode começar a perder *tampão mucoso*, um fluido que fica na entrada do útero e serve para proteção natural contra micro-organismos.

Quando o tampão mucoso começa a sair pela vagina, contendo vestígios de sangue, a gestante pode começar a sentir cólicas ou contrações uterinas mais fortes, sendo sinais de que o corpo está começando o *trabalho de parto*.

O nascimento do feto é decorrente de um verdadeiro trabalho corporal, que acontece em virtude da movimentação intensa de diversas estruturas do corpo. Esse processo é iniciado e conduzido pela ação dos hormônios, importantes não só no começo da gestação, mas durante toda a gravidez, sendo essenciais também para o desencadeamento do parto.

O obstetra francês Michel Odent estudou a fundo a *fisiologia hormonal do parto*, chamando de "hormônios do amor" aqueles responsáveis pelo trabalho de parto natural, sendo a *ocitocina* o principal deles (BALASKAS, 2015).

A seguir, serão vistos os principais hormônios que atuam no corpo no momento do parto.

Hormônios do parto

O quadro a seguir descreve as características dos principais hormônios que agem no corpo durante o trabalho de parto.

QUADRO 2. Hormônios do trabalho de parto.

HORMÔNIO	CARACTERÍSTICAS
Ocitocina	É o chamado <i>hormônio do amor</i> e está presente em todos os aspectos da sexualidade humana (relação sexual, parto, amamentação), tendo a função de produzir sentimentos de afecção e vínculo e, no trabalho de parto, é o <i>estimulante das contrações ou ondas uterinas</i> .
Endorfinas	São <i>hormônios do prazer e do alívio da dor</i> , tendo a função de serem anestésicos naturais do corpo, aumentando à medida que aumentam as contrações uterinas, para compensar as dores causadas pela ocitocina.
Adrenalina	<i>Hormônio da excitação</i> , com a função de ajudar no reflexo de expulsão do feto, bem como de ajudá-lo a despertar e se preparar para o nascimento, ativando-o para o reflexo de respiração com os próprios pulmões quando sair do útero.
Prolactina	Imediatamente antes do parto, e logo após, há uma descarga de prolactina - também chamado de hormônio da <i>maternagem carinhosa</i> (BALASKAS, 2015, p. 85). Sua função principal é a produção de leite materno, mas também ajuda na <i>vinculação</i> e nos <i>instintos de proteção</i> do bebê.

FONTE: Balaskas (2015).

41

É interessante mencionar que, para que todos esses hormônios atuem harmonicamente e possibilitem a evolução do parto de maneira natural, é muito importante a pessoa gestante estar se sentindo segura no ambiente do parto, sendo necessário o mínimo de privacidade e acolhimento pela equipe de saúde que está acompanhando o parto.

Boa parte da sensação de segurança do parto tem a ver com o local em que ele ocorre, podendo ser escolhido o ambiente doméstico ou uma instituição onde se assistam partos (hospital, maternidade, casa/centro de parto etc.), assunto abordado a seguir.

D parto domiciliar e o parto hospitalar

Algumas mulheres se sentem mais acolhidas tendo o bebê em casa (parto domiciliar) ou em centros/casas de parto normal, onde podem ser atendidas por enfermeiras obstetras ou obstetras.

Todavia, o parto hospitalar (realizado em instituições hospitalares ou em maternidades) também é uma opção que parece segura para muitas pessoas, até mesmo porque, caso haja algum acontecimento, durante o trabalho de parto, que impossibilite o parto normal, pode ser necessária a assistência de médico/a obstetra e realização de cirurgia cesariana para o nascimento do bebê.

Independentemente da idade da pessoa gestante, o local do parto pode ser escolhido por ela caso seja uma gestação de risco habitual (domicílio, centro ou casa de parto ou maternidade/hospital), algo que durante o pré-natal já é possível observar.

Apenas as gestações com condições diferenciadas de saúde (também chamadas de "alto risco") precisam obrigatoriamente ser atendidas por profissional da Medicina, a exemplo de quando a pessoa grávida tem hipertensão arterial (pressão alta), diabetes gestacional ou alguma IST que precise de atenção durante o parto (sífilis, AIDS, gonorreia, herpes genital).

Estágios do trabalho de parto

O parto fisiológico costuma seguir algumas etapas, as quais ocorrem gradualmente, sendo uma preparação do corpo para possibilitar o nascimento via vaginal. As fases do trabalho de parto estão descritas nas Diretrizes de Assistência ao Parto Normal (BRASIL, 2017), sendo conhecidas como fase latente ou fase de latência, e trabalho de parto estabelecido, o qual passa pelas fases ativa e de expulsivo.

Fase latente

A atuação de toda a carga hormonal que foi descrita é a responsável principal pela evolução do trabalho de parto. Após a perda do tampão mucoso e início das cólicas que parecem com as da menstruação, começam as contrações uterinas, que deixam a barriga dura. Essas contrações iniciais são chamadas de pródrômicas, e costumam ser um pouco mais doloridas que as contrações de treinamento, podem durar de 20 a 30 segundos, mas não existe

42

A partolândia, em resumo, na explicação da doula Mologni (2021, n.p.), corresponde ao seguinte:

É um modo *stand by*, quando o cérebro acessa o modo *primilítico*, "vazio" retirando a mulher do "real", da intensidade da dor, do mundo e acontecimentos à sua volta, levando-a ao íntimo e profundo lugar em seu ser, é como se ela saísse dali. O corpo é sábio e providencia esse recurso a mais, o qual, na linguagem popular, podemos nominar como um apagão passageiro, com o objetivo de favorecer que o corpo feminino continue percorrendo a jornada do trabalho de parto até o nascimento do bebê.

Ultrapassada essa fase, começa o período *expulsivo*, que é o período de "expulsão" do bebê, ou seja, o nascimento de fato.

Período expulsivo: o nascimento

Quando ocorre a dilatação total do colo, o bebê costuma estar posicionado na entrada do canal de parto. Caso esteja cefálico (de cabeça para baixo), o topo de sua cabeça estará visível, configurando o que se chama de "bebê coroadando". Estando pélvico (sentado dentro da barriga), pode-se começar a ver seu bumbum ou seus pés.

Em um caso ou no outro, o corpo entende que o bebê está pronto para sair. As contrações começam a ficar mais espaçadas quando a dilatação do colo do útero está completa e começam os chamados "puxos", um mecanismo do corpo que vem como "uma vontade muito grande de fazer força, de empurrar, (...), e qualquer resistência aos esforços expulsivos pode provocar dor e desconforto" (BALASKAS, 2015, p. 221).

De toda forma, explica Balaskas (2015, p. 223):

Depois de a cabeça corou, o nascimento acontece. Pode acontecer uma contração quando a cabeça sai e depois uma pausa antes da próxima contração, quando vai nascer o resto do corpo. Existe a possibilidade de o bebê nascer em uma só contração. Após o nascimento da cabeça temos a saída de um ombro, depois do outro e finalmente o corpo inteiro "escorrega" para fora.

Apesar de o tipo mais comum de nascimento ocorrer com o bebê cefálico, isto é, com a cabeça virada para baixo, também é possível o nascimento de parto normal quando o bebê está sentado (pélvico). Quando estiver nessa posição, é importante que seja acompanhado por profissional experiente nesse tipo de assistência ao parto, já que aparecem primeiro os pés ou o bumbum do feto, sendo uma assistência ao parto diferenciada, sendo que a principal providência é não fazer nenhuma intervenção no bebê (não puxar, por exemplo, em hipótese alguma - "hands off").

Caso o/a profissional e/ou a pessoa parturiente não sinta segurança em aguardar o nascimento vaginal do bebê pélvico, o Ministério da Saúde recomenda a realização de cesariana por reduzir a mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2015).

Por fim, importante lembrar que o trabalho de parto não termina com o nascimento do

44

um intervalo de tempo regular entre elas. Essa fase pode durar algumas horas, ou até dois a três dias (BALASKAS, 2015), sendo considerado latente o período que vai até 3 cm de dilatação do colo (BRASIL, 2017).

O colo é a parte inferior do útero, que o separa da vagina, o qual fica bem espesso e fechado durante a gestação (sendo uma de suas funções segurar o feto dentro do útero), mas que precisa ficar fino e aberto, com 10 cm de dilatação, para possibilitar o nascimento do bebê (DINIZ; DUARTE, 2004). A dilatação do colo ocorre aos poucos, saindo de 0 até 10 centímetros, medida feita através de *toque vaginal* por profissional que está acompanhando o parto (BALASKAS, 2015).

Fase ativa

À medida que o tempo vai passando e a quantidade dos hormônios do parto aumenta, as contrações começam a ficar fortes e cada vez mais doloridas. Na fase ativa do parto, considerada a partir de 4 cm de dilatação do colo (BRASIL, 2017), as contrações costumam ocorrer em intervalos de tempo mais regulares: a cada 15 minutos, durante 30 a 35 segundos; depois de um tempo começam a acontecer a cada 10 minutos, durante de 35 a 40 segundos cada contração; em seguida a cada 5 minutos, durante 40 a 45 segundos; e, após, a cada 3 minutos, durante entre 45 e 50 segundos (BALASKAS, 2015).

Aumentando de intensidade, elas ajudam o colo do útero a ficar cada vez mais fino, possibilitando que fique mais frouxo e possa ocorrer sua dilatação total (10 cm ao final da fase ativa).

Período de transição: a "partolândia"

Próximo de ocorrer a dilatação total do colo do útero, as contrações costumam ser muito mais doloridas e duradouras, ocorrendo em intervalos de, em média, 1 minuto e 30 segundos, podendo durar de 60 a 90 segundos cada uma delas (BALASKAS, 2015). Essa intensidade acontece com o propósito de afinar completamente o colo, ajudar o bebê a terminar a descida e encavar na passagem pélvica do canal do parto.

Mas, antes da dilatação total, ainda não é o momento de o bebê começar a sair do corpo e, apesar de estar perto da próxima fase, o *expulsivo*, a gestante pode estar muito cansada física e/ou mentalmente por conta da sensação dolorida das contrações, bem como de todo o tempo de trabalho de parto, que pode ter começado há muitas horas ou mesmo alguns dias, já que a média de horas para dilatação total no primeiro parto é entre 8 e 16 horas (BALASKAS, 2015).

O período de transição é "a ponte entre as últimas contrações do período de dilatação e o início das contrações de 'puxo' do período expulsivo" (BALASKAS, 2015, p. 213). Pode durar alguns minutos ou mesmo algumas horas, mas a sensação de tempo real é difícil de ser sentida pela pessoa que gesta, que pode estar tomada pelo cansaço.

Esse momento é também conhecido como *partolândia*, porque a gestante perde a noção de tempo, de espaço, até mesmo da realidade.

43

bebê, também fazendo parte do *expulsivo* a saída (ou o nascimento) da placenta (deiquitação): "O parto do 'bebê completo' inclui o bebê, o cordão umbilical e a placenta" (BALASKAS, 2015, p. 89).

Em que pese tudo isso, faz-se preciso ponderar que, muitas vezes, mesmo diante de uma boa assistência ao parto, conforme discutido, é possível que o bebê não nasça com vida ou faleça após o nascimento, o que se desdobra no *luto perinatal*, conforme será discutido a seguir.

E quando a vida não acontece?

Quando falamos sobre a fisiologia da gestação, do parto e do nascimento, quase sempre estamos falando de surgimento e desenvolvimento de uma vida. Porém, o outro lado dessa questão envolve os casos de abortamento, um assunto difícil, por vezes polêmico, mas que faz parte do ciclo de muitas famílias e precisa sair do silêncio.

Nascer e morrer são os dois únicos fenômenos certos da vida: todos nascemos e todos vamos morrer um dia. A distância entre esses dois acontecimentos é o que costumamos chamar de vida. Passamos a vida cuidando para que o dia da morte - da nossa e dos outros - esteja o mais distante possível do dia do nascimento. Às vezes, até mesmo antes dele (SALGADO; POLÍDIO, 2018, p. 16).

Conforme a Psicologia, "o Luto é uma resposta esperada e natural que temos ao sofrermos uma perda muito significativa", sendo um "processo natural e essencial para que possamos nos reconstruir, nos reorganizar diante do rompimento de um vínculo" (FERNANDES, 2020, n.p.).

Tecnicamente, o *aborto* ou *abortamento* é a interrupção, espontânea ou induzida, que ocorre até as 22 semanas de gestação ou, sendo desconhecido o tempo de gravidez, quando o feto tem até 500 gramas ou mede menos de 16 cm (BRASIL, 2001). Após tais limites, considera-se que ocorreu *ôbito fetal*, chamando-se de *natimorto* o bebê que nasceu sem vida (BRASIL, 2001).

Na prática, tem-se chamado de *perda gestacional* quando ocorre qualquer dessas situações, devendo haver acolhimento, informações e aconselhamento à pessoa em processo de abortamento ou pós-aborto, bem como de *ôbito fetal* ou *pós-natal*, devendo a pessoa ser ofertado atendimento pautado no respeito à dignidade (BRASIL, 2001).

Em qualquer caso, esta fatalidade pode deflagrar situação de enlutamento por parte da pessoa grávida e sua família, sendo importante discutir sobre o assunto.

Inicialmente, necessário lembrar que, apesar de o aborto provocado pela própria gestante ou por outra pessoa ser considerado crime de acordo com os artigos 124 a 127 do Código Penal brasileiro, com exceção do aborto necessário, feito para salvar a vida da gestante, e do aborto no caso de gravidez resultante de estupro (BRASIL, 1940), a discussão acerca de abortamento vai além da punição, sendo considerada uma questão de saúde pública.

45

No Brasil, apesar da carência de indicadores que permitam aferição do número total de ocorrências de abortamentos na população em geral, os dados oficiais justificam a adoção de medidas preventivas e de promoção da saúde reprodutiva. No contexto da mortalidade materna, a incidência observada de óbitos por complicações de aborto oscila em torno de 12,5% do total dos óbitos, ocupando, em geral, o terceiro lugar entre suas causas, observadas as amplas variações entre os estados brasileiros (BRASIL, 2001, p. 146-147).

O texto acima está contido no documento "Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher", do Ministério da Saúde, uma reflexão que mostra o aborto como terceira causa de óbito materno no Brasil. Além disso, trata também da incidência de abortos realizados na adolescência:

A incidência de abortos na adolescência constitui também grande preocupação social. Do total das interrupções por abortamento no SIH/SUS no ano de 1998, 22,5% eram de adolescentes. O atendimento recebido pelas adolescentes nos serviços de saúde é insatisfatório. Sem apoio e aconselhamento adequados, com frequência, estas jovens engravidam novamente, entrando num ciclo repetitivo de gravidez-abortamento (BRASIL, 2001, p. 146-147).

Observa-se, portanto, que aproximadamente 1 a cada 4 abortos foram realizados por adolescentes, que, por falta de aconselhamento profissional devido, acabam engravidando novamente. Dessa forma, essencial orientar corretamente essas "meninas-mulheres":

As medidas necessárias à redução da gravidez não planejada ou indesejada incluem orientações seguras na atenção pós-abortamento, na orientação anticoncepcional, divulgação e oferta da importância da anticoncepção de emergência e garantia de suporte psicológico e social quando necessário (BRASIL, 2001, p. 146-147).

Assim sendo, independentemente do motivo da perda gestacional, a pessoa adolescente ou adulta tem direito a atendimento, devendo o sistema público contar com uma rede assistencial que garanta os seguintes elementos:

Existência de serviços de urgência que possam tratar as mulheres das complicações do aborto espontâneo ou induzido; presença de serviços de planejamento familiar nos locais de atendimento às urgências de obstetria; relação formalizada entre os serviços de urgência e de atenção integral à saúde da mulher; informação continuada para as usuárias sobre os serviços disponíveis (BRASIL, 2001, p. 149).

Além disso, as equipes de saúde são orientadas a indicar métodos contraceptivos quando não se desejar uma nova gestação, e

[...] quando a mulher, após atendimento ao abortamento, deseja engravidar imediatamente, é imprescindível tentar esclarecer as causas do abortamento, antes de tentar uma nova gestação. É boa conduta nestes casos encaminhá-la para um serviço de referência, ocasião em que será feita uma investigação mais rigorosa sobre aquela perda (BRASIL, 2001, p. 156-157).

46

a necessidade de cada mulher de ser ouvida com a devida atenção (BRASIL, 2001, p. 175-176).

Os sentimentos ambivalentes do puerpério são comuns mesmo nas pessoas com gestação planejada e desejada. Isso porque, apesar da sensação de felicidade que o nascimento do seu próprio bebê pode trazer, há muitas questões para conciliar ao estilo de vida existente antes da gravidez, como a amamentação, o cansaço em virtude das horas de sono irregulares, a nova realidade de cuidar de um/a recém-nascido/a, bem como condições de saúde mental mencionadas na seção sobre Atendimento psicológico.

Por essas razões, o que foi idealizado na gestação acerca de "maternidade" e "paternidade" acaba precisando ser reconfigurado. Assim, as questões acerca da função de *maternar*, *paternar* e como essa discussão vem tomando formas mais amplas, a exemplo da ideia de *parentalidade*, serão discutidas no próximo capítulo.



• **Caderneta da gestante e pré-natal:**
Caderneta da gestante
Celebrando a vida

• **Parto, aborto e puerpério:**
Assistência humanizada à mulher

• **Programa "Humanização do parto":**
Parto
Rede humaniza SUS
Rede Cegonha

• **Parto normal:**
Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal
Casa da Doula

• **Cirurgia cesariana:**
Diretrizes de atenção as gestantes: operação cesariana

• **Doulas:**
Ser Doula

• **Parteiras tradicionais:**
Livro parteira tradicional
Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais

48

Diante de tal realidade referente à perda gestacional, que marca a vida e pode trazer grandes traumas à pessoa grávida e à família, independentemente da causa e da forma de processar a perda, faz-se preciso reconhecer a incidência do luto perinatal.

Luto perinatal

Considera-se como *período perinatal* aquele que ocorre a partir de 20 semanas de gestação e vai até o 28º dia após o nascimento (NORONHA *et al.*, 2000).

Dessa forma, o luto perinatal pode ocorrer tanto nos casos de abortamento, de natimorto, ou de morte neonatal, isto é, da pessoa recém-nascida, sendo uma situação dolorosa. Assim, também é importante que seja garantido um atendimento respeitoso quando ocorre uma perda gestacional, independentemente da causa.

No caso de bebê nascido morto ou morte de recém-nascido, é comum silenciar a dor da gestante, afirmando-se problemas de saúde para justificar uma vida que não ocorreu, tentando-se consolar a recém-mãe dizendo que ela é nova, que pode engravidar novamente, por exemplo, e muitas vezes não se trata com a humanidade devida à mãe e/ou o pai que acabou de perder um ente querido e merece respeito e condolências.

Em qualquer caso, portanto, a interrupção de uma gravidez, planejada ou não, assim como a morte de um bebê, ainda no útero ou após o nascimento, são situações que trazem sofrimento físico e psíquico, havendo o direito de viverem o luto perinatal.

Diante de tudo isso, seja em virtude da alegria do nascimento ou pela dor da perda do bebê, após o parto ocorre o *puerpério*, temática que será abordada a seguir.

Puerpério: a reconfiguração do idealizado na gestação

Segundo o Ministério da Saúde (2001, p. 175), *puerpério* é "o período do ciclo grávido-puerperal em que as modificações locais e sistêmicas, provocadas pela gravidez e parto no organismo da mulher, retornam à situação do estado pré-grávidico". Em termos fisiológicos:

O puerpério inicia-se uma a duas horas após a saída da placenta e tem seu término imprevisível, pois enquanto a mulher amamentar ela estará sofrendo modificações da gestação (lactância), não retomando seus ciclos menstruais completamente à normalidade. Pode-se didaticamente dividir o puerpério em: imediato (1º a 10º dia), tardio (11º a 42º dia), e remoto (a partir do 43º dia) (BRASIL, 2001, p. 175).

Assim, *puerpério* é o período do *pós-parto*, também chamado popularmente de *resguarda*. Além do aspecto biológico, também se observa a questão psíquica da pessoa no puerpério, devendo-se tentar entender o significado da chegada daquela nova criança:

O estabelecimento de uma adequada empatia entre o examinador e sua cliente proporcionará uma melhor compreensão dos sintomas e sinais apresentados. É comum que neste momento a mulher experimente sentimentos contraditórios e sintase insegura. Cabe à equipe de saúde estar disponível para perceber

47

• **Portal de Boas práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente:**
Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente

Instagram:

@portalboaspraticas (Portal de Boas Práticas da Fiocruz)
@nascernobrasil (Estudo nacional da ENSP/Fiocruz com gestantes, mães e recém nascidos)
@orenascimento (Perfil do documentário "O renascimento do parto")
@sentidosdonascercer (Exposição para repensar a cultura do parto e do nascimento no Brasil, com foco no protagonismo feminino)
@maternidade.com.ciencia (Perfil de Rossana Soletti, Dra. em Morfologia)
@placenteria (Possibilidades de uso da placenta)
@placenteriaamau (Medicinas e Artes com a Placenta em Brasília)
@fenadoulasbr (Federação Nacional de Doulas do Brasil)
@educadoulas (Projeto de educação popular perinatal PB)
@vidadedoulas (Perfil do podcast "Vida de doula")
@sectacaisinternacional (Cais do parto - Parteiras e sororgestas)
@aindaluto (Doula do Luto)
@amortser_contato (Doulas da morte)
@grupocolcha (Grupo de apoio à perda gestacional e neonatal)
@doulasdzeadocao (Acolhimento e auxílio a famílias que exercem a parentalidade via adoção)

Filmes e séries:

• O renascimento do parto 1 e 3 [Netflix]
• Corpo humano: nascimento [Netflix]
• *Organic birth: the best kept secret in sex* [YouTube]
• Mensageiras da luz - parteiras da Amazônia [YouTube]
• Raízes do saber - parteiras [YouTube]
• Nossas mãos são sagradas [Vimeo]
• *Call the midwife* [Netflix]
• O que esperar quando você está esperando [Globoplay]
• Mórula (curta-metragem) [YouTube]
• O segundo sol [YouTube]
• *Pieces of a woman* [Netflix]



3. Alma de mãe?



3. ALMA DE MÃE?

O capítulo anterior tratou sobre as inúmeras demandas referentes a gravidez, parto e puerpério, sendo delineado que, neste período do pós-parto, a rotina com um novo ser humano necessita de uma reconfiguração do ideal de *maternidade* e de *paternidade*, questão que ora será abordada, trazendo a reflexão de que os cuidados com o bebê devem ser uma *corresponsabilidade da família*, independente de sua composição, e não apenas da *mãe/mulher*.

O atual sistema político e social vigente, o chamado *patrilinial*, pode ser entendido, conforme Hooks (2020, p. 17), como "sexismo institucionalizado sistêmico", no qual foram estabelecidos poderes que permitem aos homens a dominação das mulheres. Esse *machismo*, dentro da unidade familiar, fez com que algumas tarefas fossem atribuídas à mulher (*mãe*), retirando do homem (*pai*) diversas responsabilidades no dever de cuidado com os/as filhos/as.

De toda forma, mesmo não se negando a existência de diferenças corporais e/ou biológicas entre os seres de sexos denominados feminino e masculino, o que se observa na questão da divisão em dois sexos ou gêneros é que "certas diferenças foram eleitas em determinado momento histórico para justificar desigualdades sociais" (ZANELLO, 2018, p. 42).

Assim, ainda que existam esses questionamentos mais recentes acerca da divisão dos seres humanos, por sexo e/ou gênero, de acordo com características biológicas e/ou culturais, o fato é que as relações de poder vigentes são determinantes na definição da hierarquia de um sexo ou gênero sobre outro.

Nesse contexto, surgem as discussões sobre *maternidade*, *maternagem* e *matrescência*, formas utilizadas para designar as diversas formas de exercício da função *materna*.

"Alma Mater": maternidade, maternagem e matrescência

A expressão latina "*alma mater*" significa "mãe que nutre", mas, em uma tradução literal/livre, poderia ser interpretada como "alma de mãe", como se a mulher nascesse com um dispositivo interno, inerente à sua condição *feminina*, que a faria ter um *instinto* voltado para ser mãe. Todavia, questionando esse "mito", faz-se oportuno diferenciar *maternidade*, *maternagem* e *matrescência*.

Enquanto a *maternidade* significa a experiência biológica de gerar e dar à luz a descendente(s), ou seja, um laço de parentesco sanguíneo, a *maternagem* traz o significado afetivo da *maternidade* (GRADVOHL; OSIS; MAKUCH, 2014), já que os cuidados com os/as filhos/as não se resumem a aspectos de cuidados físicos e à nutrição/amamentação, mas também ao desenvolvimento de vínculo de afecção.

Assim, enquanto "*alma mater*" alude à representação da mulher como uma divindade, colocando a mãe como aquela responsável por gerar, cuidar e alimentar, a *maternidade*

contemporânea trouxe a ressignificação desse local em que a mulher foi colocada em relação ao gênero, passando a se falar em maternagem, como descrito acima, bem como no termo “matrescência”, palavra com origem em inglês, da expressão “*matrescence like adolescence*” (ATHAN, 2020, n.p.), que significa “matrescência como adolescência”.

Os três termos – maternidade, maternagem e matrescência – estão intimamente ligados, mas se apresentam como nuances diferentes da função de “maternar”.

Portanto, enquanto maternidade designa a função biológica e a maternagem a função afetiva, a matrescência poderia ser entendida como o período entre esses dois momentos, significando que, apesar de a mãe existir desde que o feto é gerado, a função materna passa por um período de adaptação em que acontecem inúmeras mudanças biopsicológicas do “ser mãe”.

Assim, considerando todas as transformações por que passa uma mulher na transição para a maternidade, Dana Raphael, antropóloga responsável por curar o termo “doula”, conforme visto anteriormente, também criou, em 1973, a referida expressão – matrescência, que significa o conjunto de alterações hormonais, físicas e psicológicas decorrentes de uma gestação, parto e nutrição de um bebê (ATHAN, 2020, n.p.).

Nessa linha, considerando-se as concepções de maternidade e maternagem, a matrescência poderia ser considerada a transição entre uma e outra, primeiro vindo a questão da maternidade e, após essa transição, o desenvolvimento de uma forma própria de maternagem.

Sobre o termo, Sacks (2018) explica que a palavra tem correlação com o termo adolescência, uma das fases conhecidas pela grande carga de mudanças físicas e emocionais, não sendo automático aprender a ser mãe tão logo ocorra o nascimento do bebê. Em resumo, “como a adolescência, a transição para a maternidade é uma grande mudança” (ATHAN, 2020, n.p.).

Todavia, ainda que a distinção acima tenha sua razão de ser, já que a regra geral ainda é depositar na mãe o papel tradicional de, além de gestar, parir e amamentar, ser a responsável por outros inúmeros cuidados físicos e emocionais necessários ao desenvolvimento saudável de uma criança, tem sido questionada a utilização de tais termos relacionados à maternidade, especialmente a partir do desenvolvimento das teorias feministas.

Nesse sentido, o feminismo ou movimento feminista refere-se a um movimento social e político que busca a equidade de gênero, notadamente a conquista de direitos iguais entre homens e mulheres, independentemente de suas orientações sexuais ou identidades de gênero.

Há várias correntes de pensamento sobre o feminismo, que passaram por várias etapas ao longo do tempo, “sendo mais correto referir-se a ele na sua expressão plural, qual seja, movimentos feministas” (FARIAS, 2020, p. 180), também chamados de ondas do feminismo na abordagem histórica de tais movimentos.

Segundo Bittencourt (2015), a primeira onda de movimentos feministas relaciona-se ao sufrágio, isto é, a busca do direito ao voto, tendo iniciado no final do século XVIII, no contexto da Revolução Francesa, e se estendendo até o início do século XX. As autoras Gertrude Stein e Mary Wollstonecraft são nomes importantes desse início das teorias feministas.

Bittencourt (2015) também escreveu sobre as outras ondas feministas: a segunda onda

54

parental, as nuances relacionadas ao gênero são uma realidade e, como tal, precisam ser discutidas. A respeito do tema, o Ministério da Saúde elenca alguns conceitos importantes referentes à orientação sexual e identidade de gênero (BRASIL, 2020, p. 35):

- **Orientação sexual:** é a atração que alguém sente por outros indivíduos. Geralmente, envolve questões sentimentais, e não somente sexuais.
- **Identidade de gênero:** é uma classificação pessoal e social das pessoas como homens ou mulheres, que pode ou não concordar com o gênero que lhes foi atribuído ao nascimento.
- **Sexo designado ao nascimento:** refere-se aos aspectos anômicos e morfológicos da genitália ao nascimento.
- **Expressão de gênero:** é a forma como a pessoa se apresenta, sua aparência e seu comportamento.

Apesar de tais conceitos constarem expressamente em documento oficial brasileiro, as discussões atuais a respeito de “gênero” costumam estar atreladas a polémicas. Isso porque, ao que parece, foi disseminada uma ideia no imaginário popular de que existem apenas dois sexos biológicos (masculino e feminino) e que as questões relacionadas ao gênero seriam parte de uma “ideologia”, algo inventado para ameaçar a moral (MISKOLCI; CAMPANA, 2017).

Como explicam Miskolci e Campana (2017), as ideias acerca da existência de uma “ideologia de gênero” surgiram em 1997, em textos escritos pelo então cardeal da Igreja Católica, Joseph Aloisius Ratzinger (o papa Bento XVI), o qual passou a criticar a substituição do termo “mulher” pela “perspectiva de gênero” sugerida na Conferência Mundial sobre a Mulher de Beijing, de 1995.

Todavia, a necessidade da perspectiva de gênero foi uma demanda decorrente da urgência na garantia dos direitos humanos das populações que estavam à margem da divisão dos sexos biológicos (homem versus mulher), no sentido de disponibilizar políticas públicas a essas chamadas *minorias*.

Ainda se fala muito nos conceitos de concepção, gravidez, parto e nascimento, bem como de maternidade e paternidade, de acordo com a forma tradicional de se relacionar afetivamente na sociedade atual, ou seja, os relacionamentos são formados por “um homem e uma mulher”; duas pessoas heterossexuais de sexos opostos e cisgêneros.

Todavia, ao falar sobre questões relativas à temática de gênero, além de questionar o exercício do papel de cuidado apenas pela mulher, deve-se também lembrar que podem ocorrer gestações envolvendo casais homossexuais, isto é, por pessoas que têm atração por outras do mesmo sexo biológico (CAMPOS, 2021), havendo casais cisgêneros compostos por dois homens ou duas mulheres.

Além disso, gestação e parto também podem acontecer com as pessoas *transgênero*, isto é, aquelas que não se identificam com o sexo biológico definido culturalmente para sua designação (CAMPOS, 2021), sendo possível, ao homem *trans*, gestar, parir e amamentar seu próprio bebê, desde que tenha mantido seu sistema reprodutor feminino.

Nesse sentido, questionando o estabelecimento de apenas dois sexos ou mesmo de dois gêneros (feminino versus masculino), Miskolci (2009) aborda a teoria *queer*, que busca subverter a lógica binária acima delineada, ou seja, essa forma padrão em que existiria apenas

56

ocorreu após as duas guerras mundiais, quando os homens voltaram ao mercado de trabalho, de modo que a mulher passou a exercer, primordialmente, um papel de mãe e esposa. A partir de então, os movimentos feministas passaram a questionar o sistema patriarcal de dominação do feminino pelo masculino, tendo como grande expoente a filósofa Simone de Beauvoir.

Já a terceira onda do feminismo aconteceu entre as décadas de 1980 e 1990, e veio com a onda neoliberal, marcada pela flexibilização do trabalho, que teve consequências também dentro dos movimentos feministas, trazendo a ressignificação dos estudos dos gêneros, com a noção evidenciada por Joan W. Scott e os escritos de Judith Butler.

De toda forma, expressões como “instinto materno”, “alma de mãe” e “mãe que nutre”, até mesmo a “matrescência”, são expressões questionadas pelos estudos feministas, pois acabam perpetuando a ideia de que cuidar da prole seria de responsabilidade exclusiva da mulher. É importante, pois, incluir a figura do pai, seja na aceção biológica (paternidade) ou afetiva (paternagem), na divisão da responsabilidade pela criação dos/as filhos/as.

Assim, considerando que outras pessoas que não apenas pai e/ou mãe exercem esse papel de cuidado dentro da família, em substituição aos termos maternidade/paternidade e maternagem/paternagem, vem crescendo o uso do termo *parentalidade*, sendo considerada uma forma mais adequada para nominar o exercício desse papel.

Parentalidade

A “função parental”, ou parentalidade, é prevista na lei brasileira, a exemplo do Código Civil, que considera ambos, pai e mãe, quando trata da responsabilidade pelos/as filhos/as menores de idade (BRASIL, 2002). Sobre a definição do termo, Ribeiro, Gomes e Moreira (2015, p. 359) afirmam que o seu centro estaria ligado aos cuidados com filhos/as:

[...] A parentalidade comparece como um conceito transversal na construção das responsabilidades de homens e mulheres, e suas combinações e arranjos familiares. Suas funções se dirigem para produzir efeitos facilitadores do desenvolvimento, da autonomia e do sentimento de segurança das crianças.

A parentalidade é uma função que independe das questões de gênero, mas, por força da dominação masculina, ainda continua atrelada à mulher. Todavia, o papel de cuidado pode ser feito não apenas por “mães” e “pais” heterossexuais/cisgêneros, mas também por aqueles/as com orientação sexual diferente, como as pessoas homossexuais/cisgênero, bem como por pessoas de identidade de gênero diversa, como os/as transgênero, seja por meio de parcerias (“casais”), tradicionais ou não, assim como por figuras “solo” (que criam sem o apoio de um/a parceiro/a). Assim, podem exercer a função parental: “pai e mãe”, “pai e pai”, “mãe e mãe”, “mãe solo”, “pai solo” etc.

Ademais, até mesmo pessoas com outro parentesco em relação às crianças podem ser as responsáveis pela parentalidade, como avós e/ou avós, tios e/ou tias etc., madrastas e/ou padrastos, o que também é muito comum na configuração familiar brasileira.

De toda forma, independentemente de estarem ou não ligadas ao exercício da função

55

“homem” e “mulher”, ambos heterossexuais.

Segundo afirma o autor, a divisão *binária* tem por base a questão da fundamentação, que ele chama de *heteronormatividade*, “um conjunto de prescrições que fundamenta processos sociais de regulação e controle, até mesmo aqueles que não se relacionam com pessoas do sexo oposto” (MISKOLCI, 2009, p. 156). Assim, ao mesmo tempo em que subverte os indivíduos que não se enquadram em um dos gêneros, taxa-se como “normais” apenas as prescrições baseadas na cultura do relacionamento heterossexual.

Portanto, abordar as questões de gênero é essencial quando se pensa no universo da gestação, do parto e do nascimento, pois a família brasileira pode ser composta por uma ampla diversidade de formas, daí a importância de falar sobre esse assunto.

Trata-se de uma realidade que, independentemente das polémicas existentes, é garantida pelas normas jurídicas do nosso país, inclusive pela Constituição da República, que tem como um dos fundamentos a dignidade da pessoa humana (art. 1º, inciso III) e traz, em seu art. 5º, o direito à igualdade, afirmando que “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza” (BRASIL, 1988).

Assim, quando não seguido esse ideal de igualdade ou de equidade, ocorrem as situações de violência de gênero, conforme veremos a seguir.

Violência de gênero

A dominação existente no sistema patriarcal vigente, conforme enfatiza Bourdieu (2019, p. 111),

[...] constitui as mulheres como objetos simbólicos. [...] tem por efeito colocá-las em permanente estado de insegurança corporal, ou melhor, de dependência simbólica: elas existem primeiro pelo, e para, o olhar dos outros, ou seja, enquanto objetos receptivos, atraentes, disponíveis.

Além disso, ao se considerar dono da mulher e, conseqüentemente, de seu corpo, o homem passou a utilizar castigos físicos para tentar conter as resistências porventura existentes contra sua dominação, sendo que as violências cometidas contra as mulheres vêm de datas remotas.

O advento do feminismo foi um importante instrumento ao combate a essas violações ao corpo e à mente feminina. Para Hooks (2020, p. 25), “a conscientização feminista revolucionária enfatizou a importância de aprender sobre o patriarcado como sistema de dominação, como ele se institucionalizou e como é disseminado e mantido”.

O patriarcado, portanto, é um sistema de dominação dos homens sobre as mulheres (MORGANTE; NADER, 2014).

Mas, mesmo com todo o poder desse sistema, vê-se que muitas mulheres passaram a ter consciência de sua vulnerabilidade perante o patriarcado e perceberam que, apesar de serem tão numerosas quanto os homens na sociedade, estão em condição inferior quando se trata de direitos e obrigações.

57

Assim, um dos pilares do feminismo é a ideia de libertação do corpo feminino da dominação masculina, o qual vem ocorrendo também no universo do parto e do nascimento.

De toda forma, ao analisar o histórico dessas diferenças estabelecidas entre mulheres e homens, o que se constata é que, para além das distinções biológicas, foi instituído um sistema cultural que estabeleceu papéis sociais baseados em dois gêneros, desprivilegiando não só os que não se identificam com nenhum deles, mas também colocando a mulher em uma posição hierárquica inferior ao homem.

Além disso, com a expansão das identidades de gênero e das formas de orientação sexual, as violências acabaram sendo intensificadas também em relação a pessoas que se designam como mulher (cisgênero ou transgênero), sendo cometidas contra aquelas que não sigam a lógica heteronormativa do sistema patriarcal.

Violência de gênero, portanto, é "qualquer tipo de agressão física, psicológica, sexual ou simbólica contra alguém em situação de vulnerabilidade devido a sua identidade de gênero ou orientação sexual" (RAMOS, 2020, n. p.).

Assim, oportuno discutir se, nesse sentido, a violência obstétrica pode ser considerada uma espécie de violência de gênero, questão aprofundada no capítulo seguinte.



• **Maternidade x maternagem:**

[Entenda o que é a Maternagem](#)
[Cientista que virou mãe](#)

• **Matrescência:**

[Matrescência - "matrescência"](#)
[Uma nova forma de pensar sobre a transição para a maternidade](#)

• **Questões de gênero:**

[A questão de gênero](#)
[Info Jovem: Questão de gênero](#)

• **Movimentos feministas:**

[Movimentos feministas](#)

Instagram:

[@partodoprincipio](#) [Rede nacional de mulheres em luta pela promoção de autonomia, em especial no que se refere à maternidade]

[@militanciamaterna](#) [Maternidade, feminismo e criação de crianças conscientes]

[@cientistaqueviroumae](#) [Perfil de Lígia Moreiras, Dra. em Saúde Coletiva]

[@plantaio_materno](#) [Perfil de Cris Machado, consultora em amamentação]

[@maesdepeito](#) [Perfil de Giovanna Balogh, consultora em amamentação]

[@feminismoeducativo](#) [Explicando feminismo de uma forma didática]

[@feminismoebooks](#) [PDF de livros feministas]

[@generofluidobr](#) [Diálogos sobre gênero e sexualidade]

[@generonumero](#) [Plataforma que aborda questões de gênero a partir de dados]

[@gestaoatrans](#) [Perfil de divulgação da gestação de Rodrigo, homem trans]

Filmes e séries:

• Simone de Beauvoir: uma feminista do nosso tempo [Globoplay]

• Feministas: o que elas estavam pensando? [Netflix]

• A juíza [Globoplay]

• Prazer feminino [Globoplay]

• De peito aberto [Filme Filme]

• Turma do peito [Netflix]

• Supermães [Netflix]

• Tully [Amazon Prime Video]

• Moxie: quando as garotas vão à luta [Netflix]

• Eu não sou um homem fácil [Netflix]

• Junior [Youtube]

• Paternidade [Netflix]

• Manhãs de setembro [Amazon Prime Video]

• Pausa para sentir [telisamasantos.com.br]

• Maid [Netflix]





Violência obstétrica como violência de gênero

Explorando acerca das questões de gênero, observou-se que as identidades das pessoas podem ir além de masculino e feminino, assumindo formas diversas. Porém, a lógica do *binarismo de gênero* ainda prevalece na organização da sociedade atual, já que o patriarcado mantém, na sua estrutura, a ideia de poder de um gênero (masculino) sobre o outro (feminino).

Nesse contexto, surge o estudo da **violência obstétrica**, considerada um conjunto de condutas inadequadas, que transforma processos naturais do parto em patologia e/ou abuso da medicalização, feitas por profissionais de saúde, desrespeitando a mulher, seu corpo e seus processos reprodutivos, um tratamento considerado desumano (SÃO PAULO, 2015). Atualmente, tem-se incluído as demais pessoas com útero, com identidades de gênero diversas, como passíveis de sofrerem este tipo de violência.

Vê-se, portanto, que a violência obstétrica não é uma conduta específica, podendo ocorrer de várias formas e caracterizar, ou não, algum crime previsto na legislação brasileira.

Porém, mesmo quando não se trata de uma infração penal, esses atos violentos podem ser considerados como ilícito civil ou administrativo, ou seja, podem acarretar também o direito de pedir indenização e/ou punição administrativa do/a profissional que assim proceder.

Importante explicar que a violência obstétrica pode ser cometida não apenas por profissionais da obstetria (Medicina ou Enfermagem), podendo também ser praticada por qualquer agente envolvido no cenário obstétrico, seja da área de saúde ou de outra área. Importa, para sua ocorrência, que a violência seja praticada contra uma mulher ou outra pessoa com útero, em contexto gestacional ou reprodutivo, seja no pré-natal, parto, pós-parto, em situações de abortamento e, até mesmo, quando há alguma negativa ou negligência de acesso ou procedimentos relativos ao direito à contracepção.

Assim, em relação às possíveis vítimas da violência obstétrica, são aquelas potencialmente gestantes, ou seja, mulheres cisgênero, em sua maioria, mas também pode ocorrer com homens transgênero.

Importante, pois, discutir em que medida a violência obstétrica consiste em violência de gênero, já que a pessoa que deveria ser protagonista do seu parto sofre tal violação, baseada na sua vulnerabilidade enquanto sujeito de um sistema desigual, coadunado e amplificado pelo patriarcado (MARIANE NASCIMENTO NETO, 2016).

Portanto, conforme explicado anteriormente, é possível entender que a **violência obstétrica consiste em uma forma de violência de gênero**, em virtude de ser praticada contra a mulher (cisgênero), enquanto gênero feminino, por ocasião de seu ciclo gravídico-puerperal (BARBOSA; FABBRO; MACHADO, 2017). Pode ocorrer ainda contra homens transgênero, os quais também podem gestar, parir, amamentar e ter processos de abortamento, por terem sistema reprodutor *feminino*, de modo que também têm direito de acesso a métodos contraceptivos.

Além disso, ambos são consideradas pessoas em vulnerabilidade por causa de sua identidade de gênero, já que, para o patriarcado, tanto pessoas do gênero feminino, quanto aquelas que não se encaixam no padrão binário vigente são alvos de tentativa da dominação

64

4. A DANADA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

*Ô menino, ô menina
Hoje eu vim apresentar
A violência obstétrica
Se você não ouviu falar*

*Pra começo de conversa
Você tem que entender
É uma violência de gênero
E eu vou dizer por que*

*Cometida contra a mulher
Por sua condição feminina
Uma construção cultural
Que com afeto não combina*

*Essa vulnerabilidade
Que ora se lhe apresenta
Decorre é do machismo
E é pior do que aparenta*

*A violência obstétrica
É um grave impropério
Ocorre na gravidez,
No pós-parto e puerpério*

*Também pode acontecer
Em doloroso momento
Que é a violência
Em caso de abortamento*

*Finalizando lembramos
Da violência nos direitos reprodutivos
Que ocorre na negligência
Quanto aos contraceptivos.*

(Carolina Castelo Branco, 2021)

63

masculina.

Nesse contexto é que surgiu e permanece em atuação o Movimento pela Humanização do Parto, que não é contra a realização de procedimentos médicos, nem mesmo de cirurgias cesarianas, apenas exige que o básico, isto é, o devido respeito à pessoa grávida e ao funcionamento do seu corpo, em todo o seu ciclo gravídico-puerperal.

Desse modo, alguns procedimentos feitos na gestação, no parto e no pós-parto, assim como no abortamento, são tidos como desnecessários ou mesmo prejudiciais à saúde da gestante, e até do bebê, não sendo considerados como boas práticas na atenção ao parto e ao nascimento.

Muitos desses procedimentos, portanto, podem ser chamados de violência obstétrica, seja pela inutilidade ou insegurança do procedimento em si, seja pela falta de informação acerca dos riscos das condutas ou ausência de consentimento para realização de alguns deles.

No entanto, violência obstétrica nem sempre equivale às perspectivas do erro médico, conforme discutido a seguir.

Violência obstétrica institucional versus erro médico

Conforme assinalado, *faz-se importante asseverar* que violência obstétrica institucional nem sempre equivale a erro médico.

O erro médico ocorre quando uma conduta clínica é feita sem a devida observação do protocolo recomendado para a conduta técnica, podendo ser de maneira negligente (profissional se omite, de maneira indiferente), imprudente (profissional age de maneira descuidada) ou imperita (sem qualificação para o atendimento). O erro médico, na maioria das vezes, envolve a averiguação da responsabilidade civil do/a profissional de saúde (LEITE, 2017).

Ilustrando o entendimento sobre erro médico, por exemplo, poderíamos destacar as seguintes situações:

- a) quando um/a médico/a esquece algum objeto (corpo estranho) dentro da barriga da pessoa cirurgiada (*negligência*);
- b) um/a enfermeiro/a que coloca soro fora da veia (*imprudência*);
- c) um/a médico/a que não tem a especialidade de ginecologia e obstetria, e mesmo assim assume o atendimento de um parto pélvico (*imperícia*), sem a devida competência para a resolução das intercorrências.

Já a **violência obstétrica** assume uma circunstância mais ampla, não podendo se reduzir apenas à falta de observação da técnica. Trata-se de um conjunto de condutas institucionalizadas que asseveram formas de violência institucional e de gênero, como visto anteriormente, posto que tais condutas, arraigadas à cultura das instituições, sejam estas públicas ou privadas, desferem múltiplas possibilidades de desrespeito à mulher e àqueles que destoam da divisão de gênero definida como padrão na sociedade vigente (patriarcal), a exemplo do homem transgênero grávido.

A violência obstétrica é um ato desumano que fere tratados internacionais, ratificados pelo Brasil, referentes aos direitos humanos das mulheres, como a Convenção sobre a

65

Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra Mulher (CEDAW), de 1979, e a Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, conhecida como Convenção de Belém do Pará, aprovada no Brasil, em 1994 (LEITE, 2017).

Assim, muitas vezes, a violência obstétrica ocorre junto com o erro médico, mas não pode se reduzir a este, pois acarreta muito mais que dano físico ou psíquico passível de responsabilização cível (indenização) ou até penal (procedimento criminal) daquela pessoa que a pratica, sendo uma violação de direitos humanos que precisa ser reconhecida para ser combatida de forma coletiva, isto é, institucionalmente, não apenas de maneira individual.

Conforme visto, a violência obstétrica, portanto, necessita ser abolida, por atentar contra a dignidade da pessoa humana, e por se revelar como desdobramento da violência de gênero, tão incrustada no seio cultural e enraizada à prática de profissionais de saúde e agentes públicos e privados das instituições hospitalares em geral. Importante, pois, explicar mais detidamente tal fenômeno e suas formas de manifestação, conforme discutido na seção adiante.

Condutas excessivas, desnecessárias, desaconselhadas ou feitas sem prévio consentimento da pessoa gestante

De início, oportuno ressaltar que qualquer conduta da equipe de saúde, física ou verbal, ainda que seja uma conduta corriqueira na clínica médica obstétrica, pode se converter em uma violência obstétrica, principalmente quando é feita sem consentimento da pessoa grávida ou recém-parida.

Ainda que o Brasil não tenha, em geral, a tradição de explicar todos os procedimentos que serão realizados no corpo da pessoa em atendimento e de solicitar consentimento expreso e prévio antes de realizar a conduta, isso não significa que essa postura seja desnecessária, já que é obrigação do/a profissional de saúde solicitar a declaração de vontade a respeito da prática do procedimento.

Caso contrário, a conduta pode ser considerada excessiva, desnecessária ou desaconselhada e, a depender do caso, configurar uma violência obstétrica, quando realizada no contexto reprodutivo e/ou do ciclo gravídico-puerperal.

A conduta de profissional de saúde realizada sem autorização do/a paciente pode ser considerada um constrangimento legal, de modo que apenas havendo risco de morte é que a escolha do/a profissional de saúde poderia prevalecer sobre a do/a paciente, segundo os artigos 22 e 31 do Código de Ética Médica (SOSA, 2015).

Assim, para melhor entender o alcance da violência obstétrica, a seguir será explanada a tipologia deste tipo de violência.

Tipos de violência obstétrica

De acordo com Tiné (2017, n.p.):

66

das condutas clínicas necessárias pode ser considerada uma violência obstétrica institucional, marcada pela violência simbólica de gênero.

b) Ameaças: especialmente quando a pessoa gestante, em trabalho de parto ou no pós-parto recusa a realização de algum procedimento em seu corpo. Pode configurar o crime previsto no art. 147 do Código Penal (BRASIL, 1940).

c) Violência em situações de abortamento: como vimos, também deve haver atendimento humanizado em casos de abortamento, conforme Norma Técnica do Ministério da Saúde, “que prevê a garantia da liberdade, dignidade, autonomia e autoridade moral e ética e o afastamento de todo tipo de preconceito, estereótipo e discriminação que possa regar e desumanizar esse atendimento” (SÃO PAULO, 2015, p. 16). Assim, ocorrendo perda gestacional, o atendimento inadequado pode também configurar violência obstétrica.

d) Comentários constrangedores à mulher e demais pessoas gestantes: “por sua cor, raça, etnia, idade, escolaridade, religião ou crença, condição socioeconômica, estado civil ou situação conjugal, orientação sexual, número de filhos, etc.” (SÃO PAULO, 2015, p. 8), seja no pré-natal, parto, pós-parto ou em casos de abortamento, podendo até mesmo configurar crime de racismo, a depender das ofensas proferidas.

e) Uso de xingamentos ou expressões grosseiras: situações vexatórias, desrespeitosas, antiprofissionais, através de palavras de baixo calão, que causem dor e sofrimento mental e psicológico (PARAIBA, 2020). Normalmente, essas situações ocorrem quando a mulher/pessoa gestante grita ou faz vocalizações durante as contrações do trabalho de parto, ocorrendo a violência quando ela é impedida de se expressar, ou seja, é um silenciamento que, além de violento, é antitético. Tais condutas desrespeitosas podem configurar crimes contra a honra, previstos no Código Penal (BRASIL, 1940).

f) Recusar negativa de exames de pré-natal, cuja realização pelo Sistema de Saúde é garantida por lei, podendo acarretar infração administrativa do/a profissional.

g) Ter negado o seu direito ao acompanhante de livre escolha, o qual é assegurado pela Lei Federal nº 11.108/2005 (BRASIL, 2005). Importante lembrar que a **presença do acompanhante não se confunde com o direito de assistência de doula**, já que cada um desempenha um papel diferente no cenário do parto: enquanto a doula tem a função de assistência à pessoa gestante, especialmente no oferecimento de métodos não farmacológicos de alívio da dor, o/a acompanhante deve oferecer presença segura, no sentido de estar disponível para verificar se os melhores procedimentos estão sendo oferecidos à parturiente e ao feto, quando de seu nascimento.

h) Receber negativa da presença da doula no hospital, maternidade ou centro de parto normal,

68

A violência obstétrica é aquela que acontece no momento da gestação, parto, nascimento e/ou pós-parto, inclusive no atendimento ao abortamento. Pode ser física, psicológica, verbal, simbólica e/ou sexual, além de negligência, discriminação e/ou condutas excessivas ou desnecessárias ou desaconselhadas, muitas vezes prejudiciais e sem embasamento em evidências científicas.

Assim, a violência obstétrica pode acontecer por meio de condutas explícitas e/ou sutis, que ora podem favorecer, ora podem dificultar a percepção da ação cometida contra a vítima.

De todo modo, as mulheres e demais pessoas que podem ficar gestantes já têm despertado para a compreensão da violência obstétrica como uma realidade. Nos termos da pesquisa de opinião “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado”, feita pela Fundação Perseu Abramo e pelo Serviço de Apoio ao Comércio (SESC) em 2010, divulgada no ano de 2011, **uma em cada quatro mulheres afirmou ter sofrido alguma violência durante seu parto** (SOSA, 2015).

Por outro lado, muitas vezes, as gestantes sequer percebem que foram vítimas de uma violência obstétrica, pois costumam associar o processo de parto e nascimento a sofrimento, naturalizando a ocorrência de uma experiência ruim (SÃO PAULO, 2015).

Portanto, é importante nomear cada tipo de conduta, sendo essencial a obtenção de informação a respeito do tema, a fim de prevenir a ocorrência de ofensas e atos violentos e, assim, ter uma boa experiência reprodutiva.

É possível perceber, conforme visto anteriormente, que o próprio Ministério da Saúde considera a violência obstétrica como uma realidade, afirmando, ainda, que tal violência pode ocorrer de várias formas, conforme veremos a seguir.

Violência verbal

A violência verbal ocorre por meio de palavras, expressões ou recusas indevidas às pessoas do ciclo gravídico-puerperal, acarretando ofensa moral ou psicológica.

Os casos de violência verbal são normalmente marcados pela violência simbólica, decorrente da dominação masculina mencionada por Bourdieu (2019), a qual coloca a mulher, socialmente, em algum lugar determinado como sendo “feminino”.

Recentemente, inclusive, foi criado o programa Sinal Vermelho contra a Violência doméstica, sendo editada a Lei nº 14.188, de 28 de julho de 2021, que alterou a Lei Maria da Penha e o Código Penal, de modo que, a partir de tal data, passou a existir o crime de “Violência psicológica contra a mulher”, com a inserção do art. 147-B ao Código Penal brasileiro (BRASIL, 2021).

São exemplos desse tipo de violência obstétrica os seguintes aspectos:

a) Omissão de informações: como já dissemos anteriormente, qualquer procedimento clínico deve ser feito por meio do prévio consentimento da mulher e da pessoa gestante, tanto no pré-natal, trabalho de parto, pós-parto, em situações de abortamento ou qualquer questão reprodutiva. Assim, omitir essa permissão prévia ou deixar de informar os riscos e benefícios

67

durante trabalho de parto, parto e pós-parto, garantida por lei em vários Estados e Municípios do país, a exemplo da Paraíba (Lei Estadual nº 10.648/16) e seus maiores Municípios, quais sejam, João Pessoa (Lei nº 13.080/15), Campina Grande (Lei nº 6.302/16) e Patos (Lei nº 4.727/16) (FARIAS; MELO, 2017).

Apesar de não haver ainda lei federal garantindo o direito à presença e apoio da doula, apenas o PL nº 8.343/2017 (BRASIL, 2017), existe uma resolução da Anvisa, a RDS nº 36/2008, que determina que os serviços de atenção obstétrica e neonatal devem “proporcionar acesso a métodos não farmacológicos e não invasivos de alívio à dor e de estímulo à evolução fisiológica do trabalho de parto” (BRASIL, 2008, n.p.).

Portanto, de certa forma, existe normativa que abre a possibilidade de garantia da presença da doula em todas as instituições, mesmo nas localidades em que não exista lei específica a respeito, já que, como visto, as evidências científicas mostram que essa profissional traz inúmeros benefícios no que concerne a uma boa experiência de parto fisiológico (DINIZ; DUARTE, 2004), conforme abordado anteriormente, quando tratamos da doula como profissional de assistência ao parto, de modo que a **não permissão de seu acesso à cena do parto configura uma violação sanitária**.

i) Negativa de recebimento do plano de parto: trata-se de um documento feito com a finalidade de registrar quais condutas clínicas a pessoa gestante deseja seguir no trabalho de parto, durante o parto e no pós-parto. Funciona tanto para melhorar a comunicação com a equipe de saúde, pois grande parte da assistência é feita em plantões de instituições hospitalares em que não há como escolher previamente os profissionais que irão atender à gestante, como também quando não se pode emitir declaração de vontade naquele momento, seja por alguma impossibilidade médica, seja por estar imersa no trabalho de parto, especialmente no momento da “partolândia”.

Segundo a cartilha do Governo da Paraíba, o plano de parto é a “estratégia mais eficiente para evitar a violência obstétrica” (PARAIBA, 2020, n.p.). Em termos práticos, trata-se de um

[...] documento feito pela gestante, onde fica registrado por escrito tudo aquilo que ela deseja da assistência médica e hospitalar, o que a mulher deseja em relação às etapas do trabalho de parto, aos procedimentos médicos antes do parto, durante o parto e aos cuidados com o recém-nascido/o no pós-parto (PARAIBA, 2020, n.p.).

O Conselho Federal de Medicina prevê, em sua Resolução nº 1995/2012, a possibilidade de o/a paciente estabelecer o que se chama de “diretivas antecipadas de vontade”:

[...] Conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012, n.p.).

Portanto, o plano de parto funciona como a materialização documental das diretrizes antecipadas de vontade, já que é feito especialmente para que as opções da pessoa gestante

69

sejam seguidas no caso de ela não estar em condições de expressar seu consentimento. Assim, caso o/a profissional de saúde que atenda a mulher/pessoa gestante recuse o recebimento ou cumprimento do plano de parto, estará descumprindo lei local (onde houver) ou norma prevista no Conselho Federal de Medicina, estando sujeito/a, portanto, às penalidades civis ou administrativas previstas nessas normativas.

Tal documento é tão importante para prevenir a violência obstétrica que a Defensoria Pública do Estado de São Paulo editou uma cartilha bastante completa a respeito, na qual, além de explicar o que significa o plano de parto, traz alguns modelos a respeito (SÃO PAULO, 2018). Referida publicação pode ser acessada em link constante ao final deste capítulo.

Violência física

As condutas realizadas diretamente no corpo da mulher/pessoa gestante, recém-parida ou após abortamento, que resultarem em risco de danos ou lesões físicas concretas, devendo marcas ou cicatrizes temporárias ou permanentes, são consideradas violência obstétrica física, bem como qualquer ato que impeça a liberdade de locomoção ou de posição.

As expressões da violência física podem ocorrer nas seguintes situações:

a) *Tricotomia*: trata-se de corte parcial ou total dos pelos pubianos, considerada violência quando feita sem o consentimento prévio e expresso. A recomendação do Ministério da Saúde é que não seja realizado de forma rotineira (BRASIL, 2017). Também não é obrigatória a realização de qualquer tipo de *depliação* pela mulher/pessoa gestante.

b) *Episiotomia*: corte feito no perineo (região da musculatura entre a vagina e o ânus, responsável pela sustentação dos órgãos pélvicos). Há pouco tempo, era indicado em casos raros, como no parto com auxílio instrumental, isto é, via fórceps ou vácuo extrator, quando o uso desses instrumentos não fosse suficiente para facilitar a saída do feto do canal de parto.

O parto vaginal pode precisar do auxílio de instrumentos quando, mesmo alterando-se a posição da mulher/pessoa gestante, isto é, sugerir que a mulher não fique deitada, mas em pé, de cócoras ou de quatro apoios, por exemplo, há dificuldade de expulsão do bebê.

Chama-se de parto instrumental (BRASIL, 2017) aquele realizado com auxílio de instrumentos para retirar o bebê de dentro do canal de parto por meio de um movimento de tração que desloca a cabeça do feto para fora da vagina (DINIZ; DUARTE, 2004), ou o *vácuo extrator* (ou extrator obstétrico a vácuo), que consiste em “uma pequena ventosa feita de um material semelhante à borracha conectada a uma fonte de vácuo”, o qual é “(...) inserido na vagina e uma sucção para segurar a cabeça do bebê” (MOLDENHAUER, 2020, n.p.), puxando-a para fora do canal de parto.

Todavia, mesmo em caso de necessidade de uso de instrumentos para ajudar a saída do bebê, não foi constatada evidência científica de que o corte auxiliaria o expulsivo, pois o que precisa dilatar é o colo do útero, que fica dentro da vagina, não sendo demonstrado que o

70

e) *Proibição de liberdade de locomoção e de posição*: a gestante não deve ser tratada como ou se sentir uma prisioneira, sendo permitido levantar e se locomover durante o trabalho de parto, não sendo obrigada a partir deitada ou com as pernas amarradas. Como visto anteriormente, quando abordamos o parto fisiológico, é interessante que a gestante se movimente, tanto para diminuir a sensação de dor no trabalho de parto, quanto para ajudar o bebê a encaixar e descer na pelve, facilitando o nascimento. A recomendação é que seja encorajado o movimento e a adoção das posições mais confortáveis (BRASIL, 2017).

Assim, não se recomenda a posição horizontal (*litomia*), até mesmo porque dificulta a saída do bebê, por deixar a pelve mais estreita, podendo causar mais dor e aumentar as chances de danos e lacerações no perineo. Portanto, obrigar a mulher/pessoa gestante a ficar nessa (ou em qualquer outra) posição é considerada uma violência obstétrica.

f) *Uso de ocitocina sintética/artificial (“sorinho”)*: a ocitocina sintética é utilizada para acelerar o trabalho de parto, pois aumenta a intensidade das contrações uterinas. Aplicada em quantidade maior que a adequada para a fase de trabalho de parto em que se encontra a gestante, a ocitocina pode ser uma “bomba” hormonal, podendo ocasionar ruptura uterina, além de dores *insuportáveis*, bem como acarretar risco de hemorragia e redução de oxigênio para o feto (PARÁIBA, 2020). Assim, pode ser considerada uma violência obstétrica, principalmente devido ao seu uso indiscriminado ou sem consentimento da pessoa gestante.

Por outro lado, oportuno lembrar que, a fim de prevenir a hemorragia pós-parto, a ocitocina sintética é utilizada por meio da aplicação de uma injeção intramuscular de tal hormônio artificial. Assim, a não disponibilização voluntária desse recurso, logo após o nascimento da placenta, pode ser considerada uma conduta negligente.

O protocolo de utilização da ocitocina no parto vaginal, conforme as evidências científicas, consta descrito nas “Diretrizes de Assistência ao Parto Normal” do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017).

g) *Pressão sobre a barriga para empurrar o feto em direção ao canal de parto (Manobra de Kristeller)*: essa conduta de fazer uma pressão manual do fundo do útero é expressamente não recomendada pela OMS (OPAS/OMS, 2018) e pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), pelos potenciais danos a gestante e ao feto. Apesar disso, ainda há muitos relatos dessa manobra como uma “ajudinha”, porém, ela pode causar dor e lesão nos órgãos internos da gestante, ou, em casos extremos, morte do feto. Assim, além de ser uma violência obstétrica, pode configurar erro médico e, ainda, os crimes de lesão corporal ou homicídio.

h) *Recusa de oferecimento de métodos de alívio da dor durante o trabalho de parto ou em situações de abortamento*: segundo as diretrizes do Ministério da Saúde, a aplicação de anestésicos (analgésia) pode ser utilizada em ambiente hospitalar mesmo não sendo caso de cirurgia cesariana, podendo ser solicitada pela gestante, desde que explicados seus riscos, já que, apesar de promover diminuição da dor, pode acarretar diminuição da sensibilidade e da locomoção, podendo aumentar o tempo do trabalho de parto (BRASIL, 2017).

72

aumento da abertura do perineo, via episiotomia, acelera o processo de nascimento.

Além disso, costuma-se afirmar que a episiotomia deve ser feita para prevenir lesão maior do perineo, porém, os estudos mostram que esse corte já é uma lesão de 2º grau dessa musculatura, enquanto a maioria dos partos normais ocasiona laceração de 1º grau, considerada simples e que não precisa sequer de sutura (pontos).

Assim, não faz sentido ocasionar uma lesão mais grave do que a que naturalmente pode ocorrer no corpo, de modo que a episiotomia pode ser considerada uma mutilação do órgão sexual feminino, podendo ter uma cicatrização difícil e ocasionar dor na relação sexual, incontinência urinária e, até mesmo, anorreal (do ânus).

Importante lembrar que não há recomendação de episiotomia no parto vaginal espontâneo, mas existe indicação de que, quando for feita, deve haver analgesia (BRASIL, 2017).

De toda forma, a episiotomia pode ser considerada violência obstétrica quando feita sem consentimento ou anestesia local, bem como quando é dada a justificativa de ser necessário para aumentar o canal de parto, já que as evidências científicas não comprovam a necessidade de tal procedimento.

Além disso, após a realização de episiotomia, há profissionais que realizam a episiorrafia (sutura do corte feito na episiotomia) fazendo o chamado “*ponto do marido*”, que consiste em uma tentativa de diminuir ou apertar a abertura da vagina, para que fique supostamente “menos larga” após o parto normal. Tal conduta pode mutilar a região genital, bem como acarretar dores durante a relação sexual e até maior tempo de cicatrização do corte, sendo um exemplo típico de tentativa de dominação do corpo da mulher, como se propriedade do *marido* fosse. Por tudo o que foi dito, essa prática configura uma evidente violência de gênero.

Por fim, também pode ser considerada uma violência o ato de “esticar”, isto é, forçar manualmente a abertura do perineo da mulher com os dedos. Ainda que não seja feita um corte, tal manobra também pode ser dolorosa e causar grave laceração e, sendo feita sem consentimento, caracteriza violência obstétrica.

c) *Enema ou lavagem intestinal*: existe um costume de realização de lavagem intestinal durante o trabalho de parto, e o intuito seria evitar a saída de fezes quando se faz força para o bebê nascer. Pode ser considerada uma violência obstétrica pela tentativa de enquadrar o parto como patologia, de modo a se manter o ambiente séptico (limpo), porém, essa é uma prática ultrapassada e não recomendada de forma rotineira pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2017).

d) *Impedir hidratação ou alimentação da mulher/pessoa gestante durante o trabalho de parto*: costume não oferecer água e impedir a mulher de se alimentar durante o trabalho de parto, com a justificativa de que poderia ser necessário realizar uma cesariana. Todavia, quando a cirurgia é urgente, ela é realizada independentemente dessas questões. Assim, é uma violência, pois a mulher precisa de energia e de hidratação para se manter em condições de ter um parto normal, sendo essas as recomendações do Ministério da Saúde a respeito (BRASIL, 2017).

71

Assim, havendo analgesia disponível, a recusa de aplicação à gestante pode ser considerada uma violência obstétrica, pois:

A solicitação materna por analgesia de parto compreende indicação suficiente para sua realização, independente da fase do parto e do grau de dilatação. Isto inclui parturientes em fase latente sem dor intensa, após esgotados os métodos não farmacológicos (BRASIL, 2017, p. 19).

Inclusive, atualmente está em andamento no Congresso Nacional o Projeto de Lei nº 10.209/2018, que pretende tornar obrigatória a disponibilização de anestésicos peridural e raquidiana na assistência aos partos vaginais realizados pelo Sistema Único de Saúde.

Além das formas medicamentosas de analgesia, a recusa de oferecimento de métodos não farmacológicos de alívio da dor também pode ser considerada uma violência obstétrica. Esses métodos normalmente são utilizados pela doula, mas também podem ser aplicados por profissionais de Enfermagem, Fisioterapia ou mesmo Medicina presentes na cena do parto, sendo exemplos: massagens na região das costas, pressão manual no quadril, compressa ou banho de água morna, aromaterapia (uso de óleos essenciais cujo aroma tem propriedades medicinais), acupuntura (técnica oriunda da medicina chinesa que utiliza a aplicação de agulhas em pontos específicos do corpo, com a finalidade de promoção de saúde), movimentações no quadril feitas com a mulher/pessoa gestante sentada na bola suíça (conhecida como bola de pilates) etc.

Além disso, a não utilização de anestesia em situações de abortamento, isto é, a “realização de procedimentos invasivos e dolorosos sem consentimento ou sem anestesia” (SÃO PAULO, 2015, p. 16) configura violência obstétrica física. Em termos explícitos:

No caso de aborto incompleto ou retido, o profissional de saúde deverá utilizar métodos humanizados para atendimento, garantindo o alívio da dor por anestesia, se necessário, e utilizando o AMIU (aparelho de aspiração manual intrauterina), disponível em todas as maternidades e preconizado nas normas técnicas do Ministério da Saúde (SÃO PAULO, 2015, p. 16).

De toda forma, seja no caso de realização de AMIU, técnica de aspiração intrauterina que utiliza materiais descartáveis para retirar o restante de estruturas gestacionais após um abortamento, seja no caso de *curtagem*, técnica utilizada com instrumentos hospitalares, deve-se utilizar anestésico para alívio da dor.

i) *Rompimento das membranas da bolsa amniótica (amniotomia)*: quando feita sem consentimento, pode ser considerada uma violência obstétrica, já que pode acelerar o trabalho de parto e, conseqüentemente, a intensidade da dor das contrações uterinas. A recomendação do Ministério da Saúde é não realizar o rompimento da bolsa como rotina, em caso de trabalho de parto que esteja progredindo bem (BRASIL, 2017).

j) *Realização de toques vaginais em excesso*: como visto, o toque vaginal serve para avaliar o colo do útero, a fim de verificar sua dilatação (que vai até 10 cm), e se ele está espesso/grosso. Costuma-

73

se avaliar o colo via toque durante a progressão do trabalho de parto, mas ele deve ser feito com consentimento e com a melhor técnica, a fim de evitar dor desnecessária, caso contrário, pode ser configurada uma violação da mulher e do corpo grávido e, conseqüentemente, uma violência obstétrica.

Assim, seja durante o trabalho de parto ou no pré-natal, não é preciso realizar toque vaginal rotineiramente, ou seja, na ausência de contrações, sendo esta a recomendação das diretrizes de parto normal do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017).

k) **Agressões físicas:** os casos anteriormente explanados são condutas clínicas que podem redundar em violência física, sendo feitas no contexto de atendimento de saúde ao pré-natal, parto, pós-parto ou abortamento. Porém, ações que correspondem a agressões diretas também são consideradas como violência obstétrica e podem configurar até mesmo crimes previstos no Código Penal (BRASIL, 1940), como bater, empurrar, atirar objetos, beliscar, apertar os braços, torturar, privar a liberdade etc.

l) **Violência sexual:** pode haver condutas de violência sexual no contexto da violência obstétrica, devendo-se observar se os atos praticados poderiam ser considerados libidinosos, de acordo com a lei penal, ou seja, feitos com o intuito de satisfazer algum prazer sexual de quem os praticam.

Assim, por exemplo, um exame de toque vaginal sem luzas, uma avaliação dos seios com formas indevidas de toque, desde que sejam ligadas ao caráter sexual do corpo tocado, no pré-natal, trabalho de parto, pós-parto, em situações de abortamento ou atendimento ginecológico, podem ser consideradas como crimes contra a dignidade sexual previstos no Código Penal (BRASIL, 1940), a exemplo de estupro, devendo ser investigadas como tal pela justiça criminal.

m) **Violência reprodutiva:** as condutas de negativa de acesso a métodos anticoncepcionais, ocasionais ou permanentes, quando previstos em lei, podem caracterizar uma violência obstétrica contra a mulher cisgênero e/ou o homem transgênero, por não possibilitar o acesso ao planejamento sexual e ao planejamento reprodutivo.

O mesmo ocorre quando se tenta obrigar certo grupo de mulheres cis ou homens trans a utilizar contraceptivos, o que fere a liberdade individual. Da mesma forma, negligência, imprudência ou imperícia na colocação de certos métodos contraceptivos por profissionais de saúde (como anticoncepcionais implantados abaixo da pele, e dispositivos uterinos como DIU e "Essure"), assim como a negativa de sua retirada, quando solicitada pelas pessoas interessadas, também podem configurar uma violência obstétrica, por ocorrer no contexto que envolve a reprodução humana.

n) **Cesárias sem indicação clínica real:** a cesárea, seja agendada ou supostamente de urgência, quando realizada sem indicação clínica real, ou sem o consentimento da gestante, pode ser considerada uma violência obstétrica.

74

recuperação, dentre outros riscos para a gestante, a exemplo das implicações anestésicas, com riscos cardiovasculares e respiratórios. Já em relação ao bebê, também há possibilidades de danos à saúde, como necessidade de cuidados intensivos ao nascer e mais chances de precisar de assistência respiratória (DINIZ; DUARTE, 2004).

Já o parto normal, apesar de envolver mais dor no momento do trabalho de parto, causada pelas contrações uterinas, tem menor custo que a cesariana, recuperação mais rápida, menor risco de infecção pós-parto e ajuda a eliminar os líquidos pulmonares do bebê (AGUILAR *et al.*, 2014).

Segundo as "Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana", publicação do Ministério da Saúde, é recomendada a realização de cesárea em casos específicos, com a devida justificativa. Mas, para sua realização, deve-se aguardar o termo completo, isto é, 39 semanas de gestação (BRASIL, 2015). Posto isso, as razões para a realização do parto por meio de cirurgia cesariana devem ser pautar nos seguintes aspectos:

QUADRO 3: Diretrizes que orientam a decisão pela cirurgia cesariana.

CIRURGIA CESARIANA	
DIAGNÓSTICO	DESDOBRAMENTOS
Placenta prévia e acretismo placentário	Quando a placenta está localizada, total ou parcialmente, no saída do canal de parto (placenta prévia) ou quando não está bem aderida ao útero, sendo difícil sua saída no parto normal (acretismo placentário).
Vírus da imunodeficiência humana (HIV), causador da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS)	Em gestantes HIV positivas, sem uso de medicação, com carga viral desconhecida ou maior que as referências médicas seguras.
Lesão genital	Em gestantes com lesão ativa de herpes simples genital.
Bebê "sentado"	Quando o bebê está com apresentação pélvica (sentado) e não vira por versão cefálica externa (uma técnica feita por fora da barriga para virar o bebê), que pode ser feita com 36 semanas de gestação.

FONTE: Adaptado do Ministério da Saúde (2015).

Além dessas situações, a médica ginecologista e obstetra Melânia Amorim, pesquisadora e ativista pelos direitos sexuais e reprodutivos, publicou em seu blog outras indicações reais para realização de cesariana (AMORIM, 2012), quais sejam:

- prolapso de cordão umbilical*, que é quando o cordão aparece antes da cabeça do bebê, no caso de dilatação não completa;
- descolamento prematuro da placenta*, que é a separação da placenta da parede uterina antes do nascimento, quando ocorre com feto vivo e sem ser no período expulsivo;
- apresentação transversa* (bebê deitado na barriga) durante o trabalho de parto;
- ruptura de vasa prévia*, ou inserção velamentosa do cordão umbilical, uma situação rara que acontece quando vasos sanguíneos do feto se inserem diretamente na placenta, podendo romper durante o trabalho de parto.

76

Isso porque, segundo o Ministério da Saúde, essa opção aumenta o risco não só de uma infecção, mas de várias complicações pós-parto, tais como maior risco de ocorrer hemorragia, risco de complicações da anestesia (podendo chegar até a morte), risco de acríetismo placentário (quando a placenta gruda no útero), risco de placenta prévia e de endometriose, além de problemas com a fertilidade (SÃO PAULO, 2015, p. 11).

Assim, caso não seja uma indicação verdadeira, ou seja, que esteja entre aquelas clinicamente comprovadas como sendo necessária à realização de cesariana, ou feita sem a manifestação de vontade da pessoa grávida, ocorre violência obstétrica. Não a toa, costuma-se chamar esse caso de "desnecessária".

A respeito da cirurgia cesariana, existe verdadeira luta contra o "viés de gênero" na prática médica, conforme será visto a seguir.

Parto normal versus cirurgia cesariana: a luta contra o "viés de gênero"

Como visto anteriormente, o parto normal ou fisiológico é aquele que acontece quando o feto nasce saindo pelo canal de parto, isto é, pela vagina, por isso que também se chama de parto vaginal. Essa via de nascimento ocorre de acordo com o funcionamento esperado do corpo e deveria ser o meio mais comum ou normal de nascer, tanto que consta na publicação da Atenção Básica do SUS sobre saúde sexual e saúde reprodutiva que "o parto cesariano, sem indicação clínica, constitui-se em risco inaceitável à saúde da mulher e do recém-nascido" (BRASIL, 2013, p. 234).

Não só o Sistema Único de Saúde tem estudos, publicações e legislações incentivando que seja dada preferência ao parto normal, a exemplo das já citadas Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal (BRASIL, 2017), mas também a Organização Mundial da Saúde (OMS), que possui recomendações direcionadas a países de todo o mundo para incentivar a assistência ao parto normal, o qual deve ocorrer da maneira mais alinhada possível às evidências científicas. Essas recomendações de parto respeitoso da OMS, que são diretrizes para mulheres saudáveis terem uma experiência positiva de parto, foram atualizadas em 2018 (OPAS/OMS, 2018).

Ainda segundo a OMS, a taxa ideal de cesarianas deveria ser entre 10% e 15% de todos os partos (HRP/WHO, 2015). Esse percentual considera as cesáreas realmente necessárias, isto é, com motivos clínicos justificados, nos casos de o parto normal poder apresentar risco real para a gestante ou para o feto (AGUILAR *et al.*, 2014).

É que o parto *cesário*, expressão usada popularmente para se referir à cesariana, apesar de ser um recurso seguro e eficaz de redução da mortalidade materna, é uma cirurgia de grande porte "que consiste no corte de sete camadas do corpo para que se realize a retirada do bebê pelo abdômen da mãe" (DINIZ; DUARTE, 2004, p. 161).

Por isso, precisa ter indicação clínica realmente embasada nas evidências científicas, posto que o parto via cesárea tem maior chance de causar morte materna, hemorragia severa, infecção urinária, uterina ou da ferida cirúrgica, aderência na cicatrização, dores intensas na

75

Assim, as indicações reais para realização de cirurgia cesariana são casos bastante específicos, precisando de diagnóstico e acompanhamento médico prévio. Porém, a maior parte das gestações é considerada de risco habitual (baixo risco), podendo ser acompanhadas com tranquilidade, até mesmo por profissional da Enfermagem, não necessariamente da Medicina, sendo possível o nascimento por parto normal.

Contudo, mesmo com tantos incentivos governamentais ao parto vaginal, o fato é que a realização de cirurgias cesarianas ainda tem número muito alto no Brasil.

De acordo com a pesquisa "Nascer no Brasil", da Fundação Oswaldo Cruz, realizada entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012, 52% de todos os nascimentos hospitalares no Brasil ocorreu por meio de cirurgia cesariana e, quando se analisou apenas o setor privado, a porcentagem aumentou para 88% de cesáreas realizadas sendo que, dentre adolescentes, o percentual foi de 42% de parto por via cirúrgica (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2014).

No livro "Parto normal ou cesárea? O que toda mulher deve saber (e todo homem também)", as autoras afirmam que "todos os estudos rigorosos comprovam que o parto normal é mais seguro para a mulher e seu bebê" (DINIZ; DUARTE, 2004, p. 38).

Nesse contexto, surge a seguinte inquietação: por que se observa essa realidade de ocorrência de cesáreas em percentual muito superior ao máximo de 15% recomendado pela Organização Mundial da Saúde?

Essa resposta não é simples, mas o que parece ocorrer, no Brasil, é que a maioria dos profissionais da Medicina subestima os riscos da cirurgia cesariana (DINIZ; DUARTE, 2004). Além disso,

[...] em nosso país, não há uma tradição de consentimento informado em saúde (esclarecer o paciente do procedimento a que será submetido, antes da intervenção), e menos ainda da escolha informada (esclarecer o paciente das diferentes opções de procedimento, para participar da escolha, em parceria com o profissional), ou da recusa informada (o paciente recusa o procedimento com base na informação recebida) (DUARTE; DINIZ, 2004, p. 42).

Assim, existe uma *crença* cultural de que o/a médico/a deve dar a última palavra, deixando de lado a própria vontade da pessoa assistida, a qual deveria ser a principal responsável pela escolha (ou recusa) de qualquer procedimento médico ou cirúrgico, após ser devidamente informada sobre as justificativas para a realização do procedimento apontado, seus riscos e benefícios.

No caso da gestação, existe também um "viés de gênero", isto é, uma visão tendenciosa, a qual vê o corpo da mulher (pessoa grávida) como frágil, que depende da tecnologia, até mesmo perigoso para o bebê (DINIZ; DUARTE, 2004).

Todavia, apesar da existência de diretrizes legais que determinam o tratamento com igualdade das pessoas humanas, no Brasil, tem prevalência um modelo *intervencionista do parto*, que segue a referida visão enviesada, segundo a qual é preciso fazer intervenções no corpo para proteger o bebê desse organismo *ameaçador*. Tal modelo entende como perigoso o corpo grávido, seja da mulher ou de qualquer pessoa que, identificando-se de forma diferente do que propõe o modelo "heteronormativo" vigente, pretenda levar a frente uma gestação.

77

De todo modo, esse modelo intervencionista

[...] permanece porque é conveniente a muitos interesses – dos hospitais e dos profissionais, e mesmo nas relações entre homens e mulheres. Mantém-se por seu caráter ritual, por sua capacidade de reproduzir valores e relações sociais. Para as mulheres, acreditar que são incapazes de enfrentar o parto com saúde e alegria, entregar o trabalho para terceiros, é uma saída honrosa e socialmente aceitável. Não se deve ter nenhuma culpa com relação a isso, principalmente diante do medo e da incerteza – sentimentos tão humanos e normais na gravidez, um momento especial de vulnerabilidade (DINIZ; DUARTE, 2004, p. 20).

Há também a falta de atualização dos conhecimentos em obstetria com bases nas evidências científicas mais recentes, que acaba levando a diagnósticos inadequados, resultando em indicação de cesarianas sem necessidade real, mas apenas em virtude do despreparo daquele/a profissional ou da equipe médica para aguardar a progressão do trabalho de parto normal.

Assim, apesar de as evidências científicas estarem superando, aos poucos, esse modelo, mostrando que o corpo grávido precisa de pouca interferência na gestação e no parto, tal modelo ainda é muito presente, e pode ajudar a explicar o número tão alto de cesarianas ainda realizadas no Brasil, assim como as intervenções durante o parto normal.

Os profissionais de assistência ao parto que atuam com base em evidências científicas seguem um atendimento que busca que a **mulher/pessoa gestante seja protagonista**, independentemente de sua orientação sexual e/ou identidade de gênero, dando conhecimentos suficientes sobre os riscos e benefícios dos procedimentos médicos disponíveis, para que se faça uma *escolha informada* do melhor caminho a ser adotado.

Defendemos que as mulheres têm direito de decidir sobre como querem seus partos, e, para isso, é importante que estejam informadas dos riscos potenciais da cesárea com base em estudos rigorosos, não apenas opiniões do profissional, uma vez que esta é muitas vezes, enviesada [...] (DINIZ; DUARTE, 2004, p. 42).

De toda forma, assegurar que sejam explicadas as diferenças entre as vias de parto, demonstrando os benefícios do parto vaginal, devendo a cesariana ser escolhida ou indicada como via de parto apenas nos casos estritamente necessários, também é uma luta do Movimento da Humanização contra o “viés de gênero” existente no atendimento obstétrico.

A discussão é tão importante que o livro didático adotado atualmente pelo IFPB para o estudo de Biologia traz a sugestão de realização de debate acerca do tema “Parto normal ou cesariana (parto cirúrgico): uma opção consciente” em aulas práticas, a fim de que sejam debatidas “as características e a adequação dessas duas modalidades de parto” (AGUILAR *et al.*, 2014, p. 224).

Violência neonatal

As condutas violentas mencionadas até o momento são direcionadas especificamente à

78

violência obstétrica, entendendo-se como oportuno mencionar, no presente material, o que ambos os sujeitos da pesquisa pensam a respeito do tema.

Em suma, foi observado que, em praticamente todas as respostas relativas ao significado de “violência obstétrica”, os/as docentes mencionam que ela decorre da realização de diversos tipos de violência por profissionais de saúde, sejam verbais ou físicas, por meio de procedimentos feitos sem consentimento ou de maneira desatualizada, assim como via atendimento profissional inadequado/indevido, ou de a gestação, mesmo de risco habitual, ser tratada como uma patologia.

Além disso, foi observada a menção, pelos/as professores/as, ainda que de forma indireta, ao Movimento da Humanização do parto e do nascimento, quando algumas respostas afirmaram que o parto mais natural possível é mais seguro para mãe e bebê.

Assim, em apertada síntese, pode-se dizer que o entendimento expressado pelos/as docentes de Biologia do IFPB na pesquisa demonstra que suas concepções sobre “violência obstétrica”, apesar de não englobarem a totalidade de sentidos que o termo pode expressar, estão próximas ou representam, pelo menos, boa parte do significado amplo que tem a referida expressão.

Também foram sujeitos da pesquisa de campo os/as discentes do Ensino Médio Técnico-integrado do IFPB, os quais, em questionário misto, foram igualmente solicitados a responder perguntas relacionadas à violência obstétrica.

No caso, foi observado que, em sua maioria, os/as alunos/as entendem que a violência obstétrica é passível de ocorrer apenas durante o parto, mas diversos discentes também citaram a gestação, aborto e até mesmo o pós-parto como momentos em que é possível acontecer esse tipo de violência, o que de fato é englobado no conceito, como foi visto nas seções anteriores.

Portanto, os/as estudantes também conseguem perceber que a violência obstétrica está ligada às condutas das equipes de saúde, compreendendo, assim como os/as docentes, que a expressão tem multissignificados. O teor completo da análise dos dados obtidos consta em capítulo específico da dissertação *“Alma mater”: violência obstétrica como violência de gênero*, conforme consta na Apresentação da presente publicação.

Violação de direitos: onde buscar a ajuda jurídica?

Ser vítima de uma violência obstétrica e de gênero pode ser algo muito doloroso. Mas, procurar ajuda jurídica, notificar as autoridades sobre a violação de direitos e buscar a reparação de danos pode significar um dos desdobramentos de cura do trauma sofrido, aspecto este muito importante não apenas para a punição do ato individualmente cometido, mas também pela possibilidade de prevenir a repetição dessas violências com outras pessoas.

Na Paraíba, recentemente, foi publicada uma cartilha que trata sobre violência obstétrica, a qual explica, dentre outras questões, as providências a serem tomadas quando se é vítima desse tipo de violação (PARAÍBA, 2020). Porém, desde 2015, a Defensoria Pública do Estado de São Paulo divulga o que é violência obstétrica e como buscar apoio jurídico ao ser vítima

80

mulher e demais pessoas com sistema reprodutor *feminino*, seja durante gestação, trabalho de parto, nascimento, casos de perda gestacional e/ou atendimentos ginecológicos.

Todavia, quando direcionadas ao recém-nascido, tais condutas têm sido chamadas de *violência neonatal*:

Alguns procedimentos são direito de seu bebê, como o clampamento (corte) tardio do cordão, após o término das pulsações; o contato pele-a-pele com a mãe, ou seja, ficar assim que nasce no colo da mãe por um bom tempo, pele-a-pele, sem panos entre a mãe e o bebê, desde que o recém-nascido esteja com boas condições de saúde e a amamentação na primeira hora de vida. Para garantir estes direitos, a recepção cuidadosa da criança deve ser priorizada e os procedimentos de rotina devem ser postergados. As cesarianas desnecessárias e a manobra de kristeller, além de violentas com a mãe, também causam danos aos bebês (SÃO PAULO, 2015, p. 15).

Além do descrito acima, o uso de colírio de nitrato de prata, povidona, eritromicina ou tetraciclina, indicados para prevenir conjuntivite neonatal em recém-nascidos por via vaginal (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2020), quando feitos como rotina e sem consentimento dos responsáveis, podem ser vistos como violentos, por serem considerados desconfortáveis ou dolorosos, além de não estarem de acordo com as melhores evidências científicas, pois muitas vezes são administrados mesmo quando o bebê nasce por meio de cesariana.

O mesmo pode ser dito em relação a outros procedimentos neonatais, sendo considerados violentos quando feitos sem consentimento ou de maneira grosseira, como aspiração das vias aéreas, aplicação de vitamina K no recém-nascido ou, até mesmo, o banho logo em seguida ao nascimento, que retira o *sênis*, uma proteção natural da pele do bebê.

Por fim, conforme mencionado, a própria cesariana pode ser considerada violenta com o feto, quando feita antes do momento adequado, havendo uma verdadeira “epidemia” de *partos prematuros* por decisões médicas equivocadas. Assim, realizar a cirurgia quando o bebê ainda não está pronto para nascer pode acarretar a necessidade de internação do recém-nascido em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), local onde passa por diversos procedimentos de saúde que não seriam necessários caso fosse esperado o tempo do bebê.

Violência obstétrica: o que pensam docentes de Biologia e discentes do ensino médio do IFPB

No âmbito da presente investigação, além da pesquisa documental e da produção deste produto educacional, foi também realizada pesquisa de campo, ocasião em que foram aplicados questionários mistos, entre Outubro e Novembro de 2020 e Fevereiro e Março de 2021, como instrumentos de coleta de dados, havendo duas categorias de sujeitos: docentes do componente curricular Biologia e discentes do Ensino Médio Técnico-integrado do Instituto Federal da Paraíba (IFPB).

As questões versavam a respeito do que professores/as e alunos/as sabiam acerca da

79

de tal violação de direitos, por meio de ações e cartilha publicada sobre o tema (SÃO PAULO, 2015).

De toda forma, é importante, desde o início, reunir toda a documentação possível a respeito, inclusive o prontuário da pessoa gestante e/ou do bebê, havendo direito à solicitação de cópias desse documento médico. Além disso, fazer um relato do acontecimento e das violências que a pessoa entende que sofreu ou que foram feitas contra seu bebê também é um importante passo a ser seguido (PARAÍBA, 2020).

Assim, tal documentação pode e deve ser protocolada como notícia de violação de direitos junto às seguintes instâncias:

QUADRO 4: Como e onde buscar apoio jurídico em casos de violência obstétrica.

VIOLENCIA OBSTETRICA	
TIPO DE INVESTIGAÇÃO	INSTÂNCIAS
<i>Administrativa:</i> referente ao/a agente que praticou a violência obstétrica (público/a ou privado/a)	Ouvedoria da instituição hospitalar de atendimento, Ouvidoria do SUS, Secretaria Municipal, Estadual ou Distrital de Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar e Ministério da Saúde.
<i>Disciplinar:</i> referente ao/a profissional de saúde que praticou a violência obstétrica (público/a ou privado/a)	Conselhos Regionais e/ou Federais daquele que se entende ter praticado a conduta obstétrica violenta (exemplo: Conselho de Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Educação Física etc.).
<i>Criminal:</i> quando a violência obstétrica tenha configurado algum crime que envolva violência física ou crime contra a honra	Delegacia de Polícia ou, onde houver, Delegacia Especializada no Atendimento às Mulheres (PARAÍBA, 2020), bem como Ministério Público do Estado respectivo ou do Distrito Federal e, ainda, Ministério Público Federal, os quais têm atribuição para investigar questões não só criminais, mas cíveis e administrativas, a respeito de condutas dos profissionais de saúde.
<i>Indenização cível:</i> processo judicial para reparação de danos morais ou materiais, seja por violência obstétrica ou erro médico	Defensoria Pública do Estado respectivo ou do Distrito Federal ou Defensoria Pública da União, ou contratação de Advogado/ Advogada de confiança, os quais também podem prestar consultoria jurídica no caso de a pessoa vítima de violência querer buscar também ou apenas as investigações acima (administrativa, disciplinar e criminal).

FONTE: Adaptado de Paraíba (2020).

A cartilha sobre violência obstétrica do Governo do Estado da Paraíba também traz orientações aos/as profissionais de saúde, tanto no que concerne ao que se pode fazer em caso de violência obstétrica, como no que devem fazer para não cometer esse tipo de violência, resumindo tais informações na seguinte frase: “não promova e não execute procedimentos sem comprovação científica” (PARAÍBA, 2020, n.p.).

No mais, é importante mencionar que, ao contrário do que ocorre no caso de violência doméstica e familiar, a violência obstétrica não tem, ainda, legislação federal específica que defina as condutas violentas e preveja formas para sua cobrança. Sobre o tema, existe apenas *projeto de lei* que dispõe sobre medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação

81

de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, aborto e puerpério (PL nº 7.867/2017 e PL nº 878/2019), o que não significa dizer que as pessoas que são vítimas de violência obstétrica, ou seus bebês que são vítimas de violência neonatal, estão desassistidos pela legislação e pela justiça.

É que, além de todas as normas já citadas ao longo desta publicação, existe a Lei Federal nº 10.778/2003, a qual estabelece a **notificação compulsória**, no território nacional, dos casos em que houver violência contra a mulher atendida em serviços de saúde, públicos ou privados (BRASIL, 2003).

A notificação terá caráter sigiloso e, caso não seja feita às autoridades competentes, haverá infração da legislação de saúde pública, bem como das leis criminais, em relação ao responsável que deixa de notificar.

Oportuno ressaltar, por fim, que apesar da importância de buscar justiça, os Tribunais brasileiros, como o Supremo Tribunal Federal e o Superior Tribunal de Justiça ainda não atentaram para a gravidade do problema da violência obstétrica, tratando a maioria dos casos como "erro médico", como se observa na conclusão do artigo "Violência obstétrica no Brasil: um enfoque a partir dos acórdãos do STF e STJ", de Silva e Serra (2017, p. 2453):

Infelizmente, os julgados ainda permanecem silentes diante da amplitude do panorama litigioso da violência obstétrica. Apesar da possibilidade de imputação da responsabilidade civil aos executores, bem como das devidas indenizações às vítimas, há ainda a difícil tarefa em comprovar o nexo de causalidade entre a conduta médico-hospitalar e o dano. Ademais, as autoras dos processos, desleixam, de fato, que seja reconhecida judicialmente a violência praticada por tais agentes, não simplesmente como erro médico, como foi possível perceber na maioria dos acórdãos analisados, mas sim como violência de gênero, especificando claramente a violência obstétrica.

Dessa forma, mostra-se importante denunciar as ocorrências de violência obstétrica, sendo direito das vítimas e dever dos profissionais de saúde que dela tomam conhecimento, até mesmo como forma de contribuição para a mudança da legislação e do entendimento do Poder Judiciário a respeito do tema.



• Violência de gênero:

[O que é violência de gênero e como se manifesta?](#)

• Violência obstétrica:

[CPI Mortalidade materna](#)

[Violência Obstétrica "Parirás.com.dor"](#)

82

Mulheres Brasileiras e gênero nos espaços público e privado

[Na hora de fazer não gritou](#)

[Violência obstétrica - artemis](#)

[Nascer direito](#)

[Você sabe o que é violência obstétrica?](#)

[Violência Obstétrica - Sentidos do Nascer](#)

• Plano de parto:

[Plano de parto](#)

• Cartilhas e outras publicações sobre Violência Obstétrica:

[Conversando sobre violência obstétrica](#)

[Gestação, parto e puerpério Conheça seus direitos!](#)

[Cartilha sobre Violência Obstétrica](#)

[Humanizações do parto. Nasce a respeito](#)

[Nenhuma mãe a menos, nenhum bebê a mais. Conversando sobre](#)

[violência obstétrica.](#)

[Defensoria pública: reflexões sobre os direitos das mulheres](#)

[Mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica. Violência Obstétrica é Violência Contra a Mulher.](#)

• Sítios eletrônicos de órgãos públicos e entidades da área de saúde e da justiça:

[\(Ouvidoria do SUS\)](#)

[\(Agência Nacional de Saúde Suplementar\)](#)

[\(Ministério da Saúde\)](#)

[\(Conselho Federal de Medicina\)](#)

[\(Conselho Federal de Enfermagem\)](#)

[\(Mapeamento das Delegacias da Mulher no Brasil\)](#)

[\(Ministérios Públicos Estaduais\)](#)

[Ministério Público Federal\)](#)

[\(Defensorias Públicas Estaduais\)](#)

[Defensoria Pública da União\)](#)

[\(Ordem dos Advogados do Brasil\)](#)



83

Instagram:

[@generoviolencaidomesticabdfam](#) [Comissão Nacional de Gênero e Violência Doméstica do Instituto Brasileiro de Direito de Família]

[@nascerdireito](#) [Advogadas lutando contra a violência obstétrica]

[@projeto.aimmater](#) [Projeto de extensão do CCJ/UEPB voltado ao combate da violência obstétrica]

[@artemis.org](#) [Promoção da autonomia feminina e erradicação da violência contra a mulher]

[@ans.reguladora](#) [Perfil da Agência Nacional de Saúde Suplementar]

[@minsaudef](#) [Perfil do Ministério da Saúde]

[@mpf_oficial](#) [Perfil do Ministério Público Federal]

[@dpunacional](#) [Perfil da Defensoria Pública da União]

[@cfoab](#) [Perfil da Ordem dos Advogados do Brasil Nacional]

Filmes e séries:

- Violência obstétrica - a voz das brasileiras [YouTube]
- O renascimento do parto 2 [Netflix]
- Parir é natural [YouTube]
- Nascer no Brasil: Parto, da violência obstétrica às boas práticas [YouTube]
- Nascer no Brasil: Cesárea, mitos e riscos [YouTube]
- Parto no Brasil: a caminho da humanização (partes 1 a 4) [YouTube]
- Humanização do parto - ESEA - Campina Grande - PB [YouTube]
- Proibido nascer no paraíso [Globoplay / YouTube]
- *The handmaid's tale* [Paramount - acesso via Globoplay ou Amazon Prime]
- Operação enganosa [Netflix]

84



5. Os finalmente...



5. OS FINALMENTES..

Depois de tratar sobre aspectos gerais da adolescência, sobre gravidez e todo o seu percurso, fisiologia do parto, situações de abortamento e puerpério, passando pelas questões que envolvem parentalidade e gênero, as quais redundam em cometimento de violações de direitos contra mulheres e demais pessoas com sistema reprodutor *feminino*, em seu ciclo gravídico-puerperal, vimos os tipos de violência obstétrica e como buscar apoio jurídico quando ela acontece.

Nessa trajetória, ressaltamos que se trata de uma violência de gênero, uma violação não apenas física, mas também verbal, uma violência simbólica e institucional, que ocorre de forma muitas vezes sutil, ou mesmo de maneira explícita, mas nem sempre de modo a se entender "que há verdadeiramente uma violência ocorrendo naquele momento, pelo fato de ser uma construção social cristalizada e normalizada" (CARVALHO; ANDRADE, 2020, p. 112).

Assim, chegamos aos *finalmente* do nosso *Auto da barrigada*, o qual teve a real intenção de detalhar todos esses processos, no sentido de **informar para prevenir** e, quando a prevenção não for suficiente, ajudar as pessoas a identificar a violência obstétrica e **buscar uma resposta jurídica** quando se sentirem violadas em seus direitos. Nos dizeres de Lima (2019, p. 84):

A violência não precisa existir. Tornar o parto, que naturalmente já está associado a uma dor natural, em um momento pesado e cheio de pressão, não faz com que o bebê saia mais rápido. Tentar acelerar processos para ganhar mais dinheiro, é simplesmente desumano.

Todavia, apesar de entendermos que não deveria, a violência obstétrica existe e, por ocorrer em momento tão singular da existência humana, pode deixar marcas profundas na alma, mesmo quando não tem reflexos físicos:

Uma má experiência de nascimento pode ser traumática a ponto de os seus efeitos repercutirem por toda a vida da mãe e do bebê. Boas práticas no contexto do parto e nascimento promovem o vínculo materno-filial e cumprem com a responsabilidade do Estado brasileiro de proteger a maternidade e a infância (FARIAS; MELO; ARAÚJO, 2020, p. 377).

Levar tais violações de direitos humanos às autoridades públicas e privadas demanda **coragem**, pois nem sempre os sistemas de justiça funcionam de acordo com as nossas expectativas. Porém, é um ato de resistência, sendo necessário denunciar, pois lutar pelos direitos individuais é ajudar a manter os direitos humanos conquistados coletivamente.

Portanto, pretende-se divulgar o conteúdo desta publicação para que, além de ajudar as pessoas a conhecer melhor sobre a fisiologia da gestação e do nascimento, seja facilitado o reconhecimento de condutas que, nomeadas ou não como "humanizadas", na prática correspondem a ações em desacordo com as práticas da Obstetria baseadas em evidências científicas, podendo configurar verdadeira violência obstétrica.

Espera-se, assim, possibilitar a busca pela melhor experiência gravídica-puerperal possível!

★ REFERÊNCIAS

AGUILAR, João Batista Vicentim; BANDOJK, Antonio Carlos; CAMPOS, Sílvia Helena de Arruda; CARVALHO, Elissa Garcia; CAYANI, André; CHACON, Virginia; NAIAS, Tatiana Rodrigues; OLIVEIRA, Maria Martha Argel de; SALLES, Juliano Viñas; SANTOS, Fernando Santiago dos. **Ser protagonista box**: biologia, ensino médio, volume único, obra coletiva. 1. ed. São Paulo: Edições SM, 2014.

AMORIM, Melânia Maria Ramos de. Indicações reais e fictícias de cesariana. **Estuda, Melânia, Estuda** [blog]. 08 ago. 2012. Disponível em: <http://estudamelania.blogspot.com/2012/08/indicacoes-reais-e-ficticias-de.html>. Acesso em: 24 fev. 2021.

ATHAN, Aurélie. Matrescência [trad.]. **Aurélie Athan** [site]. Disponível em: <https://www.matrescencia.com/>. Acesso em: 29 abr. 2020.

BALASKAS, Janet. **Parto ativo**: guia prático para o parto natural (a história e a filosofia de uma revolução). Ilustração Nicky Venâncio; Tradução Adailton Salvatore Meira, Talia Gevaerd de Souza. 3. ed. rev. atual. e aumentada. São Paulo: Ground, 2015.

BARBOSA, Luara de Carvalho; FABBRIO, Márcia Regina Canglani; MACHADO, Geovânia Pereira dos Reis. Violência obstétrica: revisão integrativa de pesquisas qualitativas. **Revista Avances em Enfermagem**. Bogotá, v. 35, n. 2, Maio 2017, p. 188-205. Disponível em: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenerm/article/view/59637/0>. Acesso em: 11 abr. 2021.

BITTENCOURT, Nalara Andreoli. Movimentos feministas. **Revista Insurgência**. Brasília, v. 1, n. 1, Jan./Jun. 2015, p. 198-210. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/insurgencia/article/view/18804/17485>. Acesso em: 11 fev. 2019.

BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina**. 15. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2019.

BOUZAS, Isabel; BRAGA, Cláudia; LEÃO, Lenora. Ciclo menstrual na adolescência. **Adolescência & Saúde**. V. 7, n. 3, Jul. 2010, p. 59-63. Disponível em: http://adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=237. Acesso em: 13. fev. 2021.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 16 jun. 2021.

BRASIL. Decreto-lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940. **Código Penal**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 07 mar. 2021.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm. Acesso em: 29. abr. 2020.

BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. **Regula o §7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm. Acesso em: 11 jul. 2021.

BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. **Institui o Código Civil**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406compilada.htm. Acesso em: 10 abr. 2021.

92

BRASIL. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. **Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110778.htm. Acesso em: 25 abr. 2021.

BRASIL. Lei nº 12.852, de 5 de agosto de 2013. **Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude - SINAJUVE**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112852.htm. Acesso em: 19 jun. 2021.

BRASIL. Lei nº 13.415, de 16 de fevereiro de 2017. **Altera as Leis nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, e 11.494, de 20 de junho 2007, que regulamenta o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação, a Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e o Decreto-Lei nº 236, de 28 de fevereiro de 1967; revoga a Lei nº 11.161, de 5 de agosto de 2005; e institui a Política de Fomento à Implementação de Escolas de Ensino Médio em Tempo Integral**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13415.htm#art3. Acesso em: 26 jun. 2021.

BRASIL. Lei nº 14.188, de 28 de julho de 2021. **Define o programa de cooperação Sinal Vermelho contra a Violência Doméstica como uma das medidas de enfrentamento da violência doméstica e familiar contra a mulher previstas na Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha), e no Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), em todo o território nacional; e altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para modificar a modalidade da pena da lesão corporal simples cometida contra a mulher por razões da condição do sexo feminino e para criar o tipo penal de violência psicológica contra a mulher**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2021/Lei/L14188.htm. Acesso em: 31 jul. 2021.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de lei nº 7.867, de 13 de junho de 2017. **Dispõe sobre medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério**. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?sessao=AC09E88E486E2C6A480F5271D5BCDB_proposicoesWeb&formato=html&nomeArquivo=PL47867/2017&texto=CX20Congresso%20Nacional%20decreta%3A,%2C%20nascimento%2C%20abortamento%20e%20puerp%3C%3A9ria. Acesso em: 24 abr. 2021.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de lei nº 8.363, de 23 de agosto de 2017. **Dispõe sobre o exercício profissional da atividade de Doula e dá outras providências**. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2148936>. Acesso em: 30 abr. 2020.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de lei nº 10.209, de 09 de maio de 2018. **Dispõe sobre o acesso ao uso de anestésias peridural e raquidiana nos partos realizados pelo Sistema Único de Saúde e dá outras providências**. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2174626>. Acesso em: 07 jul. 2021.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de lei nº 878, de 19 de fevereiro de 2019. **Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-**

93

2019.

MARIANI, Adriana Cristina; NASCIMENTO NETO, José Osório. A violência obstétrica como violência de gênero e violência institucionalizada: breves considerações a partir dos direitos humanos e do respeito às mulheres. *Caderno da escola de Direito e Relações Internacionais (UNIBRASIL)*. Curitiba, v. 2, n. 25, Jul-Dez. 2016, p. 48-60. Disponível em: <http://revistas.unibrasil.com.br/cadernosdireito/index.php/direito/article/viewFile/865/822>. Acesso em: 15 out. 2018.

MISKOLCI, Richard. A Teoria *Queer* e a Sociologia: o desafio de uma analítica da normalização. *Revista Sociologia*. Porto Alegre, ano 11, n. 21, Jan-Jun. 2009, p. 150-182. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/soz/n21/08.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2019.

MISKOLCI, Richard; CAMPANA, Maximiliano. "Ideologia de gênero": notas para a genealogia de um pânico moral contemporâneo. *Revista Sociedade e Estado*. Brasília, v. 32, n. 3, Set-Dez/2017, p. 725-748. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-692201700300725&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 30 abr. 2020.

MOLDENHAUER, Julie S. Parto vaginal operatório. *MANUAL MSD: Versão saúde para a família* [site]. Jun. 2020. Disponível em: <https://www.ansidm.com.br/casas-problemas-de-sa%C3%BAde-feminina/complica%C3%A7%C3%B5es-de-trabalho-de-parto-e-do-parto/vaginal-operat%C3%B3rio>. Acesso em: 26 jun. 2021.

MOLGONI, Cristiano. Partolândia. *Casa da doula* [blog]. 01 set. 2018. Disponível em: <https://blog.casdadoula.com.br/parto-normal/partolandia/>. Acesso em: 25 fev. 2021.

MORGANTE, Mirela Marin; NADER, Maria Beatriz. (2014). O patriarcado nos estudos feministas: um debate teórico. In: *Encontro Regional de História da Anpuh-Rio: saberes e práticas científicas*, XVI, 2014. Rio de Janeiro. *Anais...* Disponível em: http://www.snh2011.anpuh.org/ressources/anaais/28/1399953465_ARQUIVO_textoANPUH1.pdf. Acesso em: 14 fev. 2019.

NORONHA, Lucia de; MARTINS, Vanessa D. M.; NONES, Rodrigo B.; SEPULCRI, Rodrigo P.; CARVALHO, Denise S.; SAMPAIO, Gilberto A.; KASTING, Gilda; SERAPIÃO, Maria J.; BLEGGI-TORRES, Luiz Fernando. Mortalidade intra-uterina e perinatal: análise comparativa de 3.984 necropsias do Hospital de Clínicas de Curitiba no período de 1964 a 1995. *Jornal de Pediatria*. Rio de Janeiro, v. 3, n. 76, 2000, p. 213-221. Disponível em: <http://www.jped.com.br/conteudo/00-76-03-213/port.asp?text=O%20per%C3%AAdo%20perinatal%20compreende%20um%20que%20passa%20de%20A%20a%20B%20ver>. Acesso em: 07 mar. 2021.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. História da pandemia de COVID-19. *Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS)* [site]. Folha informativa sobre COVID-19. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em: 26 jun. 2021.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OMS emite recomendações para estabelecer padrão de cuidado para mulheres grávidas e reduzir intervenções médicas desnecessárias. *Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS)* [site]. 15 fev. 2018. Disponível em: https://www.paho.org/pt/index.php?option=com_content&view=article&id=559&layout=edit&Itemid=118. Acesso em: 11 abr. 2021.

emite-recomendacoes-para-estabelecer-padrao-de-cuidado-para-mulheres-gravidas-e-

98

SÃO PAULO (Estado). Defensoria Pública do Estado de São Paulo. Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher. *Conversando sobre violência obstétrica*. São Paulo: Coordenadoria de Comunicação Social e Assessoria de Imprensa da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, 2015. Disponível em: https://www.defensoria.sp.def.br/dpsp/repositorio/34/documentos/cartilhas/Cartilha_VO.pdf. Acesso em: 11 abr. 2021.

SALGADO, Heloisa de Oliveira; POLIDO, Carla Betina Andreucci. *Como lidar luto perinatal*: acolhimento em situações de perda gestacional e neonatal. São Paulo: Emma Livros, 2018.

SANAR SAÚDE. Multidisciplinar, Interdisciplinar e Transdisciplinar: entenda a diferença. *Sanar saúde* [site]. 26 nov. 2019. Disponível em: <https://www.sanarsaude.com/portal/categorias/artigos-noticias/multidisciplinar-interdisciplinar-e-transdisciplinar-entenda-a-diferenca>. Acesso em: 30 mar. 2021.

SENA, Lígia Moreira. Adolescência e adolecer: muito mais que uma fase de transição. 25 jun. 2021. *Cientista que virou mãe* [site]. Disponível em: <https://cientistaqueviroumae.com.br/adolescencia-e-adolescer/>. Acesso em: 11 jul. 2021.

SILVA, Aterrina da Silva e; SERRA, Maiane Cibele de Mesquita. Violência obstétrica no Brasil: um enfoque a partir dos acordões do STF e STJ. *Questio Juris*. Rio de Janeiro, vol. 10, n. 04, 2017, p. 2430-2457. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/questiojuris/article/view/28458/21893>. Acesso em: 03 jul. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. *Anticoncepção na adolescência*. Guia Prático de Atualização, Departamento Científico de Adolescência, v. 7, Fev. 2018. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/202006-GPA_-_Anticoncepcao_na_Adolescencia.pdf. Acesso em: 15 fev. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. SBP lança documento sobre profilaxia da oftalmia neonatal por transmissão vertical. *Sociedade Brasileira de Pediatria* [site]. 10 dez. 2020. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/riid/sbp-lanca-documento-sobre-profilaxia-da-oftalmia-neonatal-por-transmissao-vertical/>. Acesso em: 24 abr. 2021.

SOUSA, Valéria. *Violência obstétrica*: nota técnica - considerações sobre a violação de direitos humanos das mulheres no parto, puerpério e abortamento. São Paulo: Artemis, 2015.

SOUZA, Danielle Andrade. *"Ititã ciborguiana"*: o parto ativo à luz da atuação de parteiras e doulas brasileiras nos media digitais. 2018. 307 f. Tese (Doutoramento em Ciências da Comunicação) - Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Lisboa, 2018. Disponível em: <https://dsplayer.com.br/10854860-itit%C3%A3-ciborguiana-e-parto-ativo-a-luz-da-atuacao-de-parteiros-e-doulas-brasileiras-nos-medias-digitalis-danielle-andrade-souza.html>. Acesso em: 23 abr. 2020.

SOUZA, Lais; ALMEIDA, Jaqueline de; COELHO, Máira; FLORES, Luma. *Manual de ginecologia natural e autônoma*. Salvador, 2017. Disponível em: <https://librocalibre.files.wordpress.com/2018/01/manual-de-ginecologia-natural-e-autonoma.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2021.

TULLY, Gill. *Spinning babies*: guia de consulta rápida. Tradução Luciana Carvalho. 1. ed.

100

reduzir-intervencoes-medicadas-desnecessarias&Itemid=520. Acesso em: 30 abr. 2020.

PARAIBA (Estado). Governo do Estado da Paraíba. Secretaria de Estado da Mulher e da Diversidade Humana. *Violência obstétrica*. João Pessoa: Secretaria de Estado da Mulher e da Diversidade Humana, 2020. Disponível em: <https://paraiba.pb.gov.br/diretas-secretaria-da-mulher-e-da-diversidade-humana/arquivos/cartilha-sobre-violencia-obstetrica.pdf/view>. Acesso em: 12 abr. 2021.

PORTAL BOLSAS DE ESTUDO. O verbo "obstare" está na origem da palavra associada aos profissionais homenageados neste 12 de abril: obstetras!. *Portal Bolsas de Estudos* [site]. 12 abr. 2018. Disponível em: <https://www.portalbolsasdeestudo.com.br/noticias/2122/o-verbo-obstare-esta-na-origem-da-palavra-associada-aos-profissionais-homenageados-neste-12-de-abril-obstetras>. Acesso em: 19 jun. 2021.

PORTAL EDUCAÇÃO. O que é O auto?. *Portal educação* [site]. Disponível em: <https://siteantigo.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/educacao/o-que-e-o-auto/34422>. Acesso em: 07 mar. 2021.

RAMOS, Rahellen. O que é violência de gênero e como se manifesta? *Politize!* [site]. 11 set. 2020. Disponível em: <https://www.politize.com.br/violencia-de-genero-2/>. Acesso em: 10 abr. 2021.

RATTNER, Daphne; TRENCH, Belkis (org.). *Humanizando nascimentos e partos*. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2005.

RATTNER, Daphne. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. *Interface (Botucatu)*. Botucatu, v. 13, supl. 1, 2009, p. 595-602. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icsa/v13sp1/a11v13sp1.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2021.

REBERTE, Luciana Magnoni. *Celebrando a vida*: construção de uma cartilha para promoção da saúde da gestante. 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Obstétrica e Neonatal) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008. Disponível em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7132/tde-05052009-112542/publico/Luciana_Magnoni.pdf. Acesso em: 17 fev. 2021.

RIBEIRO, Cláudia Regina; GOMES, Romeu; MOREIRA, Marthá Cristina Nunes. A paternidade e a parentalidade como questões de saúde frente aos rearranjos de gênero. *TEMAS LIVRES*. Ciênc. saúde colet., v. 20, n. 11, 2015, p. 3589-3598. Disponível em: <https://www.scielo.org/pt/article/scs/2015v20n11/3589-3598/>. Acesso em: 27 jun. 2021.

SACKS, Alexandra. *Uma nova forma de pensar sobre a transição para a maternidade*. TED Conference LLC, Maio 2018. Disponível em: https://www.ted.com/talks/alexandra_sacks_a_new_way_to_think_about_the_transition_to_motherhood?language=pt-br. Acesso em: 29 abr. 2020.

SANTOS, Vanessa Sardinha dos. *Útero*. *Brasil Escola* [site]. Disponível em: <https://brasilescola.uol.com.br/biologia/uterio.htm>. Acesso em: 20 de junho de 2021.

SANTOS, R.C.S.; SOUZA, N.F. Violência institucional obstétrica no Brasil: revisão sistemática. *Estação científica (UNIFAP)*. Macapá, v. 5, n. 1, Jan/Jun-2015, p. 57-68. Disponível em: <http://periodicos.unifap.br/index.php/estacao>. Acesso em: 11 abr. 2021.

99

São Paulo: Lexema, 2016. (Coleção parto com prazer)

TINÉ, Luiza. Você sabe o que é violência obstétrica? *Blog da Saúde do Ministério da Saúde* [blog]. 24 nov. 2017. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/5307-voc%C3%A9-sabe-o-que-%C3%A9-viol%C3%Aancia-obst%C3%A9trica>. Acesso em: 11 abr. 2021.

ZANELLO, Valeska. *Saúde mental, gênero e dispositivos*: cultura e processos de subjetivação. Curitiba: Appris, 2018.

001



102



6.4.3 Apreciação do produto educacional sob a avaliação do comitê *ad hoc*

Como vimos anteriormente, o Mestrado Profissional desenvolvido no âmbito do ProfEPT tem, como um dos requisitos à sua conclusão, o desenvolvimento de um produto educacional. No caso desta investigação, cuja Dissertação de Mestrado intitula-se “*Alma mater: violência obstétrica como violência de gênero*”, foi escolhida a produção de um *guia digital*, a qual foi denominado de “*Auto da barriguda: gravidez, parto humanizado e violência obstétrica*”, conforme inteiro teor, o qual consta incluso na seção anterior.

Para sua avaliação, foi escolhida uma comissão de pares *ad hoc*, sendo selecionados/as sete profissionais de áreas afins à pesquisa (Direito, Saúde/Doulagem, Educação), conforme critérios pré-estabelecidos, os quais constam detalhados no Apêndice E. Todavia, tem-se que, em virtude de circunstâncias externas à pesquisa, houve retorno de 5 das 7 avaliações enviadas, conforme resultados adiante expressos.

De toda forma, a partir da composição dos critérios para a definição das pessoas supraditas, a perspectiva da avaliação do produto educacional fundamentou-se em uma adaptação do modelo proposto por Leite (2018), no artigo intitulado *Produtos Educacionais em Mestrados Profissionais na Área de Ensino: uma proposta de avaliação coletiva de materiais educativos*, cujas articulações dão-se a partir dos seguintes parâmetros:

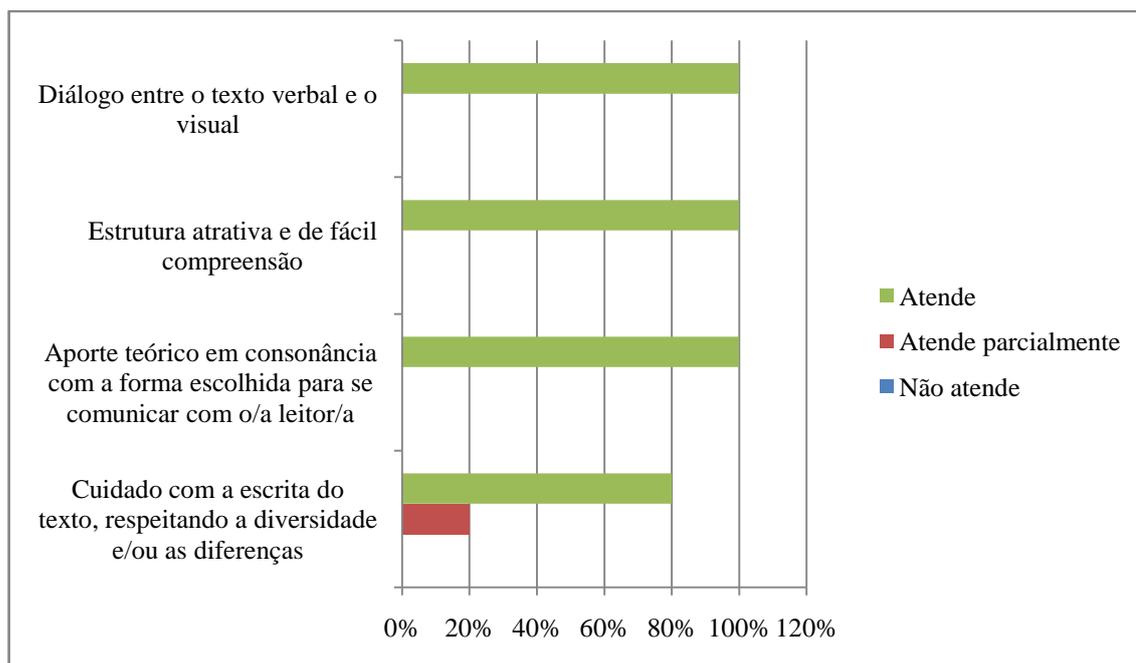
- a) *Estética e organização;*

- b) *Composição;*
- c) *Estilo de escrita apresentado;*
- d) *Propostas didáticas apresentadas;*
- e) *Criticidade suscitada.*

Cada parâmetro estava constituído por eixos de apreciação/avaliação, com sua devida descrição (“atende”, “atende parcialmente” ou “não atende”), possibilitando erigir indicadores da análise de cada eixo do produto educacional. Na primeira parte da avaliação, os/as avaliadores/as foram questionados sobre os eixos acima listados. Em relação a outras observações e/ou críticas ao produto educacional, foi solicitado que a pessoa avaliadora escolhesse um nome fictício ou *avatar*, para que fosse utilizado na presente apresentação de resultados baseados nas respostas à segunda parte da ficha de avaliação.

Inicialmente, quanto à **estética e organização**, eixo que continha quatro descritores, constam os seguintes resultados:

GRÁFICO 42: Avaliações quanto à estética e à organização do produto educacional



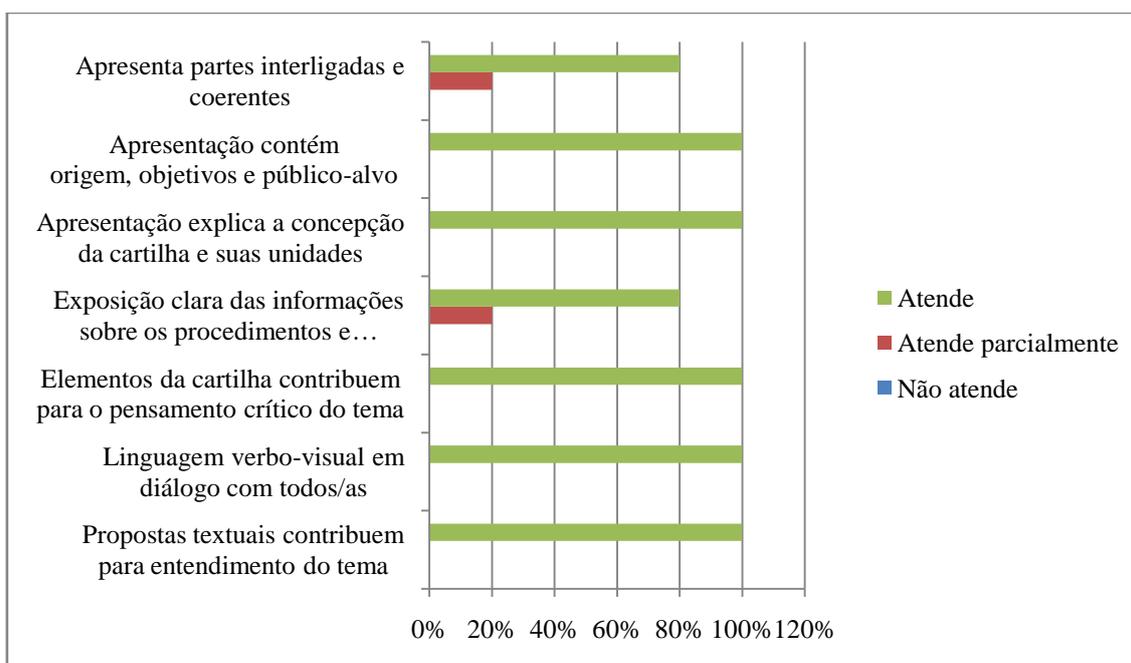
FONTE: Dados da pesquisa (2021).

Vê-se, portanto, que 100% dos/as avaliadores/as entende que o material atende aos seguintes itens: “promove o diálogo entre o texto verbal e o visual”, “apresenta uma estrutura atrativa e de fácil compreensão” e “o aporte teórico está em consonância com a forma escolhida para se comunicar com o/a leitor/a”. Já em relação ao “cuidado com a escrita do

texto, respeitando a diversidade e/ou as diferenças”, 80% entende que o produto atende, enquanto 20% responderam que “atende parcialmente”.

Em relação à **composição**, eixo que continha sete descritores, temos o seguinte:

GRÁFICO 43: Avaliações quanto à composição do produto educacional

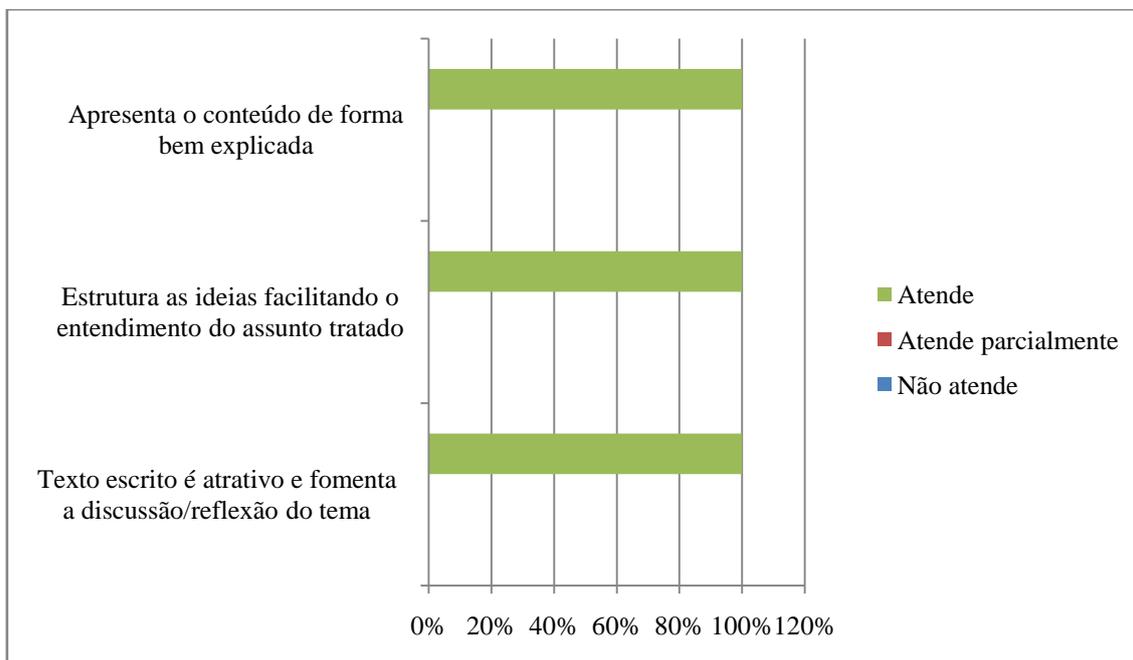


FONTE: Dados da pesquisa (2021).

No presente eixo, 100% dos/as respondentes afirmou que o material educativo atende aos seguintes descritores: “explicita, na apresentação, a origem, os objetivos e o público-alvo de tal produto educativo”; “a apresentação explica a concepção que embasa o produto educacional e as unidades que a compõe”; “os elementos que compõem o produto educacional contribuem para se pensar o tema proposto a partir de processos educativos crítico-reflexivos”; “utiliza a linguagem verbo-visual em diálogo com todos/as”; e “as unidades apresentam propostas de textos que contribuem com o entendimento do conteúdo proposto”.

Quanto aos itens “apresenta partes interligadas e coerentes” e “as unidades expõem, de maneira clara, as informações sobre os procedimentos, apresentando atividades que contribuem com a prática pedagógica dos/as professores/as”, em ambos os casos, 80% afirmou que o produto educacional “atende”, enquanto 20% afirmou que “atende parcialmente”.

No que concerne ao **estilo de escrita apresentado**, obtivemos as seguintes respostas relativas aos três descritores:

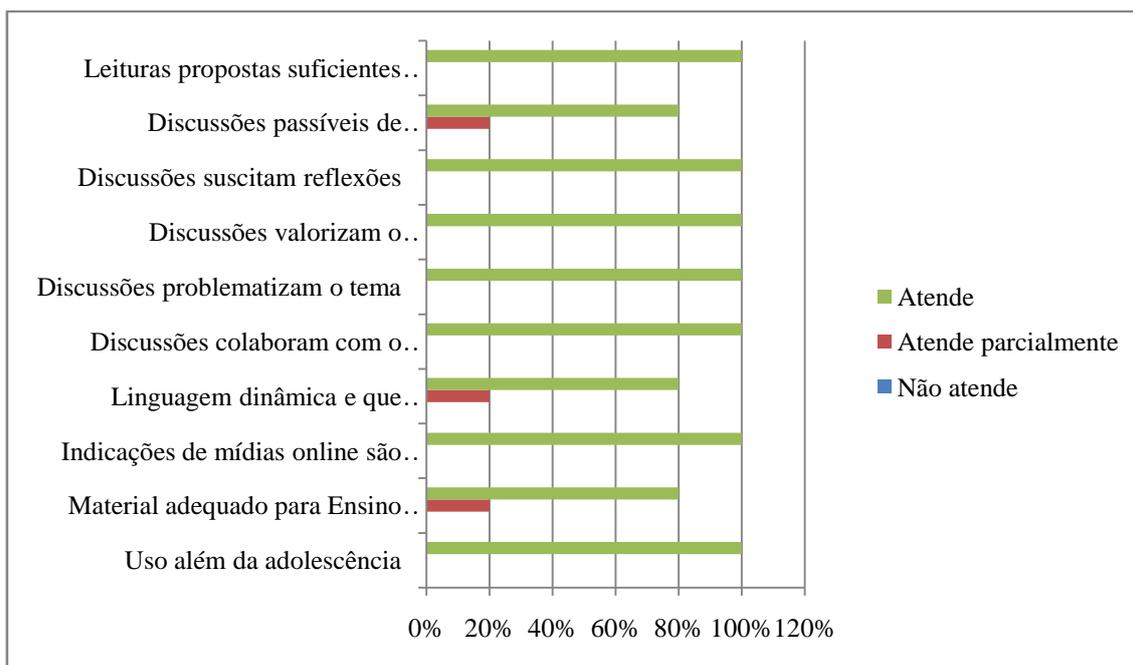
GRÁFICO 44: Avaliações quanto ao estilo de escrita apresentado

FONTE: Dados da pesquisa (2021).

Observa-se, portanto, que 100% das avaliações retornam a informação de que o produto “atende” aos seguintes itens: “apresenta o conteúdo de forma clara/bem explicada”, “estrutura as ideias facilitando o entendimento do assunto tratado” e “o texto escrito é atrativo e fomenta a discussão/reflexão do tema por docentes e discentes”.

A respeito das **propostas didáticas apresentadas**, que continha dez descritores, temos os seguintes resultados:

GRÁFICO 45: Avaliações quanto às propostas didáticas apresentadas no produto educacional



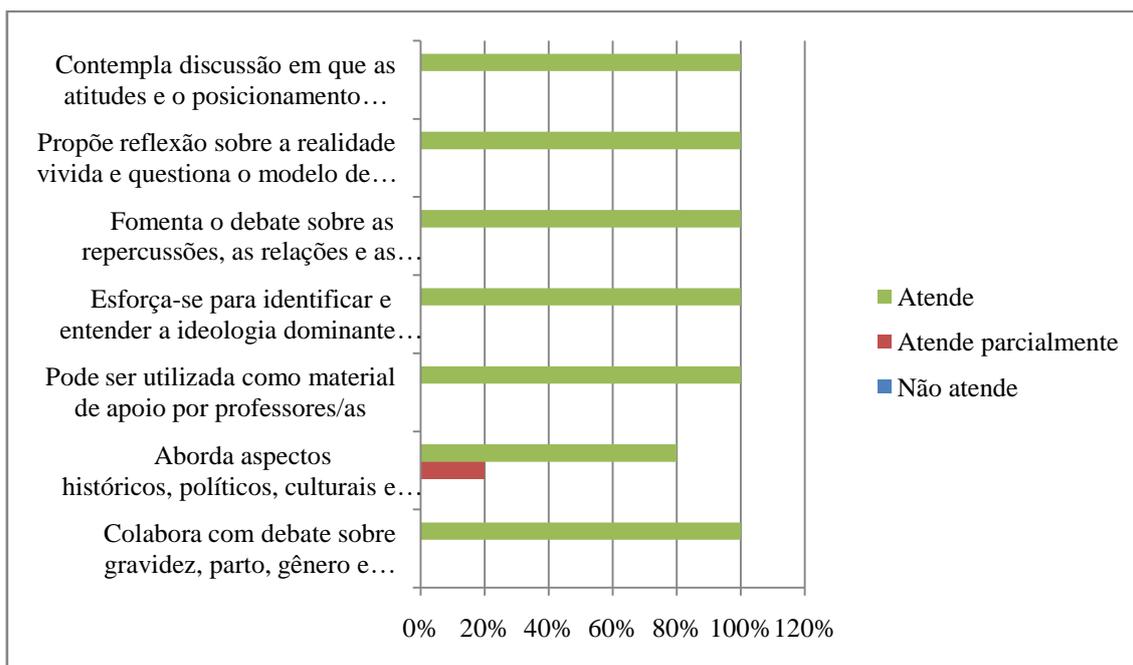
FONTE: Dados da pesquisa (2021).

Nesse caso, vemos que 100% dos/as avaliadores/as entendem que o produto “atende” aos seguintes descritores: “as leituras propostas são suficientes para a ampliação do entendimento e das práticas pedagógicas docentes e discentes sobre o tema”, “as discussões suscitam reflexões”, “as discussões valorizam o conhecimento prévio dos/as alunos/as”, “as discussões problematizam o tema, a partir do conteúdo indicado, de forma coerente”, “as discussões colaboram com o debate sobre as repercussões, as relações e as aplicações do conhecimento sobre o tema na sociedade”, “as indicações de mídias online sobre os temas são atrativas e fomentam a curiosidade e a aprendizagem crítico-reflexiva sobre o assunto” e “o material é adequado para ser utilizado em outras faixas etárias além da adolescência”.

Por outro lado, em relação aos itens “as discussões feitas são possíveis de serem compreendidas pelo público-alvo”, “material utiliza uma linguagem dinâmica, promovendo o debate e a troca de informações entre as/os alunas/os” e “o material é adequado para ser utilizado por todas as séries (anos) do Ensino Médio e na Educação de Jovens e Adultos (EJA)”, 80% entende que o material textual “atende”, enquanto 20% dos/as avaliadores/as “atende parcialmente”.

Por fim, relativamente ao eixo **criticidade suscitada**, que continha sete descritores, temos:

GRÁFICO 46: Avaliações quanto à criticidade suscitada pelo produto educacional



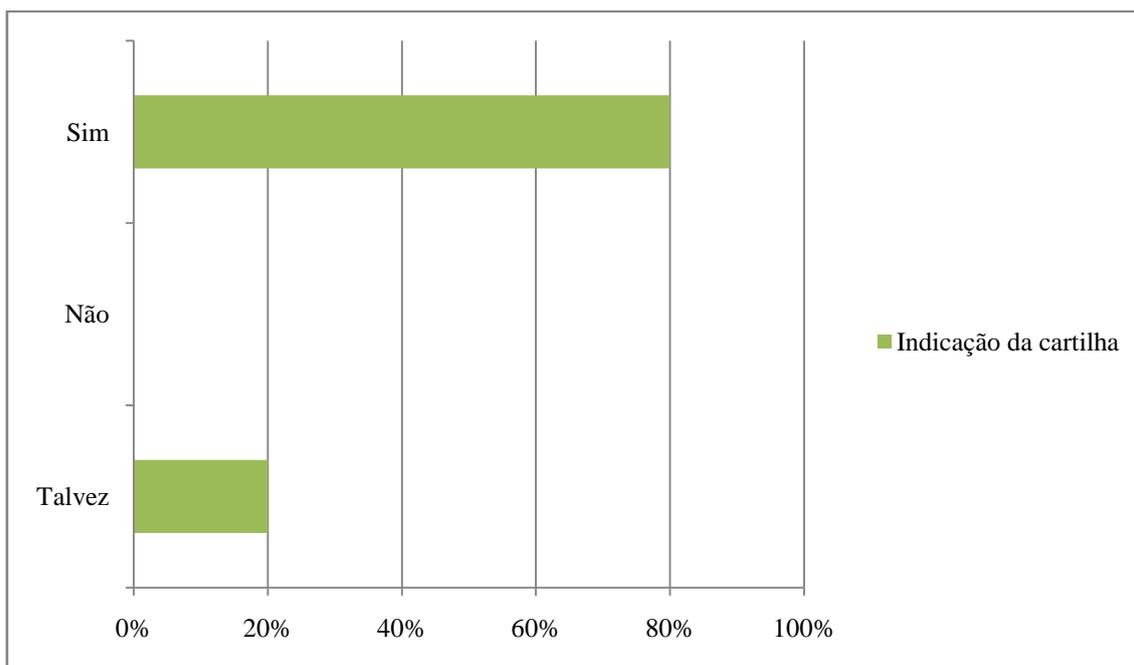
FONTE: Dados da pesquisa (2021).

Desse modo, 100% das avaliações entende que o texto “atende” aos seguintes aspectos: “contempla discussão em que as atitudes e o posicionamento subjetivo, político e sociocultural são trabalhados”, “propõe reflexão sobre a realidade vivida, e questiona o modelo de sociedade vigente”, “fomenta o debate sobre as repercussões, as relações e as aplicações do conhecimento sobre o tema na sociedade”, “esforça-se para identificar e entender a ideologia dominante da sociedade atual do ponto de vista histórico-crítico”, “pode ser utilizada como material de apoio por professores/as” e “colabora com a compreensão e o debate aberto sobre gravidez, parto, gênero e violência obstétrica na sociedade”.

Já em relação ao descritor “aborda aspectos históricos, políticos, culturais e sociais do ponto de vista histórico-crítico”, 80% entende que o produto educacional desenvolvido “atende” ao eixo acima, enquanto 20% afirmou que “atende parcialmente”.

A seguir, no início da segunda parte da ficha, os/as avaliadores/as também foram questionados se indicariam o material, sendo que 80% respondeu que sim, enquanto 20% respondeu “talvez”, conforme segue:

GRÁFICO 47: Quanto à indicação do produto educacional



FONTE: Dados da pesquisa (2021).

Solicitados/as a justificar a questão anteriormente apresentada, consta:

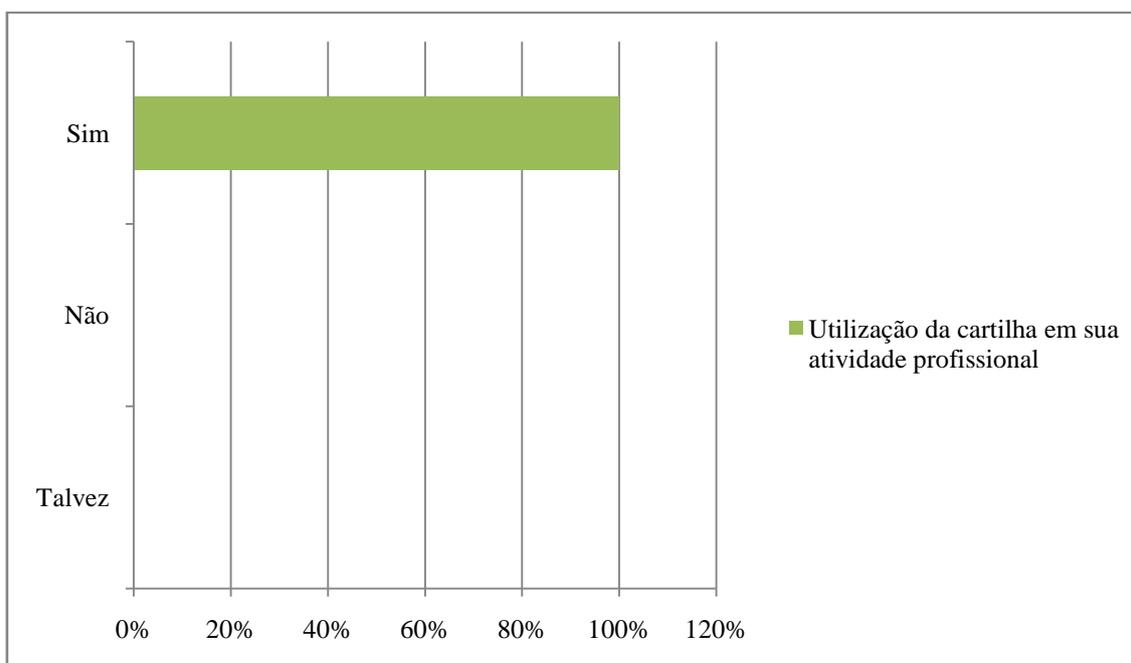
QUADRO 26: Justificativas dos/as avaliadores/as sobre indicação do produto educacional

CATEGORIZAÇÃO EMPÍRICA	NARRATIVAS DE SUJEITOS DISCENTES
Pertinência temática	“O trabalho é de pertinência indiscutível. Num país em que a taxa de mortalidade materna é bastante elevada, devido à má qualidade do serviço de saúde obstétrica prestado, sobretudo em relação às faixas etárias consideradas extremas para gestação e parto, é fundamental o investimento em educação sexual e reprodutiva para o exercício consciente de direitos e, nesse aspecto, o produto educacional sob análise atende bem o objetivo proposto, que é informar e contribuir criticamente com o debate” (Jurisdoula).
	“Pois o conteúdo está apresentado de forma lógica e linguagem adequada para apresentar o tema a população como um todo a partir da adolescência. O tema é muito importante de ser discutido com a população geral como uma possibilidade de mudança cultural acerca do tema” (MGM).
	“O material pode ser utilizado por outras instâncias institucionais, inclusive o Sistema de Justiça criminal e cível responsáveis por promover a repressão, prevenção e reparação dos danos causados pela violência obstétrica. O produto educacional apresenta um tema sensível de forma clara e abrangente. A linguagem é simples, sem perder a técnica e o embasamento teórico mais atual. A preocupação em conscientizar o público-alvo sobre a gravidez como algo a ser planejado para que possa ser vivenciada sem traumas, presente em cada tópico desenvolvido e desde a introdução, revela a sensibilidade e a responsabilidade social da autora” (ACM23).
	“Além de a temática ser pertinente, tanto no quesito biológico quanto no social, o produto educacional traz linguagem acessível a todos, o que faz com que alcance o maior número de leitores possível, elucidando dúvidas e desfazendo ideais equivocadas e cristalizadas com o tempo acerca da concepção, do gestar e parir com respeito” (Janaina).
Estilo linguístico	“A depender da classe social e grau de formação dos adolescentes o texto talvez seja de difícil compreensão pela sua linguagem de caráter acadêmico” (Clara).

FONTE: Dados da pesquisa (2021).

Em seguida, quanto ao questionamento se utilizaria o material em sua atuação profissional, 100% dos/as avaliadores/as respondeu que sim:

GRÁFICO 48: Quanto à utilização do produto educacional em sua atuação profissional



FONTE: Dados da pesquisa (2021).

Em seguida, foram apresentadas as seguintes justificativas:

QUADRO 27: Justificativas dos/as avaliadores/as sobre utilização do produto educacional em sua atuação profissional

CATEGORIZAÇÃO EMPÍRICA	NARRATIVAS DE SUJEITOS DISCENTES
Relevância/utilidade do produto educacional	“Além dos motivos expostos na alínea anterior, que explicam, em breve síntese, a relevância do produto, embora não atue como professora do Ensino Médio, certamente aplicaria o material nas atividades do grupo de Extensão com o qual colaboro, participando da educação perinatal de gestantes usuárias do SUS, pois penso que a linguagem é acessível e atrativa para o público em questão” (Jurisdoula).
	“Tanto como professora quanto como doula o material seria de imensa utilidade como apoio para a elaboração de aulas e encontros de educação perinatal” (Clara).
Estilo linguístico	“Porque o conteúdo apresenta de forma simples e objetiva o conteúdo que precisamos abordar com as gestantes em busca de um parto respeitoso, minha área de atuação” (MGM).
Ausência de legislação	“O Sistema de Justiça ainda é pouco sensível às diversas nuances da violência obstétrica. O nascimento de um(a) filho(a) não pode ficar fixado negativamente. A autonomia do corpo feminino (pessoa gestante, na proposta

específica a respeito do tema	do produto educacional) e uma abordagem que a respeite são fundamentais para garantir que os procedimentos obstétricos não se convertam em fontes de violência e trauma. Na ausência de legislação repressiva específica, um trabalho como este será importantíssimo para sensibilização e discussão do tema dentro dos hospitais, casas de parto e mesmo dentro das comunidades atendidas, com todas as pessoas que se mostrarem dispostas a repensar e colaborar com essa nova proposta humanizadora do parto” (ACM23).
Abordagem didática	“Por possuir uma abordagem bem didática e baseada na Ciência, o presente produto educacional instiga sua leitura, o que facilita a atuação docente e de doulagem, no tocante a serem duas profissões que pressupõe conhecimento a ser partilhado” (Janaína).

FONTE: Dados da pesquisa (2021).

Solicitados/as a apresentar observações, críticas e/ou sugestões sobre as questões sobre gravidez e parto humanizado abordadas no produto educacional, foram apresentadas as seguintes respostas:

QUADRO 28: Observações, críticas e/ou sugestões acerca do tema “gravidez e parto humanizado”

CATEGORIZAÇÃO EMPÍRICA	NARRATIVAS DE SUJEITOS DISCENTES
Quantidade e qualidade das informações	“A segunda parte do material é farta em informações. Explica com clareza os processos fisiológicos do corpo que gesta, a parturição em si e o puerpério. Vale ressaltar a importância da abordagem desta última fase do ciclo gravídico-puerperal, esquecido até mesmo na prática clínica de muitos/as profissionais. Nesse tocante, também, o trabalho é bastante esclarecedor sobre a atuação dos/as que atuam na assistência multidisciplinar e as diferenças que guardam entre si” (Jurisdoula).
Inclusão de dados estatísticos / Problematização necessária de tabus	“Para ser trabalhada dentro do Sistema de Justiça e/ou Unidades Hospitalares do SUS o produto educacional poderia trazer mais dados estatísticos sobre a transição das formas de parir e seu impacto sobre a mortalidade materno-fetal. Tudo de modo a conscientizar que cada parto é único e não se deve, a priori, estabelecer que tal ou qual forma será a mais adequada sem o acompanhamento devido. Isto porque observa-se que, enquanto no Sistema Privado de Saúde a parturiente pode escolher a forma de parir, no Sistema Único de Saúde ela fica refém da estrutura deficitária, em termos humanos e materiais, raramente tendo voz ativa durante esse processo. O parto que era para ser ‘normal’, por exemplo, muitas vezes, transforma-se numa experiência traumática e não raras vezes com resultado de morte fetal intraútero pela falta de acompanhamento correto. A constatação de que a cesariana é mais utilizada na rede privada do que na pública mereceria um aprofundamento com o cotejo entre número de mortalidades materno-fetais em ambos os sistemas (público e privado). O produto educacional não se perde em um ativismo monológico, enfrentando pontos importantes e plurais para a construção de um ambiente seguro para o parto, reconhecendo avanços e retrocessos ao longo da rememoração da construção do parir, embora não esconda que defende o protagonismo da parturiente. A gravidez na adolescência é abordada sem preconceitos, facilitando a recepção do produto educacional num universo onde ela é uma realidade e problematizando os mitos que a circundam de forma a garantir a escolha da parturiente, respeitando sua autonomia de sujeito, independente de sua idade” (ACM23).
Adequação de informações	“Na página 29 se refere que a gestação ocorre quando não há uso de contraceptivos. Acredito que seja importante acrescentar que pode ocorrer também pela falha dos referidos métodos. Além disso, a autora utiliza o termo “gestação de baixo risco”, quando acredito que o mais adequado seria “gestação de risco habitual. No mais, o texto é excelente!” (Clara).

FONTE: Dados da pesquisa (2021).

Na mesma linha, relativamente à abordagem das questões sobre gênero e parentalidade no material textual, foram apresentadas as observações e/ou críticas contidas no quadro a seguir:

QUADRO 29: Observações, críticas e/ou sugestões acerca de “gênero e parentalidade”

CATEGORIZAÇÃO EMPÍRICA	NARRATIVAS DE SUJEITOS DISCENTES
<p>Inclusão de aspectos históricos do Movimento da Humanização /</p> <p>Adequação da redação textual com a proposta crítica à heteronormatividade</p>	<p>“Nesse ponto, a autora estabeleceu a contento diferenças conceituais entre maternidade, maternagem e matrescência, pouco abordadas pela literatura. Tratou, ainda, das ondas feministas, como tendências teóricas e políticas que contribuíram para a redefinição do papel social do corpo com útero. A título de contribuição, sugere-se incluir nessa abordagem o próprio surgimento do movimento de humanização do parto e do enfrentamento à violência contra a mulher, sem deixar de mencionar os marcos normativos como conquistas da luta pela emancipação. Outrossim, é preciso organizar o texto com a proposta crítica à heteronormatividade, prestigiando a diversidade de gênero em toda a redação, não só nesse tópico” (Jurisdoula).</p> <p>“Talvez o uso dos pronomes neutros” (Janaína).</p>
<p>Diálogo com perspectivas mais conservadoras</p>	<p>“A introdução da paternagem e da parentalidade contempla as discussões modernas discussões de gênero. A abordagem da “matrescência” é fundamental para desmistificar a maternagem como algo instantâneo e biologicamente determinado em relação ao corpo feminino, facilitando sua compreensão pelas adolescentes. O produto educacional dialoga, inclusive, com perspectivas mais conservadoras facilitando sua permeabilidade nas mais diversas camadas sociais, sem negar as modernas conquistas do campo feminista/de gênero” (ACM23).</p>
<p>Coerência</p>	<p>“Achei muito coerente e interessante” (Clara).</p>

FONTE: Dados da pesquisa (2021).

Por fim, quanto ao que foi abordado sobre violência obstétrica abordadas no produto educacional, os/as avaliadores/as assim se posicionaram:

QUADRO 30: Observações, críticas e/ou sugestões acerca de “violência obstétrica”

CATEGORIZAÇÃO EMPÍRICA	NARRATIVAS DE SUJEITOS DISCENTES
<p>Inclusão de entendimento do termo como “violência sexual” e de marcos normativos sobre atenção humanizada</p>	<p>“Aqui, a autora também apresenta a definição de violência obstétrica de forma satisfativa, especificando os potenciais sujeitos ativos e passivos, o bem jurídico que se pretende proteger e as formas em que ela pode se manifestar. Sugiro apenas mencionar o entendimento do Ministério Público Federal de que se trata de uma violência sexual e, novamente, os marcos normativos que garantem a atenção humanizada ao ciclo gravídico-puerperal, ainda que falte uma lei federal disciplinando a matéria” (Jurisdoula).</p>

Pertinência da diferenciação entre “violência obstétrica” e “erro médico”	“A diferenciação entre VO e erro médico evidencia o caráter de violência de gênero da primeira e pontua a necessidade de respeito ao corpo feminino e seu protagonismo no parto. A abordagem da violência obstétrica como ‘um conjunto de condutas inadequadas’ facilita sua discussão no campo Jurídico e médico hospitalar, na medida em que propõe uma revisão de métodos em vez de meramente classificar como ‘intenção de causar dano’” (ACM23).
Importância para prevenir a violência obstétrica	“Extremamente rico, sensível e interessante! Será de grande valor para a formação dos jovens de modo a evitar a perpetuação dessas violências” (Clara).

FONTE: Dados da pesquisa (2021).

Diante de todo o exposto, consideramos que a maioria das avaliações entende que o produto educacional desenvolvido atende ao que se propõe, em termos de auxílio ao processo de ensino-aprendizagem, tendo também pertinência para utilização em outras esferas além da escolar, como o meio jurídico nas profissões da área de saúde, tendo algumas adequações a serem feitas em termos de forma e conteúdo, o que será oportunamente realizado após as análises e as contribuições da banca examinadora.

Essas foram, portanto, as investigações realizadas e os respectivos resultados que nos levam à conclusão da presente pesquisa.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Falar sobre gravidez, parto e nascimento, após os avanços dos conhecimentos na área da reprodução, ginecologia e obstetrícia, é, basicamente, falar sobre gênero.

É que tais *progressos* na área da saúde acabaram permitindo e, muitas vezes, incentivando diversas formas de demarcação de sexo/gênero, que vão desde tentar escolher o “sexo” do bebê antes mesmo da concepção, por meio da tentativa de que a fecundação aconteça mais perto do dia exato da ovulação (quando se quer um *menino*) ou mais distante do dia exato (quando se quer uma *menina*), passando pela possibilidade de fazer teste sanguíneo laboratorial a partir de 8 semanas de gestação, o qual, identificando ou não o gene Y na corrente sanguínea da pessoa grávida, consegue desvendar o sexo do bebê, e havendo, ainda, durante as 40 semanas que em média duram a gestação, diversas oportunidades de descobrir o tal sexo do feto em uma das inúmeras ultrassonografias que se realiza ao longo do período gestacional.

Se, por um lado, tais avanços da Medicina ajudaram a reduzir a mortalidade materno-infantil, já que podem detectar condições adversas de saúde desde cedo, quando realizado o pré-natal de maneira adequada (o que é, inclusive, incentivado por meio de políticas públicas de saúde), por outro, tais intervenções no corpo acabaram por desvendar uma faceta do sistema capitalista que, ao mesmo tempo em que medicaliza demasiadamente o corpo grávido e patologiza a gestação, com o intuito de conseguir lucro ao incluir, no pré-natal, exames laboratoriais e procedimentos de imagem em excesso, alguns dos quais, na realidade, não têm indicação baseada em sólidas evidências científicas, também utiliza a demarcação de sexo/gênero para tornar essa experiência humana em um evento comercial.

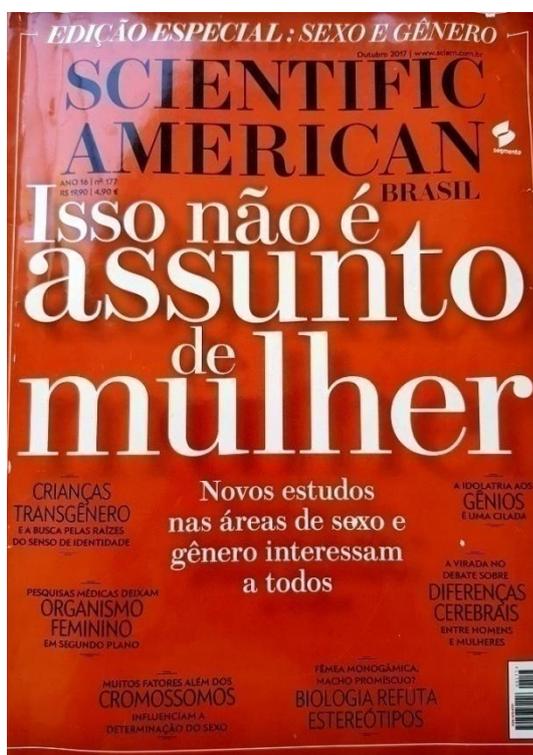
Nesse contexto, inclusive, surgiu o denominado “chá de revelação”, em que a família, após realizar exame laboratorial sanguíneo ou ecografia para descobrir o sexo do bebê, esconde a informação e organiza um evento no qual, das formas mais variadas e “criativas” possíveis, o sexo é revelado aos convidados, após certo suspense. Após esse evento, que tradicionalmente desvenda se o bebê é “menino ou menina” por meio da cor atribuída à descoberta – azul ou rosa, em geral –, continua a demarcação de gênero e a comercialização da gestação, que passa à fase de escolher enxoval de bebê com ênfase nas cores azul ou rosa, caso seja menino ou menina, respectivamente.

Referidas nuances, que são divulgadas como momentos de celebrar a vida do ser por vir, *revelam*, na verdade, a demarcação de gênero e o controle dos corpos desde antes da concepção, passando pela gestação e, mesmo após o nascimento, com o costume brasileiro de

furar as orelhas de bebês meninas para colocação de brincos (joias). Ademais, ainda na primeira infância, além da demarcação por meio das roupas e dos acessórios infantis pela cor, surgem as divisões por tipo de brinquedo ou de brincadeira, que são ditos “de menino” ou “de menina”, isso em pleno Século XXI, mesmo com o avanço dos estudos sobre feminismo e aspectos de gênero, além das crescentes vozes de pessoas que afirmam não se identificar com essa divisão binária, o que, deve-se deixar explícito, tem sido questionado até mesmo pelos estudos de genética e biologia.

A ciência tem avançado no sentido de demonstrar que a determinação do sexo tem muitos fatores, além dos cromossomos, bem como de derrubar mitos sobre a existência de diferenças cerebrais entre homens e mulheres e, no geral, a biologia tem refutado estereótipos como o de que a fêmea é monogâmica e o macho promíscuo, debates recentes, mas que não são tão novos assim, como se pode ver pela simples leitura da capa da revista *Scientific American Brasil*, edição de Outubro de 2017, que publicou edição especial sobre sexo e gênero:

FIGURA 17: Capa da revista *Scientific American Brasil* (Outubro/2017)



FONTE: *Scientific American Brasil* (2017).

É nesse contexto que a presente investigação científica passou a se debruçar sobre como é vivenciada a questão da gestação, do parto e do nascimento no Brasil, pois se acredita

que gestar, parir e criar deveria ir além dessa visão tradicional que parece muito mais segregar do que celebrar o ser humano. E mais: acredita-se que tal visão heteronormativa é, na realidade, o grande cerne das violências de gênero, as quais começam, justamente, na violência obstétrica.

Todavia, por também acreditar que, por meio da disseminação de informações científicas de qualidade, sobretudo desde cedo, ainda no ambiente escolar, podemos tentar alterar essa perspectiva, para que as próximas gerações a terem filhos/as tentem fazer escolhas gestacionais, de parto e de nascimento mais humanizadas e, continuando tal esforço, exerçam uma parentalidade respeitosa, tentando quebrar esses padrões violentos da forma de vir ao mundo.

Nessa perspectiva, esta pesquisa teve o objetivo de *investigar a violência obstétrica como violência de gênero a partir da concepção de discentes e docentes de Biologia do Ensino Médio Técnico-integrado do Instituto Federal da Paraíba*. Para tanto, foram analisadas as respostas a questionários mistos respondidos por treze docentes de Biologia e setenta e sete discentes do Ensino Médio Técnico-integrado do IFPB, dos mais diversos *campi*, do litoral ao sertão paraibano, além de documentos oficiais e legislações brasileiras a respeito do tema.

Relativamente aos objetivos específicos delineados, os resultados demonstram o seguinte:

Quanto ao mapeamento de situações de gravidez na adolescência em estudantes do Ensino Médio Técnico-integrado do IFPB, a partir de documentos institucionais, foram obtidas informações por meio do Sistema de Informações ao Cidadão do Governo Federal, tendo o Instituto informado a ocorrência de gravidezes nos anos de 2018 a 2020, conforme retratado na Tabela 1 da seção 6.1. Observou-se, além da dificuldade de envio de informações precisas, tanto que foram encaminhados diversos dados sem especificar a que tipo de curso se referia (se Ensino Médio técnico-integrado, subsequente, EJA, ou mesmo se Ensino Superior), que o número de ocorrências de gravidez e solicitações de regime especial aparenta ser muito baixo para a quantidade de matrículas totais em todo o IFPB, que tem em torno de 30 mil estudantes.

Essa situação dificultou o mapeamento das situações de gravidez na adolescência no âmbito da pesquisa, revelando, por outro lado, que o IFPB não tem uma política própria de mapeamento e controle relativo à ocorrência de gravidezes, situação que pode se desdobrar na necessidade de encaminhamento de sugestões de implementação de melhorias nesse tipo de registro e controle de tais dados por meio do referido Instituto Federal.

Relativamente à identificação da compreensão dos/as estudantes e dos/as professores/as de Biologia do Ensino Médio Técnico-integrado do IFPB sobre violência obstétrica e suas relações com a violência de gênero, a investigação demonstrou que, em sua maioria, tanto docentes como discentes tendem a relacionar as duas temáticas.

Quanto aos docentes, o Gráfico 12, contido na subseção 6.2.2, denota que 76,9% dos/as professores/as considera violência obstétrica como violência de gênero. Relativamente aos/as estudantes, 55,8% entende que é possível considerar violência obstétrica como violência de gênero, o que, apesar de demonstrar maioria, acaba sendo muito próximo dos 44,2% que não fazem tal correlação. Dessa forma, revela-se sobremaneira importante a discussão da temática no Ensino Médio, eis que, conforme demonstrado ao longo desta dissertação, a violência obstétrica não só tem profunda relação com a violência de gênero, podendo decorrer diretamente dela.

Por outro lado, no que toca ao mapeamento de possíveis ocorrências de violência obstétrica sofrida por discentes ou docentes gestantes e/ou mães do Ensino Médio Técnico-integrado do Instituto Federal da Paraíba, não houve identificação de nenhum relato nesse sentido. Dentre docentes, 69,2% afirmou ter filho(s)/(as), conforme Gráfico 5 (subseção 6.2.1), porém, não houve nenhum relato pessoal de ocorrência de violência obstétrica. Quanto a discentes participantes da pesquisa, apenas 1,3% afirmou ter filho(s)/(as) (Gráfico 23 da subseção 6.3.1), tratando-se de uma estudante que se identificou como sendo do gênero feminino (MM, 16 anos), que também não relatou ter sofrido violência obstétrica.

Dessa forma, mesmo não tendo sido possível mapear tais violências no âmbito da comunidade escolar do IFPB, uma fala da estudante identificada como Maria, ao ser questionada se conhecia alguma vítima de violência obstétrica, pode revelar o motivo de não se chegar a esse tipo de dado: “Nunca conheci pessoalmente, ou muitas mulheres não sabem o que se trata a violência, achando assim que nunca sofreu” (Quadro 20 da subseção 6.3.2). E é nesse sentido que a divulgação dos conceitos de violência obstétrica e de gênero passa a ser tão importante, pois nomear e identificar podem ser o primeiro passo no caminho da reparação dos danos porventura sofridos, sejam físicos ou psicológicos.

Por fim, quanto à concepção de um produto educacional sobre violência obstétrica, com o propósito de utilização em aulas de Biologia e/ou outros conteúdos programáticos do Ensino Médio Técnico-integrado, é certo que o objetivo foi cumprido, conforme teor integral do guia digital “*Auto da barriguda: gravidez, parto humanizado e violência obstétrica*” produzida após planejamento e realização da pesquisa de campo, inserida na subseção 6.4.2.

Seu conteúdo, que por vezes se imbrica no presente texto dissertativo, em outros momentos se distancia, seja pelo estilo linguístico, seja por conter assuntos muito específicos relacionados à fisiologia da gestação e do nascimento, bem como ao universo do parto humanizado, além de tratar detalhadamente sobre violência obstétrica e como buscar ajuda jurídica quando de sua ocorrência. De toda forma, dissertação e produto educacional estão entrelaçados, complementando um ao outro.

Vemos, portanto, que o cumprimento dos objetivos específicos denota o alcance do cumprimento do objetivo geral, considerando-se que a investigação apresentou resolução à questão de pesquisa que propôs, isto é, demonstrar como a violência obstétrica alude à violência de gênero no contexto do Ensino Médio Integrado do Instituto Federal da Paraíba (IFPB).

Ainda a título de contextualização dos resultados, tem-se que a averiguação feita no conteúdo sobre gênero, sexualidade e reprodução na Base Nacional Curricular Comum relativa à Biologia do Ensino Médio Integrado demonstrou um quase silenciamento de tais temáticas no teor do referido documento (BRASIL, 2018b).

Tal situação não chegou a ser uma surpresa, eis que a aprovação de tal documento curricular ocorreu no contexto pós-*impeachment* de Dilma Rousseff, ocasião em que foi observado um crescimento de forças políticas tradicionais, de inclinação de centro-direita, cujo discurso proeminente era (e ainda é) de salvaguardar a moralidade da *família tradicional brasileira*. Para uma parcela dos agentes políticos (e da população), falar de assuntos como sexualidade e reprodução em âmbito escolar poderia “incentivar” os/as jovens a atividades sexuais precocemente. Da mesma forma, propagam um discurso de que a esquerda brasileira teria implantado uma “ideologia de gênero” nas escolas, o que se trata de uma informação falsa, assim como outras *fake news* disseminadas sobre a existência de distribuição de *kit gay* nas escolas públicas, por exemplo, que, como vimos no capítulo anterior, não corresponde à realidade das instituições escolares do país.

O que a pesquisa revelou, na realidade, foi a existência de inúmeros documentos sérios relacionados a aspectos referentes à gestação, ao parto e ao nascimento, embasados em evidências científicas e nas recomendações da Organização Mundial da Saúde, a maioria deles concebida, produzida e publicada entre os anos 2000 e 2017, isto é, antes mesmo de ingressar no Executivo Federal o Partido dos Trabalhadores (PT), com inclinação política de esquerda, publicações que continuaram após a sua saída do governo brasileiro, mas que, visivelmente, deixaram de ocorrer a partir de 2019, quando iniciou o mandato do Partido Social Liberal (PSL), considerado um partido com inclinação política direitista.

Por outro lado, mesmo que a maioria desses documentos seja de órgãos públicos como o Ministério da Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz, tais publicações aparentemente não foram levadas em consideração e seus conteúdos sobre reprodução, sexualidade, gestação, parto e nascimento não constam na BNCC e, por essa razão, a pesquisa teve o intuito de suprir tal silêncio eloquente da estruturar curricular prevista para o Ensino Médio brasileiro.

Obviamente que o tema não se esgota aqui, tendo surgido algumas questões-problemas ao longo da investigação, como as relacionadas a recortes raciais e étnicos a respeito de gravidez, parto e nascimento e como a violência obstétrica se revela nesses casos. Também não foram consideradas, no início da pesquisa, as novas formas de gestar e parir por homens transgênero, que apenas no decorrer da investigação se revelaram uma realidade mais comum do que a imaginada, questão que poderia ser objeto de pesquisa futura, sobretudo pela novidade do tema e existência ainda parca de pesquisas científicas a respeito da temática.

Tais recortes, deveras importantes, não puderam ser incluídos na presente investigação em virtude não só de sua complexidade e especificidade, mas também pelo fato de a pesquisa ter passado por limitações de tempo e dificuldades práticas, eis que, alguns meses após o início de mestrado, que começou em Agosto de 2018, esta pesquisadora, que já tinha uma filha pequena (nascida em Fevereiro/2016), além de ter se descoberto novamente gestante, precisou mudar de endereço da Paraíba para o Distrito Federal em Janeiro/2019, tendo a segunda filha nascido quando completado um ano de curso (Julho/2019).

Por tais razões, o segundo semestre do curso teve que ser cumprido por meio de viagens a João Pessoa/PB para aulas presenciais, bem como denotou a necessidade de solicitar licença maternidade prevista no regulamento do ProfEPT, concedida e cumprida entre Agosto/2019 e Janeiro/2020. Desse modo, a qualificação foi postergada para 2020, tendo ocorrido no início da pandemia de COVID-19, o que motivou, inclusive, a solicitação de uma prorrogação para apresentação da defesa, dada a dificuldade de acesso a docentes e discentes pelos meios *online*, tendo toda esta fase da investigação sido realizada de maneira remota em 2020 e 2021, mesmo sendo idealizada, ainda em 2018, para ser realizada presencialmente, em salas de aula do IFPB.

Por fim, cabe o registro de que esta pesquisa cumpriu, além do que já foi posto, um duplo desafio sob os interstícios de suas intenções/obrigações originais:

- a) conjurar o fenômeno histórico-cultural e, por isso mesmo, institucionalizado da “violência obstétrica” como “violência de gênero”, notadamente, ressaltando que a condição biológica da maternidade sinaliza a ação de gestar/parir matizada pela rede de controle e de poder atreladas à eternização do arbitrário da ordem sexual pela

dominação masculina, lembrando Bourdieu (2019)⁷. Isso impõe ao gênero dominado (a pessoa grávida/mãe) múltiplas repercussões como consequência, isto é, a banalização de formas de violências as quais a pessoa grávida está sujeita quando do ato de parir assevera o pressuposto da eternização do arbitrário, cujas punições ao gênero domado eclodem e, ao mesmo instante dissimulam, pelo simples fato da vítima ser mulher, e a tal gênero verga o peso histórico-cultural da resignação, da subjugação e da subalternidade;

b) empreender, como síntese objetiva a partir dos resultados da investigação, um produto educacional (PE) subsequente, fundado por diretrizes didático-pedagógicas e subsidiado por dimensões atinentes a aprendizagens abertas no Ensino Médio Técnico-integrado, uma responsabilidade obrigatória aos Mestrados Profissionais da área de Ensino pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior (Capes). Neste caso, o PE advindo desta pesquisa surgiu com o intuito de suscitar um progresso reflexivo-racional, dialógico e decisivo, embora modesto, na ordem da ação sobre *violência obstétrica como violência de gênero*, no contexto formativo-juvenil.

Porquanto, das permanências constatadas sobre o fenômeno *violência obstétrica* e, por intermédio deste, das mudanças/intervenções desejadas sobre o fenômeno *violência de gênero*, faces de uma mesma moeda no ordenamento patriarcal imposto, compete às instituições interligadas, a exemplo da escola, a luta pelo que Bourdieu (2019) chama de ruptura à eternização do fenômeno diante das relações desiguais e coercitivas entre os sexos/gêneros.

Por essa razão, a *des-historicização* da mulher e/ou da pessoa grávida, advinda da “eternização das estruturas da divisão sexual e dos princípios de divisão correspondentes” (BOURDIEU, 2019, p. 8), culturalmente cravados pelo sistema sexo-gênero, corresponde a uma histórica dinâmica de desfalques às *diferenças* através da qual não podemos nos furtar à resistência e à luta político-pedagógica. Sem sombras de dúvidas, essa compreensão e chamamento à mobilização evocam o respeito à dignidade e/ou à condição humana, à justiça social, à equidade de gênero e ao espírito formativo-educacional.

Crentes na premissa de que toda ação pedagógica prescinde de um ato político e vice-versa, entendemos que o PE é perpassado por uma estrutura discursivo-conteudística a partir da qual se reverbera o engajamento a um ato político-pedagógico ousado, forjado na mesma

⁷ “[...] a constatação da constância relativa das estruturas sexuais e dos esquemas pelos quais elas são percebidas como uma maneira condenável e imediatamente condenada, falsa e imediatamente refutada (lembrando as transformações na situação das mulheres), de negar e de condenar as mudanças desta situação” (BOURDIEU, 2019, p. 7).

coragem com que pessoas grávidas enfrentam as difíceis condições do parto/pós-parto, principalmente nos rincões e/ou sertões profundos Brasil afora.

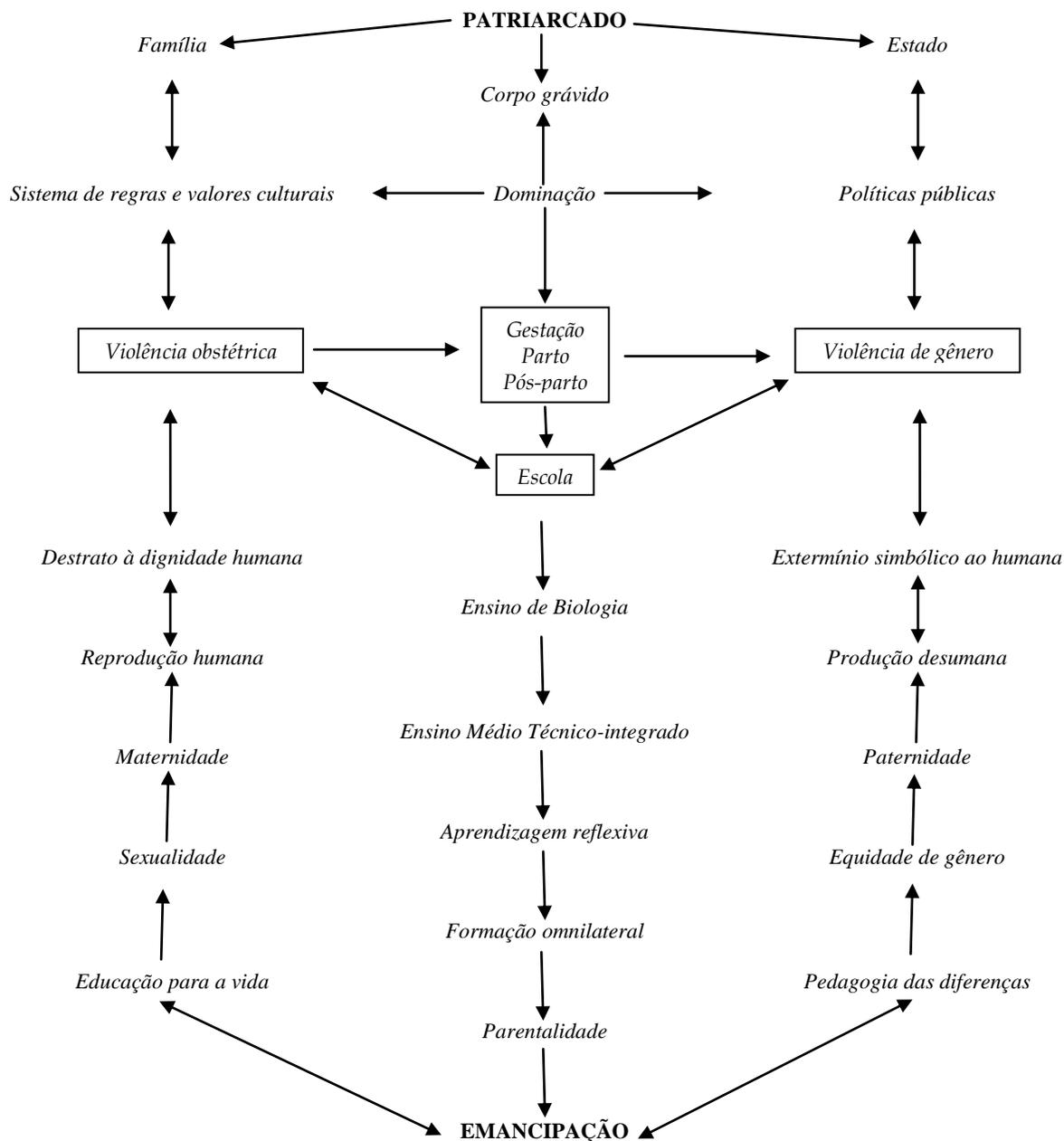
Na esteira desse entendimento, através do eco de sua voz, o PE ressoa gritos históricos cuja reincidência agudiza o enredo de personagens reais, em contextos de mundo vivos, inclusive, na adolescência. Portanto, encampa o fortalecimento de uma formação integral/omnilateral emancipatória, em contexturas de mundo invadidas e esgarçadas pelas máculas colonizadoras, entrementes, confiantes nos processos históricos das (trans)formações possíveis, fase esta em franca expansão e a partir da qual este trabalho abraça a causa.

Isso posto, faz-se relevante esclarecer que o produto educacional não tem, em nenhum aspecto, a pretensão de substituir o livro didático de Biologia. Pelo contrário, dispõe-se como possibilidade complementar/ilustrativa para fundar e/ou ressignificar as competências curriculares transversais e, por conseguinte, o diálogo sobre “reprodução e sexualidade humanas”, a partir do qual pode se desdobrar o fenômeno da violência obstétrica como violência de gênero, justamente onde o currículo e o livro didático, pela inquirição político-ideológica de múltiplos não-ditos, não conseguem dar conta.

Ao longo dessa aventura que foi mergulhar na investigação científica, pretendeu-se incentivar a formação de um novo espírito científico que contemple, na inteireza das coisas no mundo, a inteireza da vida.

Finalizamos com o esquema seguinte, uma espécie de quadro-resumo do que significou a presente pesquisa:

QUADRO 31: Esquemática dos signos e significados da pesquisa desenvolvida.



FONTE: Dados da pesquisa (2021)

Nossa intenção final, portanto, é a que almeja, ou pelo menos deveria almejar, todo/a aquele/a que pretende exercer a função de educador/a: a emancipação!

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Janaína Marques de. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero**. 2010. 204 p. Tese (doutorado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo: São Paulo, 2010. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-21062010-175305/pt-br.php>. Acesso em: 24 abr. 2021.
- AGUILAR, João Batista Vicentin; BANDOUC, Antonio Carlos; CAMPOS, Sílvia Helena de Arruda; CARVALHO, Elisa Garcia; CATANI, André; CHACON, Virginia; NAHAS, Tatiana Rodrigues; OLIVEIRA, Maria Martha Argel de; SALLES, Juliano Viñas; SANTOS, Fernando Santiago dos. **Ser protagonista box: biologia**, ensino médio, volume único, obra coletiva. 1. ed. São Paulo: Edições SM, 2014.
- ALVARENGA, Sarah Pereira; KALIL, José Helvécio. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: como o mito “parirás com dor” afeta a mulher brasileira. **Revista da Universidade do Vale do Rio Verde**. Três Corações, v. 14, n. 2, Ago-Dez. 2016, p. 641-649. Disponível em: <http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/2755>. Acesso em: 15 out. 2018.
- AMORIM, Melania Maria Ramos de. Estudando episiotomia. **Estuda, Melania, Estuda [blog]**. 07 ago. 2012. Disponível em: <http://estudamelania.blogspot.com/2012/08/estudando-episiotomia.html>. Acesso em: 01 ago. 2021.
- ANJOS, Anna Beatriz. Falha em dispositivo contraceptivo causa danos à saúde de mulheres no Brasil. **Revista Galileu [site]**. 27 nov. 2018. Disponível em: <https://revistagalileu.globo.com/Ciencia/Saude/noticia/2018/11/falha-em-dispositivo-contraceptivo-causa-danos-saude-de-mulheres-no-brasil.html>. Acesso em: 27 jun. 2021.
- ATHAN, Aurélie. **Matrescence [site]**. Tradução automática: *Google*. New York: Aurélie Athan. Disponível em: <https://www.matrescence.com/>. Acesso em: 29 abr. 2020.
- BALASKAS, Janet. **Parto ativo: guia prático para o parto natural (a história e a filosofia de uma revolução)**. 3. ed. rev. atual. e aumentada. São Paulo: Ground, 2015.
- BARBOSA, Luara de Carvalho; FABBRO, Márcia Regina Canglani; MACHADO, Geovânia Pereira dos Reis. Violência obstétrica: revisão integrativa de pesquisas qualitativas. **Revista Avances en Enfermería**. Bogotá, v. 35, n. 2, Maio 2017. p. 188-205. Disponível em: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/59637/0>. Acesso em: 29 abr. 2020.
- BEAUVOIR, Simone de. **O segundo sexo: fatos e mitos**, volume 1. Tradução Sérgio Milliet. 3.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira: 2016a.
- BEAUVOIR, Simone de. **O segundo sexo: a experiência vivida**, volume 2. Tradução Sérgio Milliet. 3.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira: 2016b.
- BITTENCOURT, Naiara Andreoli. Movimentos feministas. **Revista InSURgência**. Brasília, v. 1, n. 1, Jan./Jun. 2015. p. 198-210. Disponível em:

<<http://periodicos.unb.br/index.php/insurgencia/article/view/18804/17482>>. Acesso em: 11 fev. 2019.

BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina**. 15. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2019.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 29 abr. 2020.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Comissão Parlamentar de Inquérito. **Relatório final da CPI da mortalidade materna**. 2001. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/parlamentar-de-inquerito/51-legislatura/cpimater/relatoriofinal.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2018.

BRASIL. Decreto nº 1.953, de 1º de agosto de 1996. **Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/d1973.htm. Acesso em: 06 maio 2018.

BRASIL. Decreto nº 4.377, de 13 de setembro de 2002. **Promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, de 1979, e revoga o Decreto no 89.460, de 20 de março de 1984**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4377.htm. Acesso em: 06 maio 2018.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm. Acesso em: 29 abr. 2020.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 30 abr. 2020.

BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. **Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19394.htm. Acesso em: 30 abr. 2020.

BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. **Institui o Código Civil**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406compilada.htm. Acesso em: 29 abr. 2020.

BRASIL. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. **Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.778.htm. Acesso em: 25 abr. 2021.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005. **Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde -**

SUS. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm#art1. Acesso em: 30 abr. 2020.

BRASIL. Lei nº 12.852, de 05 de agosto de 2013. **Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude - SINAJUVE**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12852.htm. Acesso em: 30 abr. 2020.

BRASIL. Lei nº 13.005, de 25 de junho de 2014. **Aprova o Plano Nacional de Educação - PNE e dá outras providências**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/113005.htm. Acesso em: 30 abr. 2020.

BRASIL. Lei nº 14.188, de 28 de julho de 2021. **Define o programa de cooperação Sinal Vermelho contra a Violência Doméstica como uma das medidas de enfrentamento da violência doméstica e familiar contra a mulher previstas na Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha), e no Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), em todo o território nacional; e altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para modificar a modalidade da pena da lesão corporal simples cometida contra a mulher por razões da condição do sexo feminino e para criar o tipo penal de violência psicológica contra a mulher**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2021/Lei/L14188.htm. Acesso em: 31 jul. 2021.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de lei nº 7.867, de 13 de junho de 2017. **Dispõe sobre medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério**. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=AC09E88E486EE2C6AC480F5277D5BCDB.proposicoesWebExterno1?codteor=1574562&filename=Avulso+-PL+7867/2017#:~:text=O%20Congresso%20Nacional%20decreta%3A,%2C%20nascimento%2C%20abortamento%20e%20puerp%C3%A9rio. Acesso em: 24 abr. 2021.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de lei nº 8.363, de 23 de agosto de 2017. **Dispõe sobre o exercício profissional da atividade de Doula e dá outras providências**. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2148936>. Acesso em: 30 abr 2020.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de lei nº 878, de 19 de fevereiro de 2019. **Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências**. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=5955C80D21B8B89C56E578B16F250EF9.proposicoesWebExterno2?codteor=1718521&filename=Avulso+-PL+878/2019. Acesso em: 24 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. **Base Nacional Comum Curricular: Ensino Fundamental**. Disponível em: http://basenacionalcomum.mec.gov.br/images/BNCC_EI_EF_110518_versaofinal_site.pdf. Acesso em: 15 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. **Base Nacional Comum Curricular: Ensino Médio**. Disponível em:

http://basenacionalcomum.mec.gov.br/images/historico/BNCC_EnsinoMedio_embaixa_site_110518.pdf. Acesso em: 15 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Conselho Pleno.

Resolução CNE/CP nº 2, de 22 de dezembro de 2017. **Institui e orienta a implantação da Base Nacional Comum Curricular, a ser respeitada obrigatoriamente ao longo das etapas e respectivas modalidades no âmbito da Educação Básica**. Disponível em:

http://basenacionalcomum.mec.gov.br/images/historico/RESOLUCAOCNE_CP222DEDEZE_MBRODE2017.pdf. Acesso em: 30 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. Portaria nº 1.570, Diário Oficial da República Federativa do Brasil, de 21 de dezembro de 2017, Seção 1, p. 146. **Base nacional comum curricular – Ensino Médio**. Brasília, DF, 21 dez. 2017; homologação em 04 dez. 2018. Disponível em:

http://basenacionalcomum.mec.gov.br/images/historico/BNCC_EnsinoMedio_embaixa_site_110518.pdf. Acesso em: 19 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O dia em que o SUS visitou o cidadão** [cordel]. Brasília/DF: 2008(?). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cordel2.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Cegonha** [cordel]. 05 jul. 2012. Ministério da Saúde [site]. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/MinSaude/redecegonha-cordel>. Acesso em: 11 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Cegonha**. 22. out. 2015. Ministério da Saúde [site]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/redecegonha>. Acesso em: 11 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede HumanizaSUS** [folheto]. Brasília/DF: 2013. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 25 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Livro da parteira tradicional**. 2. ed. rev. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_parteira_tradicional.pdf. Acesso em: 30 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf.

Acesso em: 02 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais** [recurso eletrônico]: o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares Brasília: Editora do

Ministério da Saúde, 2010. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto_nascimento_domiciliar_parteiras.pdf.
 Acesso em: 30 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Adolescência primeiro, gravidez depois** [recurso eletrônico]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/03/03-02-2010-Prevencao-gravidez-adolescencia---FINAL-3.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf.
 Acesso em: 06 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em:
http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/57800/pcdt_ist_final_revisado_020420.pdf?file=1&type=node&id=57800&force=1. Acesso em: 15 fev. 2021.

BUENO, Juliana Fonseca da Silva Linhares; TORTATO, Cintia de Souza Batista. Das parteiras à medicina obstétrica: uma breve reflexão sobre o processo de cientificação do parto no Brasil do século XIX. **Cadernos de Gênero e Tecnologia**. Curitiba, v. 12, n. 40, Jul-Dez. 2019, p. 265-277. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/cgt/article/view/8866>. Acesso em: 30 abr. 2020.

BUTLER, Judith P. **A vida psíquica do poder: teorias da sujeição**. Tradução Rogério Bettoni. Belo Horizonte: Autêntica, 2018.

BUTLER, Judith P. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Tradução Renato Aguiar. 15.ed. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2017.

CAIS BR, ESCTA. **Formação de Doulas na Tradição em Fortaleza – CE!**. (S.l.), 20 ago. 2019. *Facebook*: ESCTA Cais Br, 2019. Disponível em: <https://pt-br.facebook.com/tradicaodasparteiras/>. Acesso em: 04 mar. 2021.

CAIS INTERNACIONAL, ESCTA. **SORORGESTAS: 1ª Formação ESCTA-CAIS-REDE INTERNACIONAL**. (S.l.), 11 out. 2020. *Instagram*: esctacaisinternacional, 2020. Disponível em: <https://www.instagram.com/esctacaisinternacional/>. Acesso em: 04 mar. 2021.

CARVALHO, Maria Eulina de; ANDRADE, Fernando César B. de; JUNQUEIRA, Rogério Diniz. **Gênero e diversidade sexual: um glossário**. João Pessoa: UFPB, 2009. Disponível em: <https://www.ufpb.br/escolasplurais/contents/noticias/didaticos/genero-e-diversidade-sexual-um-glossario>. Acesso em: 24 set. 2019.

CARVALHO, Suely. **Blog CAIS DO PARTO**. Olinda: Suely Carvalho. Disponível em: <http://caisdoparto.blogspot.com/p/quem-somos.html>. Acesso em: 30 abr. 2020.

CASTILHO, Silvia D.; BARRAS FILHO, Antonio A.. Crescimento pós-menarca. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 195-204, June 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302000000300003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 ago. 2020.

COSTA, Evaldo Lima da; SENA, Maria Cristina Ferreira; DIAS, Adriano. Gravidez na adolescência: determinante para prematuridade e baixo peso. **Com. Ciências Saúde**, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/gravidez_adolescencia.pdf. Acesso em: 30 abr. 2020.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. Adotada e proclamada pela Assembléia Geral das Nações Unidas (resolução 217 A III) em 10 de dezembro 1948. Disponível em: <http://www.onu.org.br/img/2014/09/DUDH.pdf>. Acesso em: 06 maio 2018.

DEMO, Pedro. **Praticar ciência: metodologias do conhecimento científico**. São Paulo: Saraiva, 2011.

DINIZ, Simone Grilo; DUARTE, Ana Cristina. **Parto normal ou cesárea?: o que toda mulher deve saber (e todo homem também)**. São Paulo: UNESP, 2004.

DIREITONET. **Personalidade**. In: Dicionário Jurídico. 07 Mar. 2016. Disponível em: <https://www.direitonet.com.br/dicionario/exibir/1605/Personalidade>. Acesso em: 10 ago. 2020.

EPAMINONDAS, Débora Lins. **“O nó de Górdio”**: regimes de verdade sobre o sistema sexo-gênero no Ensino de História, 2020. Dissertação (Mestrado em Educação Profissional e Tecnológica – ProfEPT) – Instituto Federal da Paraíba, João Pessoa, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ifpb.edu.br/jspui/handle/177683/1141>. Acesso em: 29 dez. 2020.

FADYNHA. **A doula no parto**: o papel da acompanhante de parto especialmente treinada para oferecer apoio contínuo físico e emocional à parturiente. São Paulo: Ground, 2011.

FARIAS, Paloma Leite Diniz. Afirmação dos direitos maternos à luz da teoria crítica dos direitos humanos. In: SANTOS, Herry Charrierry da Costa (org.). **Gênero em perspectivas: desafios contemporâneos e interdisciplinares**. Curitiba: CRV, 2020, p. 173-193.

FARIAS, Paloma Leite Diniz; MELO, Carolina Castelo Branco de. Tutela jurídica do parto e a contribuição do movimento de mulheres para a edição da lei de doulas no município de João Pessoa/PB. In: **Congresso internacional de direitos difusos**, 2017. Campina Grande. *Anais...* Disponível: http://www.editorarealize.com.br/revistas/conidif/trabalhos/TRABALHO_EV082_MD4_SA6_ID388_21082017194150.pdf. Acesso em: 14 fev. 2019.

FLEURY, Maria Tereza Leme; WERLANG, Sergio R. C. Pesquisa aplicada: conceito e abordagens. **GV pesquisa: anuário 2016-2017**. p. 10-15. Disponível em:

<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/apgvpesquisa/article/download/72796/69984>. Acesso em: 26 abr. 2020.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FOUCAULT. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 1987.

FREITAS, Ernani Cesar de; PRODANOV, Cleber Cristiano. **Metodologia do trabalho científico** [recurso eletrônico]: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2.ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Pesquisa Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento**. Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ. Maio 2014. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/>. Acesso em: 20 dez. 2019.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GRADVOHL, Silvia Mayumi Obana; OSIS, Maria José Duarte; MAKUCH, Maria Yolanda. Maternidade e formas de maternagem desde a idade média à atualidade. **Pensando famílias**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 55-62, jun. 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2014000100006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 09 abr. 2021.

HARAWAY, Donna; KUNZRU, Hari. **Antropologia do ciborgue: as vertigens do pós-humano**. 2. ed. org. e trad. Tomaz Tadeu Belo Horizonte: Autêntica, 2013. Disponível em: <https://we.riseup.net/assets/128240/ANTROPOLOGIA+DO+CIBORGUE.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2020.

HOOKS, Bell. **O feminismo é para todo mundo: políticas arrebatadoras**. Tradução: Bhuvan Libano. 12. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2020.

HOOKS, Bell. **Teoria feminista: da margem ao centro**. Tradução: Rainer Patriota. São Paulo: Perspectiva, 2019.

ISHIDA, Válder Kenji. **Estatuto da criança e do adolescente: doutrina e jurisprudência**. São Paulo: Atlas, 2013.

INSTITUTO FEDERAL DA PARAÍBA (IFPB). Conselho Superior. Resolução nº 297, de 12 de dezembro de 2014. **Convalida a Resolução 02/2009, de 05 de março de 2009, que dispõe sobre a aprovação das Normas Didáticas para os Cursos Técnicos Integrados ao Ensino Médio no âmbito do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba**. Disponível em: <https://www.ifpb.edu.br/orgaoscolegiados/consuper/resolucoes/2014/resolucao-no-297/view>. Acesso em: 17 abr. 2021.

INSTITUTO FEDERAL DA PARAÍBA (IFPB). **Cursos do IFPB**. In: Sítio Eletrônico do Instituto Federal na Paraíba. Ago. 2021. Disponível em: https://estudante.ifpb.edu.br/cursos/?cidade=&modalidade=&nome=&formacao=INTEGRADO&nivel_formacao=TECNICO&turno=&forma_acesso=. Acesso em: 15 ago. 2021.

INSTITUTO FEDERAL DA PARAÍBA (IFPB). **Sobre o IFPB**. In: Sítio Eletrônico do Instituto Federal na Paraíba. 27 maio 2016; atual. em 04 maio 2021. Disponível em: <https://www.ifpb.edu.br/institucional/sobre-o-ifpb>. Acesso em: 15 ago. 2021.

INSTITUTO FEDERAL DA PARAÍBA (IFPB). **Prestação de Contas Ordinária Anual na forma de Relatório de Gestão do exercício 2020**. In: Sítio Eletrônico do Instituto Federal na Paraíba. Jun. 2021. Disponível em: <https://www.ifpb.edu.br/transparencia/relatorios-anuais-de-gestao/ifpb-relatorio-de-gestao-2020.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2021.

JOÃO PESSOA (Município). Lei nº 13.448, de 4 de julho de 2017. **Regulamenta, no âmbito público e privado, a humanização da via de nascimento, os direitos da mulher relacionados ao parto e nascimento, as medidas de proteção contra a violência obstétrica e dá outras providências**. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=357604#:~:text=%C2%A7%201%C2%BA%20O%20Plano%20de,incluindo%20os%20cuidados%20com%20o>. Acesso em: 24 abr. 2021.

KAPLÚN, Gabriel. Material Educativo: a experiência de aprendizado. **Comunicação & Educação**. São Paulo, n. 27, Maio-Ago, 2003, p. 46-60. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/comueduc/article/view/37491>. Acesso em: 30 Abr. 2020.

KNOBEL, Roxana. Sobre gestar e parir. In: OLIVEIRA, Thelma B. (org.). **O livro da maternagem: para mães, pais, cuidadores e doulas**. Brasília: Gráfica Editora Bok2 – SP, 2020. p. 35-38.

LAVILLE, Christian; DIONNE, Jean. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Porto Alegre: Artmed; Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.

LEITE, Júlia Campos. A desconstrução da violência obstétrica enquanto erro médico e seu enquadramento como violência institucional e de gênero. In: **Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's World Congress**, 2017. Florianópolis. *Anais...* Disponível em: http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499455813_ARQUIVO_ARTIGOFAZENDOGENERO.pdf. Acesso em: 12 abr. 2021.

LEITE, Leidi. O que é uma doula na tradição? **Parir [blog]**. 05 set. 2014. Fortaleza, Trícia Cavalcanti. Disponível em: <http://parir.blogspot.com/2014/09/o-que-e-uma-doula-na-tradicao.html>. Acesso em: 30 abr. 2020.

LEITE, Priscila de Souza Chisté. Produtos educacionais em mestrados profissionais na área de ensino: uma proposta de avaliação coletiva de materiais educativos. In: **7º Congresso ibero-americano em investigação qualitativa**, 2018. *Atas CIAIQ 2018*. v. 1, p. 330-339. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1656>. Acesso em: 30 abr. 2020.

LERAY, Wallace. Como é a vida de um homem trans que está grávido? Cidadania. **Catraca Livre [site]**. 08 out. 2020. Disponível em: <https://catracalivre.com.br/cidadania/como-e-a-vida-de-um-homem-trans-que-esta-gravido/>. Acesso em: 25 jul. 2021.

LUZ, Anna Maria Hecker. Capacitação das parteiras para a assistência ao parto: uma proposta do Ministério da Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 54, n. 4, Out-Dez. 2001. p. 668-669. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672001000400016. Acesso em: 30 abr. 2020.

MAGALHÃES, Leslei Lester dos Anjos. **O direito de nascer**. In: Sítio eletrônico da Associação Nacional dos Membros das Carreiras da Advocacia-Geral da União. 17 maio 2013. Disponível em: <https://www.anajur.org.br/2019/o-direito-de-nascer/>. Acesso em: 12 jan. 2020.

MARIANI, Adriana Cristina; NASCIMENTO NETO, José Osório do. Violência obstétrica como violência de gênero e violência institucionalizada: breves considerações a partir dos direitos humanos e do respeito às mulheres. **Caderno da escola de Direito e Relações Internacionais (UNIBRASIL)**. Curitiba, v. 2, n. 25, Jul-Dez. 2016, p. 48-60. Disponível em: <http://revistas.unibrasil.com.br/cadernosdireito/index.php/direito/article/viewFile/865/822>. Acesso em: 15 out. 2018.

MELO, Carolina Castelo Branco de; FARIAS, Paloma Leite Diniz. Violência obstétrica e meio ambiente hospitalar: a restrição ao acompanhante no cenário do parto como violação de direitos humanos da mulher. In: GUIMARÃES, Flávio Romero; NEWTON, Paulla Christianne da Costa; BEZERRA, Ricardo dos Santos (org.). **Direitos humanos: estudos interdisciplinares [e-book]**. Campina Grande: Realize eventos, 2018. p. 135-139. Disponível em: <http://www.editorarealize.com.br/edicao/ebook/7/detalhes>. Acesso em: 24 abr. 2021.

MISKOLCI, Richard. A Teoria *Queer* e a Sociologia: o desafio de uma analítica da normalização. **Revista Sociologias**. Porto Alegre, ano 11, n. 21, Jan-Jun. 2009, p. 150-182. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/soc/n21/08.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2019.

MISKOLCI, Richard; CAMPANA, Maximiliano. “Ideologia de gênero”: notas para a genealogia de um pânico moral contemporâneo. **Revista Sociedade e Estado**. Brasília, v. 32, n. 3, Set-Dez/2017, p. 725-748. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-69922017000300725&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 30 abr. 2020.

MORGANTE, Mirela Marin; NADER, Maria Beatriz. (2014). O patriarcado nos estudos feministas: um debate teórico. In: **Encontro Regional de História da Anpuh-Rio: saberes e práticas científicas**, XVI, 2014. Rio de Janeiro. *Anais...* Disponível em: http://www.snh2011.anpuh.org/resources/anais/28/1399953465_ARQUIVO_textoANPUH.pdf. Acesso em: 14 fev. 2019.

NOSELLA, Paolo; AZEVEDO, Mario Luiz Neves de. A educação em Gramsci. **Revista Teoria e prática da educação**. Maringá, v. 15, n. 2, Maio-Ago. 2012, p. 25-33. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/TeorPratEduc/article/view/20180>. Acesso em: 17 dez. 2018.

OLIVEIRA, Letícia. Obstetrícia. Super vestibular. **UOL [site]**. Disponível em: <https://vestibular.mundoeducacao.uol.com.br/guia-de-profissoes/obstetricia.htm>. Acesso em: 25 jul. 2021.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Histórico da pandemia de COVID-19. **Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS)** [site]. Folha informativa sobre COVID-19. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em: 26 jun. 2021.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OMS emite recomendações para estabelecer padrão de cuidado para mulheres grávidas e reduzir intervenções médicas desnecessárias. **Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS)** [site]. 15 fev. 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5596:oms-emite-recomendacoes-para-estabelecer-padrao-de-cuidado-para-mulheres-gravidas-e-reduzir-intervencoes-medicas-desnecessarias&Itemid=820. Acesso em: 30 abr. 2020.

PARAÍBA (Estado). Governo do Estado da Paraíba. Secretaria de Estado da Mulher e da Diversidade Humana. **Violência obstétrica**. João Pessoa: Secretaria de Estado da Mulher e da Diversidade Humana, 2020. Disponível em: <https://paraiba.pb.gov.br/diretas/secretaria-da-mulher-e-da-diversidade-humana/arquivos/cartilha-sobre-violencia-obstetrica.pdf/view>. Acesso em: 12 abr. 2021.

PATOS (Município). Lei nº 4.647, de 17 de junho de 2016. **Dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização do parto humanizado na cidade de Patos, e dá outras providências**. Disponível em: <http://camarapatos.pb.gov.br/files/2016/4.647-2016.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2021.

PATOS (Município). Lei nº 4.916, de 9 de outubro de 2017. **Dispõe sobre a medida de implantação de medidas de informação à gestante e à parturiente sobre a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, visando à proteção destas contra a violência obstétrica, e dá outras providências**. Disponível em: http://camarapatos.pb.gov.br/files/2017/Lei%20N%C2%BA%204.916_2017.pdf. Acesso em: 24 abr. 2021.

PEIXOTO, Claudia Carneiro; QUICHE, Lara Carolina Peixoto. Interseções entre a violência simbólica e a violência obstétrica. In: **VII Seminário Corpo, Gênero e Sexualidade, III Seminário Internacional Corpo, Gênero e Sexualidade e III Luso-Brasileiro Educação em Sexualidade, Gênero, Saúde e Sustentabilidade** [recurso eletrônico]. *Anais...* Organizadoras: Paula Regina Costa Ribeiro *et. al.* Rio Grande: Ed. da FURG, 2018. Disponível em: <https://7seminario.furg.br/images/arquivo/15.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2021.

RAMOS, Marise. **Concepção do ensino médio integrado**. Belém: 2008. [mimeo] Disponível em: http://forumeja.org.br/go/sites/forumeja.org.br.go/files/concepcao_do_ensino_medio_integrad_o5.pdf. Acesso em: 16 dez. 2018.

RATTNER, Daphne; TRENCH, Belkis (org.). **Humanizando nascimentos e partos**. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2005.

RAPHAEL, Dana. *The tendergift: breastfeeding*. [S.l.: s.n.], 1973. In: ATHAN, Aurélie. **Matrescence** [site]. Tradução automática: Google. New York: Aurélie Athan. Disponível em: <https://www.matrescence.com/>. Acesso em: 29 abr. 2020.

RAPHAEL, Dana. *Becoming a Mother, A New/Old Rite de Passage*. [S.l.: s.n.], 1975. In: ATHAN, Aurélie. **Matrescence** [site]. Tradução automática: *Google*. New York: Aurélie Athan. Disponível em: <https://www.matrescence.com/>. Acesso em: 29 abr. 2020.

RIBEIRO, Cláudia Regina; GOMES, Romeu; MOREIRA, Martha Cristina Nunes. A paternidade e a parentalidade como questões de saúde frente aos rearranjos de gênero. **TEMAS LIVRES**. Ciênc. saúde colet., v. 20, n. 11, 2015, p. 3589-3598. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2015.v20n11/3589-3598/>. Acesso em: 27 jun. 2021.

RIO DE JANEIRO (Estado). Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro. Núcleo de Defesa dos Direitos da Mulher; Associação de Doulas do Estado do Rio de Janeiro. **Gestação, Parto e Puerpério: conheça seus direitos!**. Rio de Janeiro: Coordenação do Núcleo de Defesa dos Direitos da Mulher da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://view.joomag.com/minha-primeira-publica%C3%A7%C3%A3o-cartilha-gesta%C3%A7%C3%A3o-parto-e-puerp%C3%A9rio/0762910001567480823>. Acesso em: 28 abr. 2020.

RODRIGUES, Rui Martinho. **Pesquisa acadêmica**: como facilitar o processo de preparação de suas etapas. São Paulo: Atlas. 2007.

SACKS, Alexandra. **Uma nova forma de pensar sobre a transição para a maternidade**. TED Conferences LLC: Maio 2018. Disponível em: https://www.ted.com/talks/alexandra_sacks_a_new_way_to_think_about_the_transition_to_motherhood?language=pt-br. Acesso em: 29 abr. 2020.

SALGADO, Heloisa de Oliveira; POLIDO, Carla Betina Andreucci. **Como lidar luto perinatal**: acolhimento em situações de perda gestacional e neonatal. São Paulo: Emma Livros, 2018.

SANTOS, R.C.S.; SOUZA, N.F. Violência institucional obstétrica no Brasil: revisão sistemática. **Estação científica** (UNIFAP). Macapá, v. 5, n. 1, Jan/Jun-2015, p. 57-68. Disponível em: <http://periodicos.unifap.br/index.php/estacao>. Acesso em: 11 abr. 2021.

SÃO PAULO (Estado). Defensoria Pública do Estado de São Paulo. Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher. **Conversando sobre violência obstétrica**. São Paulo: Coordenadoria de Comunicação Social e Assessoria de Imprensa da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, 2015. Disponível em: https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/34/documentos/cartilhas/Cartilha_VO.pdf. Acesso em: 11 abr. 2021.

SAVIANI, Dermeval. Trabalho e educação: fundamentos históricos e ontológicos. **Revista brasileira de educação**. São Paulo, v. 12, n. 34, Jan-Abr 2007, p. 152-180. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v12n34/a12v1234.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2018.

SCIENTIFIC AMERICAN BRASIL [revista]. Ano 16, nº 177, Out. 2017. Segmento: São Paulo, 2017.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e realidade (Gênero e educação)**. Porto Alegre, v. 20, n. 2, Jul-Dez 1995, p. 71-99. Disponível em:

<https://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/71721>. Acesso em: 28 abr. 2020.

SENA, Ligia Moreiras. “**Ameaçada e sem voz, como num campo de concentração**”: a medicalização do parto como porta para a violência obstétrica. 2016. 268 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Florianópolis, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/172548/343425.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 11 jul. 2021.

SENA, Ligia Moreira e; TESSER, Charles Dalcanale. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mãe: relato de duas experiências. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, 2017, v. 21, n. 60, Jan-Mar 2017, pp. 209-220. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/5yYdGTKjmkRqRXnFJX6xfpk/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 25 set. 2018.

SILVA, Aternira da Silva e; SERRA, Maiane Cibele de Mesquita. Violência obstétrica no Brasil: um enfoque a partir dos acórdãos do STF e STJ. **Questio Juris**. Rio de Janeiro, vol. 10, nº. 04, 2017, p. 2430-2457. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/quaestioiuris/article/view/28458/21893>. Acesso em: 03 jul. 2021.

SILVA, Gerlane Barbosa. **Formação de professores no ciberespaço**: a gestão dos cursos de licenciatura na modalidade a distância no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba (IFPB), 2017. Dissertação (Mestrado Profissional em Organizações Aprendentes) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/12595/1/Arquivototal.pdf>. Acesso em: 04 set. 2019.

SILVA, João Luiz Pinto e; SURITA, Fernanda Garanhán Castro. Gravidez na adolescência: situação atual. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 34, n. 8, Ago-2012, editorial. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v34n8/01.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2019.

SOUSA, Valéria. **Violência obstétrica**: nota técnica – considerações sobre a violação de direitos humanos das mulheres no parto, puerpério e abortamento. São Paulo: Artemis, 2015.

SOUZA, Danielle Andrade. “**Ilítia ciborguiana**”: o parto ativo à luz da atuação de parteiras e doulas brasileiras nos media digitais. 2018. 307 f. Tese (Doutoramento em Ciências da Comunicação) – Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Lisboa, 2018. Disponível em: <https://docplayer.com.br/108545860-Ilitia-ciborguiana-o-parto-ativo-a-luz-da-atuacao-de-parteiras-e-doulas-brasileiras-nos-medias-digitais-danielle-andrade-souza.html>. Acesso em: 23 abr. 2020.

TIBURI, Marcia. **Feminismo em comum**: para todas, todes e todos. Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos, 2018.

TINÉ, Luíza. Você sabe o que é violência obstétrica? **Blog da Saúde do Ministério da Saúde [blog]**. 24 nov. 2017. Disponível em:

<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/53079-voce-sabe-o-que-e-violencia-obstetrica>. Acesso em: 11 abr. 2021.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2004.

WERMUTH, Maiquel Angelo Dezordi; GOMES, Paulo Ricardo Favarin; NIELSSON, Joice Graciele. Uma análise biopolítica do parto e da violência obstétrica no Brasil. **Universitas JUS**. Brasília, v. 27, n. 2, 2016, p. 87-101. Disponível em: <https://www.arqcom.uniceub.br/jus/article/viewFile/4273/3259>. Acesso em: 30 mar. 2021.

ZABALA, Antoni. **A prática educativa: como ensinar**. Porto Alegre: Artmed, 1998.

ZANELLO, Valeska. **Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação**. Curitiba: Appris, 2018.

APÊNDICE A: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – DOCENTES DE BIOLOGIA DO IFPB**QUESTIONÁRIO DOCENTE**

Categoria de sujeitos: docentes do componente curricular Biologia do Ensino Médio Técnico-integrado do Instituto Federal da Paraíba (IFPB)

Este instrumento de coleta de dados refere-se à pesquisa intitulada: “Alma mater: violência obstétrica como violência de gênero”, da Mestranda Carolina Castelo Branco de Melo, sob orientação do Prof. Dr. José Washington de Moraes Medeiros, do Programa de Pós-graduação em Ensino Profissional e Tecnológico (ProfEPT), do Instituto Federal da Paraíba, tendo como sujeitos: docentes do componente curricular Biologia do Ensino Médio Técnico-integrado do Instituto Federal da Paraíba (IFPB). As informações são estritamente acadêmicas e os resultados poderão ser apresentados em outras atividades e publicações científicas, sempre sem fins lucrativos e resguardando a identidade dos sujeitos respondentes, conforme termo de assentimento/consentimento livre e esclarecido que segue, cujo teor completo e assinado pela pesquisadora responsável será enviado por e-mail.
Agradecemos sua contribuição!

1. Gênero:

() Feminino

() Masculino

() Outro. Qual? _____

2. Idade:

3. Tempo de atuação como docente de Biologia: _____

4. Tempo de atuação como docente de Biologia na Rede Federal: _____

5. Estado civil:

() Solteiro/a

() Casado/a

() Viúvo/a

() Divorciado/a

() União estável

() Outro: _____

6. Tem filho(s)?

() Sim.

() Não.

7. Se sim, quantos? _____

8. Em sua experiência como docente no Ensino Médio no Instituto Federal da Paraíba, você já teve alunas (adolescentes) grávidas em sala de aula?

() Sim.

() Não.

9. Se sim, essa experiência de ter alunas grávidas em sala de aula repetiu-se ao longo de sua carreira docente no IFPB?

() Sim.

() Não.

() Não tive alunas (adolescentes) grávidas em sala de aula.

10. Ainda se respondeu "sim" à pergunta 8, quantas vezes, em média?

11. Você já ouviu falar na expressão “violência obstétrica”?

() Sim.

() Não.

12. Você sabe o que tal expressão significa?

() Sim.

() Não.

13. Se sim, expresse aqui sua compreensão sobre “violência obstétrica”:

14. Ainda se respondeu "sim" à pergunta 12, como você tomou conhecimento da expressão “violência obstétrica”?

15. Você conhece alguém que já foi vítima de “violência obstétrica”?

() Sim.

() Não.

16. Se sim, por favor, relate a situação:

17. Em sua percepção, é possível uma mulher grávida passar por uma experiência referente à “violência obstétrica” em que fases?

() Durante a gravidez.

() Durante o trabalho de parto.

() Na hora do parto.

() No pós-parto ou no abortamento.

() Em quaisquer das fases apontadas acima.

() Outra.

Qual? _____

18. Em sua percepção, é possível considerar a “violência obstétrica” como “violência de gênero”?

() Sim.

() Não.

19. Em relação à resposta da pergunta anterior, por favor, justifique sua resposta.

20. A partir de sua experiência e de suas expectativas docentes, você acredita que o/a discente do Ensino Médio Integrado do IFPB sabe o que significa “violência obstétrica”?

() Sim.

() Não.

21. Em relação à resposta da pergunta anterior, por favor, justifique sua resposta.

22. A partir de sua experiência e de suas expectativas docentes, você acredita que o/a discente do Ensino Médio Integrado do IFPB relacionaria “violência obstétrica” a “violência de gênero”?

() Sim, as meninas principalmente.

() Sim, os meninos principalmente.

() Sim, indistintamente.

() Não.

23. Em relação à resposta da pergunta anterior, por favor, justifique sua resposta.

24. Em sua avaliação, os processos educativos e os recursos pedagógicos (do currículo ao livro didático de Biologia) são suficientes para conduzir o ensino sobre reprodução humana e suas especificidades?

() Sim.

() Não.

25. Em relação à resposta da pergunta anterior, por favor, justifique sua resposta.

26. Como docente de Biologia (Ensino Médio), em sua opinião, o currículo e o conteúdo de ensino do referido componente deveriam abordar “violência obstétrica”?

() Sim.

() Não.

27. Em relação à resposta à pergunta anterior, por favor, justifique sua resposta.

28. Ainda em referência à pergunta 26, em sua opinião, o currículo e o conteúdo de ensino de Biologia do Ensino Médio deveriam abordar “violência de gênero”?

() Sim.

() Não.

29. Em relação à pergunta anterior, por favor, justifique sua resposta.

30. Em sua avaliação, as políticas institucionais relativas à Rede Federal de Ensino e, especificamente, referentes ao IFPB são suficientes para assistir alunas grávidas no Ensino Médio?

() Sim.

() Não.

31. Em relação à pergunta anterior, por favor, justifique sua resposta.

32. Que outras considerações você pode registrar sobre o tema, a partir de sua experiência docente?

APÊNDICE B: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – DISCENTES DO ENSINO MÉDIO TÉCNICO-INTEGRADO DO IFPB

QUESTIONÁRIO DISCENTE

Categoria de sujeitos: estudantes dos cursos do Ensino Médio Técnico-integrado do Instituto Federal da Paraíba (IFPB)

Este instrumento de coleta de dados refere-se à pesquisa intitulada: “*Alma mater: violência obstétrica como violência de gênero*”, da Mestranda Carolina Castelo Branco de Melo, sob orientação do Prof. Dr. José Washington de Morais Medeiros, do Programa de Pós-graduação em Ensino Profissional e Tecnológico (ProfEPT), do Instituto Federal da Paraíba. As informações são estritamente acadêmicas, e os resultados poderão ser apresentados em outras atividades e publicações científicas, *sempre* sem fins lucrativos e resguardando a identidade dos sujeitos respondentes, conforme termo de assentimento/consentimento livre e esclarecido que precede o presente instrumento. Agradecemos sua contribuição!

Escolha e informe sobre um nome fictício que te represente na pesquisa (um *avatar*):

1. Gênero

- () Feminino
 () Masculino
 () Outro. Qual? _____

2. Idade: _____

3. Curso e *Campus* do Ensino Médio Técnico-integrado ao qual você está matriculado/a no IFPB:

- () Contabilidade, *campus* João Pessoa
 () Controle ambiental, *campus* João Pessoa
 () Edificações, *campus* João Pessoa
 () Eletrônica, *campus* João Pessoa
 () Eletrotécnica, *campus* João Pessoa
 () Eventos (PROEJA), *campus* João Pessoa
 () Informática, *campus* João Pessoa
 () Instrumento Musical, *campus* João Pessoa
 () Mecânica, *campus* João Pessoa
 () Outro, Qual curso E *campus*? _____

4. Fase do curso em que você está matriculado/a atualmente:

- () Primeiro ano.
 () Segundo ano.
 () Terceiro ano.

() Quarto ano.

5. Estado civil:

() Solteiro/a

() Casado/a

() Viúvo/a

() Divorciado/a

() União estável

() Outro: _____

6. Tem filho(s)?

() Sim.

() Não.

7. Se sim, quantos? _____

8. No momento, você tem namorada/o?

() Sim.

() Não.

9. Você tem vida sexual ativa?

() Sim, tenho parceria fixa.

() Sim, tenho alguns contatos, nada fixo – só “ficando”.

() Não, porque no momento estou só.

() Não, porque sou virgem.

() Não, porque não quero ninguém no momento.

() Não, porque só depois do casamento.

() Outro:

10. Se você tem vida sexual ativa e/ou se você já praticou sexo, usou algum método contraceptivo?

() Sim.

() Não.

11. No caso da pergunta anterior, por favor, justifique sua resposta:

12. Ao longo do Ensino Médio, em sua sala de aula, você conviveu com alguma colega grávida?

() Sim.

() Não.

13. Ao longo do Ensino Médio, em sua sala de aula, você conviveu com alguma colega que já era mãe?

() Sim.

() Não.

14. Ao longo do Ensino Médio, em sua sala de aula, você conviveu com algum colega que iria ser pai?

- () Sim.
() Não.

15. Ao longo do Ensino Médio, em sua sala de aula, você conviveu com algum colega que já era pai?

- () Sim.
() Não.

16. Ao longo do Ensino Médio, seja em sua escola ou em outra também do Ensino Médio, você soube de alguma aluna que estava grávida e/ou que já era mãe?

- () Sim.
() Não.

17. Se você for mulher e ficasse grávida durante o Ensino Médio, de imediato, que tipo de parto você preferiria?

- () Parto normal em casa.
() Parto normal no hospital/maternidade.
() Parto por meio de cirurgia cesariana.
() Outro: _____.

18. No caso da pergunta anterior, por favor, justifique sua resposta:

19. Se você for homem e sua namorada, irmã, colega etc. ficasse grávida durante o Ensino Médio, de imediato, que tipo de parto você acha que seria a melhor escolha?

- () Parto normal em casa.
() Parto normal no hospital/maternidade.
() Parto por meio de cirurgia cesariana.
() Outro: _____.

20. No caso da pergunta anterior, por favor, justifique sua resposta:

21. Você já ouviu falar na expressão “parto humanizado ou respeitoso”?

- () Sim.
() Não.

22. Você sabe o que é uma “doula”?

- () Sim.
() Não.

23. Você já ouviu falar na expressão “violência obstétrica”?

- () Sim.
() Não.

24. Você sabe o que tal expressão significa?

- () Sim.

() Não.

25. Se sim, por favor, expresse aqui sua compreensão sobre “violência obstétrica”:

26. Ainda se respondeu "sim" à pergunta 19, como você tomou conhecimento da expressão “violência obstétrica”?

27. Você conhece alguém que já foi vítima de “violência obstétrica”?

() Sim.

() Não.

() Não sei o que significa “violência obstétrica”.

28. Se sim, por favor, relate a situação:

29. Durante o Ensino Médio, algum componente curricular chegou a discutir sobre “violência obstétrica”?

() Sim.

() Não.

30. Se sim, foi na aula de qual matéria? _____

31. Em sua percepção, é possível uma mulher grávida passar por uma experiência referente à “violência obstétrica” em que fases?

() Durante a gravidez.

() Durante o trabalho de parto.

() Na hora do parto.

() No pós-parto ou no abortamento.

() Em quaisquer das fases apontadas acima.

() Outra.

Qual? _____

32. Você sabe o que é “violência de gênero”?

() Sim.

() Não.

33. Como você definiria “violência de gênero”, com suas palavras?

34. Se respondeu “não”, imagina o que significa a expressão “violência de gênero”?

() Sim: _____

() Não sei dizer o que significa

35. Em sua percepção, é possível considerar a “violência obstétrica” como “violência de gênero”?

() Sim.

() Não.

36. No caso da pergunta anterior, por favor, justifique sua resposta:

APÊNDICE C: TERMO DE ASSENTIMENTO

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome da Pesquisa: “*Alma Mater*”: VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO VIOLÊNCIA DE GÊNERO

Pesquisadora responsável: Carolina Castelo Branco de Melo, sob orientação do Prof. Dr. José Washington de Moraes Medeiros, do Programa de Pós-graduação em Ensino Profissional e Tecnológico (ProfEPT), do IFPB.

Informações sobre a pesquisa:

Convidamos você a participar da pesquisa “*Alma Mater*”: **VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO VIOLÊNCIA DE GÊNERO**”. Solicitamos a sua colaboração respondendo a algumas questões sobre este assunto. Trata-se de uma pesquisa de campo do tipo questionário/entrevista – quando pessoas são interrogadas diretamente sobre determinado assunto. O objetivo desta pesquisa consiste em investigar a violência obstétrica como violência de gênero a partir da concepção de estudantes e professores do Ensino Médio Integrado do Instituto Federal da Paraíba – IFPB, *campus* João Pessoa/PB. Os participantes da pesquisa serão professores de Biologia e alunos regularmente matriculados, discentes de oito cursos técnicos do Ensino Médio Integrado do Instituto Federal da Paraíba – IFPB, *campus* João Pessoa. Inicialmente, os pesquisadores tentarão coletar os dados com todos os professores e estudantes do universo. Caso não seja possível, será utilizada uma técnica de amostragem para composição da amostra. O instrumento utilizado será um questionário – que é um instrumento cujo sistema de coleta de dados consiste em obter informações diretamente do entrevistado. A coleta de dados acontecerá, de forma individual, via internet, após disponibilização dos contatos de e-mails dos participantes pela Coordenação de Curso. **O risco para participar da pesquisa é mínimo e está relacionado a algum desconforto/incômodo ou constrangimento por parte do participante para responder ao instrumento de pesquisa. Para minimizá-los, os participantes serão informados sobre como preencher o formulário e sobre os objetivos da pesquisa, de forma a tranquilizá-los. Os benefícios da pesquisa serão de suma importância, uma vez que se referem a ações que serão redirecionadas no *campus* no que diz respeito à utilização em sala de aula de metodologias e conhecimentos decorrentes dos resultados da pesquisa.** Para tanto, esclarecemos ainda que você terá:

- a) garantia de plena liberdade, de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- b) garantia de manutenção do sigilo e de sua privacidade durante todas as fases da pesquisa;
- c) garantia de que **receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) devidamente assinada pelo pesquisador responsável, sendo seu consentimento atestado pela leitura e aposição do “de acordo” no questionário online;**
- d) garantia de que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a pesquisa estão de acordo com o que preconiza a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde;
- e) garantia de ressarcimento e cobertura de eventuais despesas da pesquisa e dela decorrentes;
- f) garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa;
- g) garantia de que a pesquisa não acarretará nenhum prejuízo individual ou coletivo;
- h) garantia de que toda e qualquer responsabilidade nas diferentes fases da pesquisa é dos pesquisadores, bem como, fica assegurado que poderá haver divulgação dos resultados finais em órgãos de divulgação científica em que a mesma seja aceita; e
- i) garantia de que todo o material resultante será utilizado exclusivamente para a construção da pesquisa e ficará sob a guarda dos pesquisadores, podendo ser requisitado pelo entrevistado a qualquer momento.

A sua participação é muito importante, pois trará contribuição em relação ao tema abordado tanto para os participantes do estudo como também para o ensino e a pesquisa.

Eu, _____, abaixo assinado, tendo recebido todas as informações acerca dos objetivos e procedimentos da pesquisa, de livre e espontânea vontade, concordo em participar da pesquisa, **podendo a qualquer tempo desistir de sua participação**, pois estou ciente de que terei, de acordo com a Resolução 466/12 Cap. IV.3, todos os meus direitos acima relacionados.

Tenho ciência do exposto acima e desejo participar da pesquisa.

João Pessoa/PB, ____ de _____ de 2020.

Assinatura do participante maior de idade

João Pessoa/PB, 21 de setembro de 2020.

Carolina Castelo Branco de Melo

Carolina Castelo Branco de Melo
Pesquisadora responsável

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo (dúvidas e esclarecimentos), favor entrar em contato com a pesquisadora Carolina Castelo Branco de Melo, Telefone: (83) 988122073; E-mail: carol_castelo_branco@hotmail.com

ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do IFPB, , que se trata de um colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Endereço: Av. João da Mata, nº 256 - Jaguaribe - Edifício Coriolano de Medeiros

CEP 58.015-020, João Pessoa, PB, Brasil; Telefone: (83) 3612-9725 – Email: eticaempesquisa@ifpb.edu.br

APÊNDICE D: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (MAIORES DE IDADES)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome da Pesquisa: “*Alma Mater*”: VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO VIOLÊNCIA DE GÊNERO

Pesquisadora responsável: Carolina Castelo Branco de Melo, sob orientação do Prof. Dr. José Washington de Moraes Medeiros, do Programa de Pós-graduação em Ensino Profissional e Tecnológico (ProfEPT), do IFPB.

Informações sobre a pesquisa:

Convidamos você a participar da pesquisa “*Alma Mater*”: **VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO VIOLÊNCIA DE GÊNERO**”. Solicitamos a sua colaboração respondendo a algumas questões sobre este assunto. Trata-se de uma pesquisa de campo do tipo questionário/entrevista – quando pessoas são interrogadas diretamente sobre determinado assunto. O objetivo desta pesquisa consiste em investigar a violência obstétrica como violência de gênero a partir da concepção de estudantes e professores do Ensino Médio Integrado do Instituto Federal da Paraíba – IFPB, *campus* João Pessoa/PB. Os participantes da pesquisa serão professores de Biologia e alunos regularmente matriculados, discentes de oito cursos técnicos do Ensino Médio Integrado do Instituto Federal da Paraíba – IFPB, *campus* João Pessoa. Inicialmente, os pesquisadores tentarão coletar os dados com todos os professores e estudantes do universo. Caso não seja possível, será utilizada uma técnica de amostragem para composição da amostra. O instrumento utilizado será um questionário – que é um instrumento cujo sistema de coleta de dados consiste em obter informações diretamente do entrevistado. A coleta de dados acontecerá, de forma individual, via internet, após disponibilização dos contatos de e-mails dos participantes pela Coordenação de Curso. **O risco para participar da pesquisa é mínimo e está relacionado a algum desconforto/incômodo ou constrangimento por parte do participante para responder ao instrumento de pesquisa. Para minimizá-los, os participantes serão informados sobre como preencher o formulário e sobre os objetivos da pesquisa, de forma a tranquilizá-los. Os benefícios da pesquisa serão de suma importância, uma vez que se referem a ações que serão redirecionadas no *campus* no que diz respeito à utilização em sala de aula de metodologias e conhecimentos decorrentes dos resultados da pesquisa.** Para tanto, esclarecemos ainda que você terá:

- a) garantia de plena liberdade, de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- b) garantia de manutenção do sigilo e de sua privacidade durante todas as fases da pesquisa;
- c) garantia de que **receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) devidamente assinada pelo pesquisador responsável**, sendo seu consentimento atestado pela leitura e aposição do “de acordo” no questionário *online*;
- d) garantia de que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a pesquisa estão de acordo com o que preconiza a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde;
- e) garantia de ressarcimento e cobertura de eventuais despesas da pesquisa e dela decorrentes;
- f) garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa;
- g) garantia de que a pesquisa não acarretará nenhum prejuízo individual ou coletivo;
- h) garantia de que toda e qualquer responsabilidade nas diferentes fases da pesquisa é dos pesquisadores, bem como, fica assegurado que poderá haver divulgação dos resultados finais em órgãos de divulgação científica em que a mesma seja aceita; e
- i) garantia de que todo o material resultante será utilizado exclusivamente para a construção da pesquisa e ficará sob a guarda dos pesquisadores, podendo ser requisitado pelo entrevistado a qualquer momento.

A sua participação é muito importante, pois trará contribuição em relação ao tema abordado tanto para os participantes do estudo como também para o ensino e a pesquisa.

Eu, _____, abaixo assinado, tendo recebido todas as informações acerca dos objetivos e procedimentos da pesquisa, de livre e espontânea vontade, concordo em participar da pesquisa, **podendo a qualquer tempo desistir de sua participação**, pois estou ciente de que terei, de acordo com a Resolução 466/12 Cap. IV.3, todos os meus direitos acima relacionados.

Tenho ciência do exposto acima e desejo participar da pesquisa.

João Pessoa/PB, ____ de _____ de 2020.

Assinatura do participante maior de idade

João Pessoa/PB, 21 de setembro de 2020.

Carolina Castelo Branco de Melo

Carolina Castelo Branco de Melo
Pesquisadora responsável

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo (dúvidas e esclarecimentos), favor entrar em contato com a pesquisadora Carolina Castelo Branco de Melo

Telefone: (83) 988122073; E-mail: carol_castelo_branco@hotmail.com

ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do IFPB, que se trata de um colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Endereço: Av. João da Mata, nº 256 - Jaguaribe - Edifício Coriolano de Medeiros

CEP 58.015-020, João Pessoa, PB, Brasil; Telefone: (83) 3612-9725

Email: eticaempesquisa@ifpb.edu.br

APÊNDICE E: FICHA DE AVALIAÇÃO DO PRODUTO EDUCACIONAL

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
INSTITUTO FEDERAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, INOVAÇÃO E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E
TECNOLÓGICA – PROFEPT**

PRODUTO EDUCACIONAL

GUIA DIGITAL

“Auto da barriguda”: gravidez, parto humanizado e violência obstétrica

AVALIAÇÃO POR PARES – COMITÊ *AD HOC*

Prezado/a Profissional da Doulagem, do Direito e/ou da Educação,

O **Programa de Pós-graduação em Educação Profissional e Tecnológica (ProfEPT)** estrutura-se em rede, estando presente em todos os Estados brasileiros, através dos Institutos Federais. Atualmente, o ProfEPT oferta a formação *stricto sensu* em nível de Mestrado, cadastrado na Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), na área de Ensino.

Desta feita, como condição intrínseca à pesquisa, exige-se a elaboração de um *produto educacional* correlato à dissertação, constructo este que deve ser *pensado, implementado e aplicado* no contexto do ensino, a partir dos objetivos da pesquisa, articulados às suas especificidades.

Por oportuno, vale explicitar que o documento da área de Ensino da CAPES estipula uma tipologia para os produtos educacionais decorrentes das pesquisas. No caso desta investigação, cuja Dissertação de Mestrado intitula-se “*Alma mater: violência obstétrica como violência de gênero*”, o tipo escolhido para subsidiar a pesquisa como produto educacional foi o *guia digital*.

No que concerne à compreensão e ao debate sobre a gestação, o parto e o nascimento respeitosos, na atual conjuntura político-ideológica brasileira, a publicação ora em apreciação arvora-se a uma dupla missão: a) subsidia-se aos processos de ensino-aprendizagem sobre reprodução humana (ensino de Biologia); e b) articula-se como uma forma de luta e resistência contra o tradicional (atual e histórico) sistema obstétrico brasileiro, o qual desumaniza e violenta as pessoas grávidas e os frutos desses nascimentos.

Por isso, a publicação de um guia digital sobre tal fenômeno, seja de forma impressa ou digital, abrasaria, na perspectiva didático-pedagógica, a reflexão sobre a fisiologia do parto, as questões de gênero e as violências obstétricas existentes, de maneira real e natural, haja vista que as manifestações do gestar, do parir e do nascer, bem como os papéis e identidades de gênero fazem parte da natureza subjetiva, política e sociocultural do ser humano.

Diante disso, entende-se que a aplicação do referido produto educacional em sala de aula –no ensino de Biologia do Ensino Médio – seria importante. Ocorre que, pelas imposições deflagradas pela Pandemia de Covid-19 (*Coronavírus*), o ProfEPT decidiu, pelas forças das circunstâncias as quais o mundo enfrenta, que os produtos educacionais

desenvolvidos nas pesquisas de Mestrado deveriam ser *avaliados por pares*, além de convalidados pela banca examinadora, já que não poderiam ser aplicados presencialmente, pelo fato de as instituições federais escolares estarem em funcionamento remoto, em virtude da necessidade de distanciamento social.

Por essas vias, a escolha dos/as especialistas que formam a comissão *ad hoc* que subsidiaria a validação deste produto educacional deu-se a partir de critérios, quais sejam:

QUADRO: Critérios de escolha dos/as profissionais para validação do guia digital como produto educacional.

AVALIADOR/A	FORMAÇÃO	PÓS-GRADUAÇÃO (Titulação)	ÊNFASE DE ESTUDO	INSTÂNCIA DE ATUAÇÃO
1	Direito Doula	Mestre	Direitos Humanos	- Tribunal de Justiça da Paraíba - Cursos de Formação de Doulas
2	Direito	Mestre	Família e Gênero	Ministério Público do Distrito Federal e Territórios
3	Direito	Especialista	Gênero e Violência contra a Mulher	Ministério Público do Distrito Federal e Territórios
4	Enfermagem Doula e Educadora perinatal	Mestre	Educação Popular e Saúde Coletiva	- Associação de Doulas da Paraíba - Pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz
5	Ciências Biológicas Doula e Educadora perinatal	Mestre	Ensino de Ciências e Educação perinatal	Profissional autônoma
6	Psicologia Educação Física Doula e Educadora perinatal	Especialista	Fisiologia e psicologia perinatal e desenvolvimento infantil	Profissional autônoma
7	Letras Doula	Mestre	Tradução e Cultura Linguística	Professora Revisão linguística

FONTE: Dados da pesquisa (2021).

Em função disso, a partir da composição dos critérios para a definição das pessoas supraditas, a perspectiva da avaliação do produto educacional fundamenta-se em uma adaptação do modelo proposto por Leite (2018), no artigo intitulado *Produtos Educacionais em Mestrados Profissionais na Área de Ensino: uma proposta de avaliação coletiva de materiais educativos*⁸, cujas articulações dão-se a partir dos seguintes parâmetros:

⁸ LEITE, Priscila de Souza Chisté. **Produtos Educacionais em Mestrados Profissionais na Área de Ensino: uma proposta de avaliação coletiva de materiais educativos.** Atas CIAIQ 2018 - Investigação qualitativa em

- f) *Estética e organização*
- g) *Composição*
- h) *Estilo de escrita apresentado*
- i) *Propostas didáticas apresentadas.*
- j) *Criticidade suscitada*

Cada parâmetro constitui-se por eixos de apreciação/avaliação, com sua devida descrição, o que possibilita erigir índices e/ou indicadores que formam a análise sobre cada eixo do produto educacional.

De acordo com os parâmetros ético-normativos que regem o desenvolvimento da pesquisa com seres humanos, notadamente em Ciências Humanas e Sociais, não se oportuniza a identificação dos sujeitos que compõem a amostra da investigação. Assim, entendendo que os/as profissionais que subsidiam a avaliação deste produto educacional (guia digital) inserem-se no contexto da pesquisa, então, decidimos que não se faz necessária sua identificação nominal, razão pela qual cada pessoa escolhe seu próprio codinome, isto é, seu *avatar*, o qual será utilizado como codificação na pesquisa.

Após esta fase de validação, a banca examinadora de defesa da dissertação e, concomitantemente, do produto educacional, será constituída, para efeito de avaliação/validação final.

Nesses termos, antecipamos nossa gratidão aos/às profissionais que participam desta fase da pesquisa, na perspectiva da avaliação do guia digital, desenvolvida como produto educacional para o ensino de Biologia.

Escolha seu Avatar/Nome fictício: _____

Gênero: F () M () Outro (): _____

EIXOS DE VALIDAÇÃO DO GUIA DIGITAL COMO PRODUTO EDUCACIONAL

PRIMEIRA PARTE

A) Estética e organização

INDICADORES	Atende	Atende parcialmente	Não atende
1. Promove o diálogo entre o texto verbal e o visual?			
2. Apresenta uma estrutura atrativa e de fácil compreensão?			
3. O aporte teórico está em consonância com a forma escolhida para se comunicar com o/a leitor/a?			
4. Apresenta cuidado com a escrita do texto, respeitando a diversidade e/ou as diferenças?			

B) Composição

1. Apresenta partes interligadas e coerentes?			
2. Explicita, na apresentação, a origem, os objetivos e o público-alvo de tal produto educativo?			
3. A apresentação explica a concepção que embasa o produto educacional e as unidades que a compõe?			
4. As unidades expõem, de maneira clara, as informações sobre os procedimentos, apresentando atividades que contribuem com a prática pedagógica dos/as professores/as?			
5. Os elementos que compõem o produto educacional contribuem para se pensar o tema proposto a partir de processos educativos crítico-reflexivos?			
6. Utiliza a linguagem verbo-visual em diálogo com todos/as?			
7. As unidades apresentam propostas de textos que contribuem com o entendimento do conteúdo proposto?			

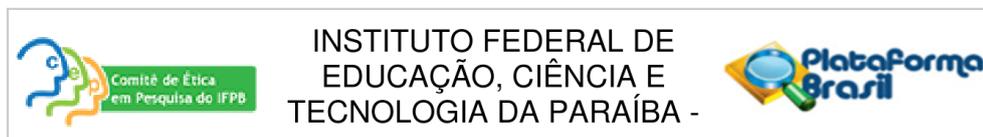
C) Estilo de escrita apresentado

1. Apresenta o conteúdo de forma clara/bem explicada?			
2. Estrutura as ideias facilitando o			

entendimento do assunto tratado?			
3. O texto escrito é atrativo e fomenta a discussão/reflexão do tema por docentes e discentes?			
D) Propostas didáticas apresentadas			
1. As leituras propostas são suficientes para a ampliação do entendimento e das práticas pedagógicas docentes e discentes sobre o tema?			
2. As discussões feitas são possíveis de serem compreendidas pelo público-alvo?			
3. As discussões suscitam reflexões?			
4. As discussões valorizam o conhecimento prévio dos/as alunos/as?			
5. As discussões problematizam o tema, a partir do conteúdo indicado, de forma coerente?			
6. As discussões colaboram com o debate sobre as repercussões, as relações e as aplicações do conhecimento sobre o tema na sociedade?			
7. O material utiliza uma linguagem dinâmica, promovendo o debate e a troca de informações entre as/os alunas/os?			
8. As indicações de mídias <i>online</i> sobre os temas são atrativas e fomentam a curiosidade e a aprendizagem crítico-reflexiva sobre o assunto?			
9. O material é adequado para ser utilizado por todas as séries (anos) do Ensino Médio e na Educação de Jovens e Adultos (EJA)?			
10. O material é adequado para ser utilizado em outras faixas etárias além da adolescência?			
E) Críticidade suscitada			
1. Contempla discussão em que as atitudes e o posicionamento subjetivo, político e sociocultural são trabalhados?			
2. Propõe reflexão sobre a realidade vivida, e questiona o modelo de sociedade vigente?			
3. Fomenta o debate sobre as repercussões, as relações e as aplicações do conhecimento sobre o tema na sociedade?			
4. Esforça-se para identificar e entender a ideologia dominante da sociedade atual do ponto de vista histórico-crítico?			
5. Pode ser utilizada como material de apoio por professores/as?			

6. Aborda aspectos históricos, políticos, culturais e sociais do ponto de vista histórico-crítico?			
7. Colabora com a compreensão e o debate aberto sobre gravidez, parto, gênero e violência obstétrica na sociedade?			
SEGUNDA PARTE			
A) Você indicaria este material? <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/> Talvez.			
Por quê?			
B) Você utilizaria este material em sua atuação profissional? <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/> Talvez.			
Por quê?			
C) Observações, críticas e/ou sugestões sobre as questões sobre <u>gravidez e parto humanizado</u> abordadas no produto educacional.			
D) Observações, críticas e/ou sugestões sobre as questões sobre <u>gênero e parentalidade</u> abordadas no produto educacional.			
E) Observações, críticas e/ou sugestões sobre as questões sobre <u>violência obstétrica</u> abordadas no produto educacional.			

ANEXO A: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEB



Continuação do Parecer: 3.418.294

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Como riscos a pesquisadora apresenta a recusa à participação nos questionários e/ou entrevistas pelo fato da possibilidade de acionamento de gatilhos emocionais em virtude das violências porventura sofridas. Também é ressaltado o risco de constrangimento ao responder perguntas do instrumento de coleta de dados. Ressalta-se que é garantido aos participantes o anonimato e a desistência, a qualquer momento, da sua participação, sem qualquer tipo de prejuízo.

Benefícios:

Como benefícios, a pesquisadora apresenta: ampliar a difusão de informações sobre violência obstétrica ainda no contexto do Ensino Médio, sendo a adolescência o momento em que se costuma iniciar a vida sexual e reprodutiva humana; propiciar o surgimento de discussões a respeito do tema no contexto dos aprendizados do componente curricular Biologia; prevenção da ocorrência de violência obstétrica após conscientização sobre sua existência.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

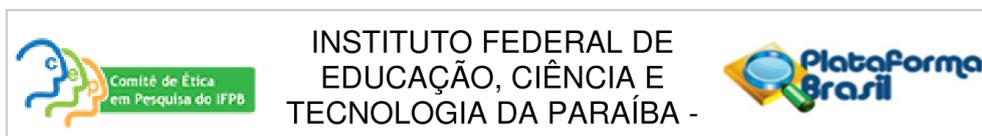
A pesquisa em tela é do tipo aplicada, com abordagem primordialmente qualitativa, e de campo, sendo descritiva, documental e exploratória. Como ferramentas de pesquisa serão utilizados questionários e roteiros de entrevistas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Com relação aos Termos de apresentação obrigatória, destaca-se que:

- A Folha de Rosto está presente, devidamente preenchida e assinada pelo Diretor Geral do Campus João Pessoa do IFPB;
- A Carta Resposta está presente, contemplando todas as pendências listadas no parecer consubstanciado de pendência anteriormente emitido;
- Os TCLEs (discentes com 18 anos ou mais e responsáveis pelos menores de 18 anos) estão presentes e são redigidos em uma linguagem simples e objetiva, em consonância com a legislação vigente.
- O Termo de Assentimento (direcionado aos alunos menores de 18 anos) está presente e está redigido em uma linguagem simples e objetiva, em consonância com a legislação vigente;
- As Informações Básicas estão devidamente preenchidas à luz da legislação vigente;
- O Cronograma de Atividades está presente, sendo compatível com os objetivos da pesquisa;
- O Orçamento está presente, também sendo compatível com os objetivos da pesquisa;
- A Ferramenta de Coleta de Dados (Questionário) está presente e está em consonância com os

Endereço: Avenida João da Mata, 256 - Jaguaribe
Bairro: Jaguaribe **CEP:** 58.015-020
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3612-9725 **E-mail:** eticaempesquisa@ifpb.edu.br



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Alma Mater: VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO VIOLÊNCIA DE GÊNERO

Pesquisador: CAROLINA CASTELO BRANCO DE MELO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 13171519.2.0000.5185

Instituição Proponente: INSTITUTO FEDERAL DE EDUCACAO, CIENCIA E TECNOLOGIA DA PARAIBA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.418.294

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um Projeto de Pesquisa de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Educação Profissional e Tecnológica (PROFEPT), cujo objetivo maior é investigar a violência obstétrica como violência de gênero a partir da concepção de estudantes do Ensino Médio Integrado do Instituto Federal da Paraíba – IFPB, campus João Pessoa. Ao todo participarão da pesquisa 100 discentes que estejam no 3º. ano do Ensino Médio.

Objetivo da Pesquisa:

O Objetivo Primário (Geral) da pesquisa é investigar a violência obstétrica como violência de gênero a partir da concepção de estudantes do Ensino Médio Integrado do Instituto Federal da Paraíba – IFPB.

Como Objetivos Secundários (Específicos), a pesquisa apresenta: a) Averiguar o conteúdo sobre gênero, sexualidade e reprodução no livro didático de Biologia do 1º ano do Ensino Médio Integrado; b) Mapear situações de gravidez na adolescência em estudantes do Ensino Médio a partir de documentos institucionais; c) Identificar a compreensão dos/as estudantes do 1º ano sobre violência obstétrica e suas relações como violência de gênero; d) Mapear possíveis ocorrências de violência obstétrica sofrida por discentes gestantes e/ou mães; e) Conceber radioaula (podcast) sobre violência obstétrica para utilização nas aulas de Biologia do 1º ano do Ensino Médio Integrado.

Endereço: Avenida João da Mata, 256 - Jaguaribe

Bairro: Jaguaribe

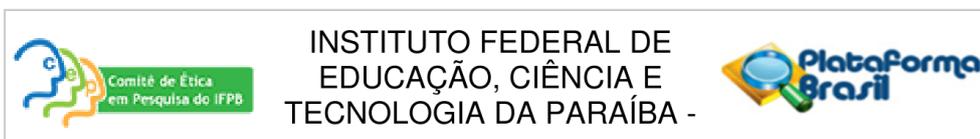
CEP: 58.015-020

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3612-9725

E-mail: eticaempesquisa@ifpb.edu.br



Continuação do Parecer: 3.418.294

objetivos da pesquisa.

Recomendações:

Não há recomendações, todas as pendências apontadas no parecer anterior foram solucionadas.

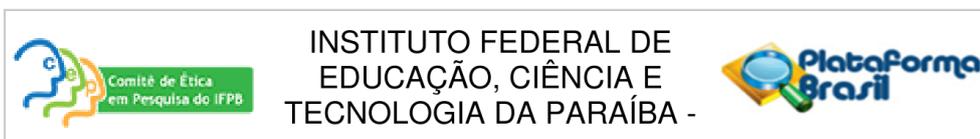
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após avaliação do parecer apresentado pelo relator que indica aprovação e em se tratando de resposta a pendências emitidas em parecer anterior, as quais foram sanadas, bem como no intuito de não atrasar o início da pesquisa, emito na condição de Coordenador o Parecer de Aprovado ao protocolo de pesquisa, pois este está em acordo com o que preconiza a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Informamos ao pesquisador responsável que observe as seguintes orientações:

- 1- O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 466/2012 - Item IV.3.d).
- 2- O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deve ser elaborado em duas vias, rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo convidado a participar da pesquisa, ou por seu representante legal, assim como pelo pesquisador responsável, ou pela(s) pessoa(s) por ele delegada(s), devendo as páginas de assinaturas estar na mesma folha. Em ambas as vias deverão constar o endereço e contato telefônico ou outro, dos responsáveis pela pesquisa e do CEP local e da CONEP, quando pertinente (Res. CNS 466/2012 - Item IV.5.d) e uma das vias entregue ao participante da pesquisa.
- 3- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade por parte do CEP que aprovou (Res. CNS 466/2012 - Item III.2.u), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.4) que requeiram ação imediata.
- 4- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/2012 Item V.5).
- 5- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas previamente ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.
- 6- Devem ser apresentados, ao CEP, relatório parcial até 31/01/2020 e relatório final até 30/09/2020.

Endereço: Avenida João da Mata, 256 - Jaguaribe
Bairro: Jaguaribe **CEP:** 58.015-020
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3612-9725 **E-mail:** eticaempesquisa@ifpb.edu.br



Continuação do Parecer: 3.418.294

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1332737.pdf	18/06/2019 14:21:22		Aceito
Outros	Modelo_de_Entrevista.doc	18/06/2019 14:11:13	CAROLINA CASTELO BRANCO DE MELO	Aceito
Outros	Modelo_de_Questionario.doc	18/06/2019 14:10:43	CAROLINA CASTELO BRANCO DE MELO	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_CEP_IFPB.doc	18/06/2019 00:29:44	CAROLINA CASTELO BRANCO DE MELO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_PROFEPT_IFPB_Carolina_Melo_2.doc	18/06/2019 00:23:13	CAROLINA CASTELO BRANCO DE MELO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_2.doc	17/06/2019 23:54:22	CAROLINA CASTELO BRANCO DE MELO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Assentimento_2.doc	17/06/2019 23:54:10	CAROLINA CASTELO BRANCO DE MELO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Pais_alunos_2.doc	17/06/2019 23:53:59	CAROLINA CASTELO BRANCO DE MELO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Alunos_maiores_idade_2.doc	17/06/2019 23:53:00	CAROLINA CASTELO BRANCO DE MELO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_Carolina.pdf	01/05/2019 07:18:53	CAROLINA CASTELO BRANCO DE MELO	Aceito

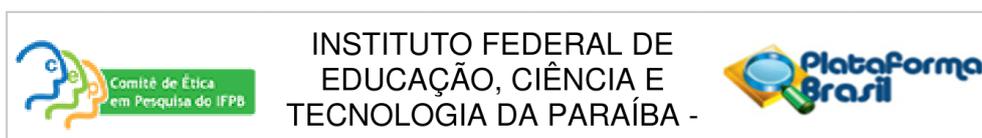
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Avenida João da Mata, 256 - Jaguaribe
Bairro: Jaguaribe **CEP:** 58.015-020
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3612-9725 **E-mail:** eticaempesquisa@ifpb.edu.br



Continuação do Parecer: 3.418.294

JOAO PESSOA, 27 de Junho de 2019

Assinado por:
Aleksandro Guedes de Lima
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida João da Mata, 256 - Jaguaribe
Bairro: Jaguaribe **CEP:** 58.015-020
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3612-9725 **E-mail:** eticaempesquisa@ifpb.edu.br

ANEXO B: RESPOSTAS DO IFPB AOS PEDIDOS FEITOS COM BASE NA LEI DE ACESSO À INFORMAÇÃO REFERENTE AOS DADOS ALUSIVOS A ESTUDANTES GRÁVIDAS



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA PARAÍBA
REITORIA

OFÍCIO 86/2020 - PRAE/REITORIA/IFPB

João Pessoa, 21 de outubro de 2020.

Ao Sistema de Informação ao Cidadão (e-SIC)

Assunto: Resposta a solicitação protocolada no NUP 23480.018927/2020-06

Em resposta a solicitação de acesso à informação protocolada no NUP 23480.018927/2020-06, por meio do Sistema de Informação ao Cidadão (e-SIC) comunicamos que foi realizado um levantamento com os campi através de ofício e os dados coletados foram compilados na tabela abaixo:

ESTUDANTES QUE SE TORNARAM MÃE ENTRE 2018 A 2020				
CAMPI	ESTUDANTES QUE SE TORNARAM MÃE	ANO	CURSO	REGIME ESPECIAL
Areia	Nenhum caso registrado			
Cabedelo	1	2020	Técnico Subsequente em meio ambiente	Não
	1	2019	Técnico Subsequente em meio ambiente	Não
	1	2020	Técnico Subsequente em meio ambiente	Não
	1	2020	Técnico integrado em recursos pesqueiros	Não
Cabedelo Centro	1	2020	Técnico subsequente	Ensino remoto durante a pandemia
Cajazeiras	1	2019	Técnico em meio ambiente (PROEJA)	Não
	1	2020	Técnico em meio ambiente (PROEJA)	Sim
Campina Grande	Nenhum caso registrado			
Catolé do				

Rocha	Nenhum caso registrado			
Esperança	1	2018	Técnico em informática integrado	Sim
	1	2019	Técnico em informática integrado	Sim
	1	2019	Técnico em informática integrado	Não houve regime especial, discente e familiares solicitaram transferência externa
Guarabira	1	2018	Contabilidade	Sim
	1	2018	Contabilidade	Sim
	1	2018	Contabilidade	Sim
	1	2019	Edificações	Sim
Itabaiana	Nenhum caso registrado			
Itaporanga	Nenhum caso registrado			
João Pessoa	1	2020	Técnico Integrado ao Ensino Médio em Eletrotécnica	Aula remota devido a pandemia
Mangabeira	1	2018-2020	Técnico subsequente de cuidador de idosos	Sim
	1	2018-2020	Técnico subsequente de cuidador de idosos	Sim
	1	2018-2020	Técnico subsequente de cuidador de idosos	Sim
	1	2018-2020	Técnico subsequente de cuidador de idosos	Não
	1	2018-2020	Técnico subsequente de cuidador de idosos	Não
	1	2018-2020	Técnico subsequente de cuidador de idosos	Não
	1	2020	Técnico em Instrumento Musical	Sim

			Integrado	
Monteiro	1	2019	Técnico em Instrumento Musical Integrado	Não
	1	2019	Técnico em Instrumento Musical Integrado	Não
	1	2019	Técnico em Instrumento Musical Integrado	Não
	1	2018	Técnico em Instrumento Musical Integrado	Não
	1	2019	Técnico em edificações integrado	Transferida
Patos	1	2019	Técnico integrado em segurança no trabalho	Sim
Pedras de Fogo	Nenhum caso registrado			
Picuí	1	2020	Técnico em geologia integrado	Sim
	1	2018	Técnico em edificações integrado	Sim
	1	2018	Técnico em edificações integrado	Sim
	1	2020	Técnico em edificações integrado	Sim
	1	2020	Técnico em informática integrado	Sim
Princesa Isabel	1	2018	Técnico em controle ambiental integrado	Não
	1	2018	Técnico em controle ambiental integrado	Não
	1	2018	Técnico em controle ambiental integrado	Não
	1	2019	Técnico em controle ambiental integrado	Não

	1	2020	Técnico em edificações integrado	Não
	1	2020	Técnico em edificações integrado	Não
Santa Luzia	1	2019	Técnico subsequente em informática	Não
	1	2019	Ensino médio integrado	Sim
Santa Rita	1	2019	Técnico em informática integrado	Não
	1	2019	Técnico em meio ambiente integrado	Não
	1	2020	Técnico em meio ambiente integrado	Aula remota devido a pandemia
Soledade	1	2018	Técnico em informática subsequente	Sim
	1	2020	Técnico em informática subsequente	Aguardando o atestado para providenciar
	1	2020	Técnico em informática subsequente	Teve bebê no início da suspensão de aulas devido a pandemia
Sousa	1	2020	Medicina veterinária	Sim
	1	2019	Medicina veterinária	Sim
	1	2019	Letras EAD	Sim
	1	2019	Medicina veterinária	Sim
	1	2018	Medicina veterinária	Sim
	1	2018	Medicina veterinária	Sim
	1	2018	Técnico em agropecuária	Sim

Em tempo, ficamos à disposição para quaisquer esclarecimentos e novas colaborações.

Atenciosamente,

Suelânio Viegas de Santana
Diretor de Planejamento e Gestão de Políticas Estudantis

Documento assinado eletronicamente por:

■ Suelânio Viegas de Santana, DIRETOR - CD4 - DPGEST-RE, em 21/10/2020 13:58:31.

Este documento foi emitido pelo SUAP em 21/10/2020. Para comprovar sua autenticidade, faça a leitura do QRCode ao lado ou acesse <https://suap.ifpb.edu.br/autenticar-documento/> e forneça os dados abaixo:

Código Verificador: 129355

Código de Autenticação: b529921d02



Av. João da Mata, 256 - Jaguaribe, JOÃO PESSOA / PB, CEP 58015-020
<http://ifpb.edu.br> - (83) 3612-9701