



ANALYSIS OF THE DELIVERY PLAN AS A MECHANISM FOR THE OBSTETRIC VIOLENCE PREVENTION UNDER THE PERSPECTIVE RIGHTS

ABSTRACT: Reproductive rights are personality rights and obstetric violence, marked by the pregnant bodies appropriation by the health team, constitutes a violation of those rights. Thus, using a hypothetical-deductive method and bibliographic research, it was sought to analyze whether the birth plan prevents this gender violence. Studies show that when applied, this tool empowers the person and prevents violence; but it is difficult to be applied in the health systems. Therefore, public policies are needed to enable a person to use the birth plan, and its application by the technical team.

KEYWORDS: Personality rights; humanization of assistance; family planning, birth plan; obstetric violence.

1. INTRODUÇÃO

Os direitos reprodutivos estão previstos constitucionalmente como direitos de personalidade, por meio do princípio do livre planejamento familiar e da tutela e promoção da dignidade da pessoa humana, sendo que a violência obstétrica representa uma ofensa a esses direitos.

A violência obstétrica surgiu no contexto da medicalização do parto e da apropriação dos corpos das mulheres pelos profissionais de saúde, lhes retirando a autonomia. Diante disso, o plano de parto (PP) aparece como proposta de devolver a autonomia da pessoa gestante no momento do trabalho de parto e parto.

Assim, mediante o método hipotético-dedutivo, utilizando-se de pesquisa bibliográfica em artigos de revistas, documentos internacionais e nacionais, objetiva-se analisar se o plano de parto constitui ou não estratégia para a prevenção da violência obstétrica. Ressalta-se que, como a violência obstétrica independe de sexo e gênero, buscou-se a utilização de uma linguagem inclusiva, que abarcasse não só as mulheres, mas a todas as pessoas (“a ou o”; “a/o”; “a pessoa parturiente”; “indivíduo gestante”).

Assim, no primeiro tópico, será abordado o direito ao planejamento familiar, observando-os que os direitos reprodutivos decorrem do princípio do livre planejamento familiar e da dignidade da pessoa humana. Em seguida, no segundo tópico, será analisada a violência obstétrica como uma violação aos direitos reprodutivos das pessoas, que são tratadas



como objeto (e não sujeitos) no exercício destes direitos, e também questões relativas a humanização do parto. Posteriormente, no terceiro tópico, passa-se a análise sobre o plano de parto como uma ferramenta para assegurar que a autonomia da vontade da pessoa parturiente seja respeitada.

Este estudo se justifica devido ao elevado índice de violência obstétrica no Brasil, apesar dos compromissos internacionais firmados pelo país e as garantias constitucionais relacionados à saúde reprodutiva da pessoa humana e ao combate à violência e discriminação de gênero.

2. O PLANEJAMENTO FAMILIAR E OS DIREITOS DA PERSONALIDADE

No Brasil, o planejamento familiar é um tema relevante, haja vista a constitucionalização do direito de família. Sendo assim, o planejamento familiar é dever do Estado e está previsto no art. 226, § 7º da Constituição Federal de 1988 (CF/1988).

Fundado nos princípios da dignidade humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte das instituições sociais e privadas (BRASIL, 1988).

Desta forma, figuram claramente, a liberdade de decisão do casal e a responsabilidade do Estado em prover recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito. Neste sentido, verifica-se que o planejamento familiar também encontra respaldo na Lei nº 9.263/1996, que assegura a todo cidadão, não só ao casal, o planejamento familiar de maneira livre, não podendo o Estado, nem a sociedade, interferir ou estabelecer limites para o seu exercício dentro do âmbito da autonomia privada do indivíduo (BRASIL, 1996b). Trata-se de uma legislação voltada à implementação de políticas públicas de controle de natalidade e da promoção de ações governamentais, que garantam a todos o acesso igualitário às informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade. (LOBO, 2003, p. 44)

Destarte, apesar das disposições da CF/1988 e da Lei nº 9.263/1996 que tratam sobre o tema, o planejamento familiar não é meio para que o Estado exerça controle demográfico; sendo que sua função é orientar as famílias, respeitando suas liberdades relativas à reprodução (Fernandes, 2003; Pereira, 1978; apud ARPINI; MOZZAQUATRO, 2017).



Portanto, nos termos da Lei Federal 9.263/1996, o planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde.

O professor Arnaldo Rizzardo, acerca do tema explana:

Desde que não afetados princípios de direito ou o ordenamento legal, à família reconhece-se a autonomia ou liberdade na sua organização e opções de modo de vida, de trabalho, de subsistência, de formação moral, de credor religioso, de educação dos filhos, de escolha de domicílio, de decisões quanto à conduta e costumes internos. Não se tolera a ingerência de estranhos – quer de pessoas privadas ou do Estado -, para decidir ou impor no modo de vida, nas atividades, no tipo de trabalho e de cultura que decidiu adotar a família. Repugna admitir interferências externas nas posturas, nos hábitos, no trabalho, no modo de ser ou de se portar, desde que não atingidos interesses e direitos de terceiros (RIZZARDO, 2006, p. 15 – 16).

Desta forma, se reconhece à entidade familiar a liberdade e autonomia para o planejamento familiar, logo, todos os indivíduos têm direito fundamental à saúde sexual e reprodutiva, não devendo o Estado proibir. Neste ínterim, prevalece à decisão da parturiente acerca dos procedimentos a serem realizados em seu corpo, de modo a proporcionar-lhe a aplicação de seus valores éticos e morais e seu planejamento familiar no momento do parto.

Conforme o exposto, o que se entende é que o planejamento familiar permite aos indivíduos limitarem as gestações de acordo com seu desejo, com impacto direto em sua saúde e bem-estar. Portanto, consiste o planejamento familiar em um “direito reprodutivo e sua efetivação possui interface com aspectos culturais, morais e envolve relações de gênero” (FERREIRA; COSTA; MELO, 2014, p. 387). Assim, é possível se conceber o entendimento de que o planejamento familiar fundamenta sua base na garantia e no exercício dos direitos humanos.

Por conseguinte, observa-se que os direitos reprodutivos são o poder de decisão da pessoa ou casal sobre se terão filhos ou não; quantos filhos terão; qual o intervalo entre eles. (CUNHA, 2015). Logo, “para seu completo gozo e fruição, pressupõem a garantia de saúde pública de qualidade, de ampla informação, de autonomia, de liberdade, de não discriminação, de não coerção, dentre outros direitos básicos, a todos os cidadãos” (CUNHA, 2015, p.9).

Desta forma, fica cristalino que o planejamento familiar, envolve o direito de buscar as múltiplas formas de satisfazer os ideais pessoais de formação familiar, não apenas regulando o número de filhos por meio de métodos contraceptivos, mas também por técnicas de reprodução humana assistida. Segundo Brauner:



A inserção dos direitos sexuais e reprodutivos, incorporados ao elenco dos Direitos Humanos, assegura às pessoas o direito ao planejamento familiar para a organização da vida reprodutiva, incluindo-se o recurso a toda descoberta científica que possa vir a garantir o tratamento de patologias ligadas à função reprodutiva, desde que considerados seguros e não causadores de riscos aos usuários e usuárias (BRAUNER, 2003, p. 50).

Deste modo, verifica-se que para a realização do projeto parental, muitos casais optam pela utilização dos métodos científicos para a realização do projeto parental. No mais, há de se observar que o planejamento é inteiramente necessário ao pleno desenvolvimento e amparo da família. Ou seja, o planejamento familiar engloba tanto o direito de gerar filhos como também o direito de não gerar e o dever do indivíduo e do Estado de fornecer os meios adequados para que se assegure uma vida com dignidade à prole que será gerada ou adotada (CHAGAS; LEMOS, 2013, p. 16).

Ademais, diante todo exposto, ressalta-se o maior princípio do direito, o princípio da dignidade humana, pois, visa o respeito ao homem universalmente considerado, não o expondo a situações humilhantes e degradantes, e, alicerça todos os demais princípios. Neste patamar, trata-se de um princípio fundamental para o exercício do direito ao planejamento familiar, uma vez que se faz presente a ideia de responsabilidade.

No que concerne aos direitos da personalidade, são todos aqueles direitos inerentes ao ser humano, vinculam ao exercício e manutenção da vida digna, em razão da sua própria pessoa. Para melhor compreensão, cabem as lições de Mylene Manfrinato dos Reis Amaro e Carlos Alexandre Moraes:

Nessa concepção, os direitos de personalidade correspondem à aptidão das pessoas para exigirem os demais direitos consagrados na ordem constitucional, visto que os direitos de personalidade compreendem uma categoria de direitos que possui valoração ao exigir outros direitos, como exemplo o direito fundamental ao livre planejamento familiar, o direito de reprodução (AMARO; MORAES, 2019, p. 37).

Os direitos da personalidade são protegidos constitucionalmente por meio da tutela da pessoa humana. Diante disso, o art. 1º, inc. III, da CF/1988, estabelece que o estado democrático de direito funda-se na dignidade da pessoa humana; o art. 3º, inc. IV, da CF/1988, constitui como um dos objetivos fundamentais do Estado a promoção do bem de todos, sem preconceitos e o art. 5º, § 2º, da CF/1988 dispõe que os direitos e garantias previstos constitucionalmente, não excluem os outros decorrentes de tratados internacionais em que a República Federativa seja parte e nem das garantias e princípios adotados pela Carta Magna (BRASIL, 1988). Logo, o Brasil adotou a teoria geral dos direitos de personalidade (TEPEDINO, 2004), no sentido de



proteção e promoção de todos os direitos decorrentes da tutela da pessoa humana, ainda que não positivados.

Nesta senda, os direitos de personalidade reclamam uma dimensão negativa, ou seja, de respeito pelo Estado das liberdades individuais e a autonomia individual dos cidadãos (um não fazer por parte do ente estatal); e uma dimensão positiva, que se traduz na promoção da pessoa humana, assegurando meios para que a mesma desenvolva livremente sua personalidade (um fazer por parte do Estado) (SARLET, 2009).

Deste modo, em relação aos direitos reprodutivos, que decorrem do princípio do livre planejamento familiar e da dignidade da pessoa humana, é dever do Estado assegurar, mediante políticas públicas, meios para que a pessoa exerça tais direitos de forma livre e autônoma (dimensão positiva), bem como respeitar os direitos reprodutivos dos indivíduos, não realizando interferências desnecessárias, que funcionalizem a pessoa humana (dimensão negativa).

Portanto, como os direitos reprodutivos constituem-se como direitos da personalidade, os mesmos impõem que, no momento do parto, a/o parturiente tenha a autonomia da vontade respeitada, sendo informada(o) de todos os procedimentos e da necessidade científica dos mesmos e, com base nisto, poder escolher o que deseja no momento de parir. Caso contrário, poderá haver violência obstétrica.

3. DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA À HUMANIZAÇÃO DO PARTO

A violência obstétrica constitui-se como uma violação aos direitos reprodutivos das pessoas, que são tratadas como objeto (e não sujeitos) no exercício destes direitos. Para melhor compreender esta violência é necessário o estudo do contexto histórico de seu surgimento, seu conceito, bem como traçar a evolução das políticas de humanização do parto no Brasil.

Antigamente, o parto era um evento feminino, em que permaneciam no quarto apenas a parturiente, a parteira e as ajudantes, sendo que os médicos eram chamados apenas em partos laboriosos. Diante disso, as parteiras acompanhavam o trabalho de parto, o parto e no pós parto e necessitavam de muito tempo para este acompanhamento, o que era impensável aos médicos. Entretanto, os cirurgiões que eram chamados para estes partos mais complexos começaram a escrever sobre o assunto, conforme se denota dos manuais de obstetrícia dos séculos XVI e



XVII, os quais registam uma prática que vai se tornando cada vez mais intervencionista, patológica (MARTINS, 2004).

Assim, no século XIX o parto se torna medicalizado, deixando de ser da esfera do feminino, passando a ser compreendido como um evento médico e masculino, de risco, patológico, no qual cabe ao médico a condução do processo e não mais à mulher. A partir do século XX, a hospitalização dos partos foi acelerada, sendo que quase 90% deles eram realizados em hospitais. Logo, o parto passa a ser centralizado na figura do médico (desconsiderando-se até mesmo a atuação das enfermeiras), que exerce o controle do corpo humano e da sexualidade da mulher (ZANARDO et al, 2017).

Portanto, pelo contexto histórico, evidencia-se que o parto deixa de ser um evento feminino e se torna um evento medicalizado, ocorrido em hospitais, centrado na figura do médico, que conduz o processo de parturição e, cada vez mais, o indivíduo vem perdendo a autonomia sobre seu corpo e sua reprodução. Logo, surge a violência obstétrica.

O conceito de violência obstétrica é definido pela Rede Parto do Princípio (BRASIL, 2012, p. 60) como: “todos aqueles praticados contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva, podendo ser cometidos por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas, bem como civis”.

No Brasil não há lei federal específica sobre o tema “violência obstétrica”, mas é possível identificar alguns projetos de lei que buscam abordar o tema. Dentre eles, o Projeto de Lei nº 7633/2014, de autoria do Deputado Federal Jean Wylis, que destaca:

Art. 13. Caracteriza-se a violência obstétrica como a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos(as) profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, que cause a perda da autonomia e capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.

Parágrafo único. Para efeitos da presente Lei, considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo (a) profissional da equipe de saúde que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes em trabalho de parto, em situação de abortamento e no pós-parto/puerpério (BRASIL, 2014, s.p).

Diante disso, a violência obstétrica é caracterizada pela prática médica intervencionista, não baseada em evidências, que funcionaliza o corpo do indivíduo quando este se encontra no exercício de seus direitos reprodutivos. Em que pese tenha surgido como uma violência contra as mulheres pode ocorrer com qualquer pessoa, independentemente do sexo e do gênero.



Salienta-se que a violência obstétrica também pode ser praticada por toda a equipe que atende a pessoa gestante, pela mídia e também por civis. Sendo assim, passa-se ao estudo das formas de manifestação da violência obstétrica.

A violência obstétrica pode ocorrer por ações que incidam sobre o corpo, que causem dor ou dano físico, sem serem baseadas em evidências científicas (violência física); comportamentos ou verbalizações que inferiorizem, tornem o ser vulnerável, causem medo, instabilidade emocional, abandono, insegurança, ofendam ou levem à perda da integridade, dignidade e prestígio (violência psicológica); ações que violem a intimidade ou pudor, a integridade sexual e reprodutiva, provocadas com ou sem acesso aos órgãos sexuais e partes íntimas do corpo (violência sexual); atos visando obter recursos financeiros das pessoas e familiares nos processos reprodutivos, violando direitos em benefício do particular (violência material); e por meio de campanhas da mídia dirigidas a violar psicologicamente as pessoas em seus processos reprodutivos, vulgarizando práticas sem evidências científicas (violência midiática). Salienta-se que, de um mesmo fato, podem incidir várias formas de violência (BRASIL, 2012).

No tocante aos níveis em que a violência obstétrica pode ocorrer, identificam-se: a) individual: ocorre na relação médico-paciente; b) institucional: evidencia-se quando a organização de atendimento à gestante pratica a violência, padroniza procedimentos invasivos e desnecessários; c) estrutural: que fomenta a reprodução de práticas violentas e desnecessárias, sendo que a sociedade permite sua perpetuação (OLIVEIRA; ALBUQUERQUE, 2018).

Portanto, a violência obstétrica se caracteriza por violações físicas, psíquicas, sexuais ou materiais e também midiáticas. Além disso, pode ocorrer de forma individual, institucional e estrutural. Dada a sua relevância, a preocupação com os direitos reprodutivos e a humanização do parto é latente nas últimas décadas, tornando-se pauta dos movimentos sociais, mobilizando tanto o plano internacional quanto as políticas públicas brasileiras.

O feminismo assumiu um papel central nos movimentos sociais. Nos EUA, na década de 1950, houve um movimento das usuárias pela Reforma do Parto e nas décadas de 1960 e 1970, a criação dos centros de saúde feministas e dos coletivos de saúde das mulheres. Após, a assistência foi descrita a partir dos conceitos de direitos reprodutivos e sexuais como direitos humanos, propondo-se uma assistência baseada em direitos. As contribuições para a assistência humanizada foram: a abordagem psicosssexual do parto de Sheila Kitzinger (1985), a



redescrição de fisiologia do parto de Michel Odent (2000), a proposta do parto ativo de Janet Balaskas (1996), dentre outras (DINIZ, 2005).

Na década de 1970, o estudo “Bases fisiológicas y psicológicas para el manejo humanizado del parto normal”, de Roberto Caldeyro-Barcia (1979), descreveu o modelo de assistência como inadequado e propôs mudanças no entendimento das dimensões anátomo-fisiológicas e emocionais do parto. Neste texto, questiona-se a representação da mulher como vítima de sua natureza, o corpo feminino como normalmente patológico, evidenciando o gênero na interpretação médico-obstétrica. No mesmo ano (1979) foi criado o Comitê Europeu para estudar as intervenções reduzindo a morbimortalidade perinatal e materna no continente. A partir deste trabalho, muitos grupos se organizaram para estudar a eficácia e segurança na assistência à gravidez, parto e pós parto, com o apoio da OMS (DINIZ, 2005)

Ainda em 1979, a Organização das Nações Unidas (ONU), reunida em Assembleia Geral, aprovou a Convenção para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW), internalizada, pela primeira vez no Brasil, em 1984. Neste documento, em seu art. 12, os Estados-Partes se comprometem a tomar todas as medidas para assegurar o acesso aos serviços médicos, inclusive os referentes ao planejamento familiar, em condições de igualdade entre homens e mulheres. Diante disso, os Estados devem garantir à mulher assistência apropriada em relação à gravidez, ao parto e ao período pós-parto, proporcionando assistência gratuita quando necessário e nutrição adequada na gravidez e lactância (BRASIL, 2002).

Nos anos de 1980, no Brasil os movimentos femininos reivindicavam um programa de saúde da mulher que atendesse suas necessidades de saúde de forma integral, e não somente relativos à concepção e contracepção. Assim foi criado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) lançado em 1983, se propunha a atender às necessidades de saúde das mulheres, atendendo todos os aspectos da saúde sexual e reprodutiva (UNFPA BRAZIL, 2007).

Em 1988, foi promulgada a Constituição Federal, que além de instituir o princípio do livre planejamento familiar e fundar-se na dignidade da pessoa humana, instituiu o direito social à saúde (art. 6º, da CF/1988), que é um direito de todos e dever do Estado, garantida a universalidade do acesso (art. 196, da CF/1988), criou sistema único de saúde, que tem por princípios a descentralização, a integralidade da assistência e a participação comunitária, financiado com recursos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (art. 198,



da CF/1988) e também permitiu a gestão da saúde por iniciativa privada (art. 199, da CF/1988) (BRASIL, 1988).

Em 1993, foi criada no Brasil a Rede de Assistência Humanizada do Parto e Nascimento (ReHuNa), uma organização da sociedade civil criada pela Carta de Campinas, que contém uma série de denúncias relativas à assistência do parto no Brasil, de condutas violadoras dos direitos das mulheres e dos recém nascidos (MARQUES, 2020).

Em 1994, no Cairo/Egito, foi realizada a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, que instituiu o conceito de direitos reprodutivos e tem como objetivos assegurar a acessibilidade, a aceitação e a conveniência a todo usuário acerca da informação completa e concreta de diversos serviços de assistência reprodutiva, inclusive o planejamento familiar; possibilitar e apoiar decisões voluntárias responsáveis sobre gravidez, métodos de planejamento familiar e de controle da fecundidade de livre escolha da pessoa, desde que não contrariem a lei e se tenha informação, educação e meios de fazê-lo; e, por fim, atender às diferentes necessidades de saúde reprodutiva, de forma sensível à diversidade e circunstâncias de comunidades locais (UNFPA BRAZIL, 2007).

Além disso, em que pese seja um documento internacional que trate da violência contra a mulher de forma genérica, também é possível mencionar a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994, que também foi ratificada no Brasil. Por este documento, toda a mulher tem direito a uma vida livre de violência, tanto na esfera pública quanto na privada, sendo a violência entendida como a ocorrida no âmbito da família ou da unidade doméstica, da comunidade e cometida por qualquer pessoa ou perpetrada/tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra (BRASIL, 1996-a).

Em 1996, o Brasil criou a Lei de Planejamento Familiar, que impõe às unidades gestoras do SUS a obrigação de garantir programa de atenção integral à saúde, em toda a sua rede de serviços, no que respeita ao homem, mulher ou ao casal, que incluía, dentre outras: a assistência à concepção e contracepção, atendimento pré-natal, assistência ao parto, puerpério e ao neonato (art. 3º). Ainda, que o planejamento familiar se orienta por ações preventivas e educativas e pela garantia de igualdade de acesso a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade (art. 4º) (BRASIL, 1996-b).



Além disso, no Brasil pode-se citar a Lei do Acompanhante (Lei nº 11.108/2005), que garante que toda pessoa tenha um acompanhante no momento do parto, pós parto e puerpério no atendimento pelo SUS (MARQUES, 2020).

Pode-se mencionar ainda a criação da Rede Cegonha, pelo SUS, no art. 1º da Portaria 1.459/2011, do Ministério da Saúde, como uma rede de cuidados que objetiva assegurar a mulher o planejamento familiar, a atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério e à criança ao nascimento seguro e ao crescimento saudáveis (BRASIL, 2011).

Ademais, em 2014, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou a Declaração para Prevenção e Eliminação de Abusos, Desrespeito e Maus-tratos durante o parto em instituições de saúde para combater a violência obstétrica, que viola os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso e ameaça os direitos à vida, à saúde, à integridade física e à não discriminação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014). Este documento estabelece como medidas a serem tomadas:

1. Maior apoio dos governos e de parceiros do desenvolvimento social para a pesquisa e ação contra o desrespeito e maus-tratos; [...]
2. Começar, apoiar e manter programas desenhados para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde materna com forte enfoque no cuidado respeitoso como componente essencial da qualidade da assistência; [...]
3. Enfatizar os direitos das mulheres a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto; [...]
4. Produzir dados relativos a práticas respeitadas e desrespeitadas na assistência à saúde, com sistemas de responsabilização e apoio significativos aos profissionais; [...]
5. Envolver todos os interessados, incluindo as mulheres, nos esforços para melhorar a qualidade da assistência e eliminar o desrespeito e as práticas abusivas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014, p. 2-3).

No Brasil, podem-se citar as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, do Ministério da Saúde de 2017, que têm como objetivos:

Promover mudanças na prática clínica, uniformizar e padronizar as práticas mais comuns de assistência ao parto normal; diminuir a variabilidade de condutas entre os profissionais no processo de assistência ao parto normal; reduzir intervenções desnecessárias no processo de assistência ao parto normal e conseqüentemente os seus agravos; difundir práticas baseadas em evidências na assistência ao parto normal e recomendar determinadas práticas sem, no entanto, substituir o julgamento individual do profissional da parturiente e dos pais em relação à criança, no processo de decisão no momento de cuidados individuais (BRASIL, 2017, s.p.)

Portanto, evidencia-se que a preocupação com a humanização da experiência do parto é tanto uma preocupação no Brasil, que vem sendo reconhecida e efetivada por meio de direitos e garantias constitucionais, legislações nacionais, políticas públicas e criações de associações de sociedades civis, quanto no mundo, por meio de convenções, conferências, declarações e



comitês internacionais nos quais os signatários se comprometem a garantir os direitos reprodutivos das mulheres no mais elevado padrão de assistência à saúde, livre de violência e de discriminação.

Uma vez mais, salienta-se que, em que pese se tenham mencionado o vocábulo “mulheres” na maioria dos documentos citados, isto se deu devido à redação dos mesmos. Entretanto, deve-se ater que estes direitos e garantias devem se estender a todos no exercício dos direitos reprodutivos, independentemente do sexo e do gênero. Além disso, foram citados alguns dos principais documentos relacionados aos direitos reprodutivos e a não violência ou discriminação de gênero, mas é possível que existam outros documentos que tratem do assunto.

Apesar de toda esta mobilização nacional e internacional para a humanização do parto, garantia dos direitos em relação à saúde reprodutiva e o fim da violência contra as mulheres, o índice de violência obstétrica é alto no Brasil.

De acordo com a pesquisa nacional “Nascer no Brasil” realizada entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012, com 23.940 puérperas, das cinco macrorregiões do país, a taxa de óbitos neonatais obtida foi de 11,1 óbitos por mil nascidos vivos. Entre os nascidos vivos e óbitos, a não utilização de boas práticas foi igualmente elevada. A taxa de atenção inadequada no pré-natal e durante o trabalho de parto/parto foi elevada, sendo que apenas 0,2% das gestantes relataram assistência adequada durante o trabalho de parto e 0,4% no parto; e em contrapartida, práticas não recomendadas, como por exemplo, a manobra de Krsteller foi utilizada em 36,5% do total dos partos vaginais e em 21,5% dos óbitos neonatais. Concluiu-se que a implantação de boas práticas no trabalho de parto e parto tem potencial de prevenir os óbitos neonatais evitáveis e, por conseguinte, a redução da mortalidade infantil (LANKSY et al, 2014).

Portanto, a violência obstétrica fere os direitos reprodutivos, vistos tanto como direitos de personalidade (relacionados ao livre exercício do planejamento familiar), como direitos sociais (ligados à saúde reprodutiva), quanto como direitos humanos (na perspectiva internacional).

Deste modo, para a humanização da experiência do parto, devem-se garantir meios para que a pessoa assuma a posição de sujeito e não de objeto do parto, respeitando-se a sua autonomia individual e garantindo-se o acesso às informações necessárias à condução deste momento pelo indivíduo. Dentre estes meios, encontra-se o plano de parto.



4. O PLANO DE PARTO COMO FORMA DE PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Diante do alto número de violência obstétrica e da preocupação evidenciada com a humanização do parto, o plano de parto é uma ferramenta para assegurar que a autonomia da vontade da pessoa parturiente seja respeitada.

Em 1980, Sheila Kitzinger, que defendia que o parto é um processo fisiológico e que não poderia ser encarado como patológico e medicalizado, elaborou o primeiro modelo de plano de parto nos Estados Unidos. Desde 1996, a OMS recomenda a elaboração do plano de parto (SANTOS et al, 2019)

O plano de parto se trata de um documento escrito, que a pessoa parturiente cria, podendo contar com a colaboração da ou do parceiro e de profissional da obstetrícia, contendo as preferências, expectativas e temores daquela sobre o futuro parto e o apresenta aos profissionais que realizarão o atendimento. Assim, serve para facilitar a comunicação, possibilitando maior satisfação, autonomia e participação da ou da gestante no processo de parturição (HILDALGO-LOPEZOSA; HILDALGO-MAESTRE, RODRÍGUEZ-BORREGO, 2017).

Diante disso, o plano de parto é tido como uma tecnologia não invasiva de cuidado obstétrico, que empodera a ou o parturiente. A pessoa parturiente torna-se protagonista no planejamento de seu parto, sendo que suas decisões são respeitadas, fazendo com que ela tenha amparo ao lidar com as transformações de seu corpo e de sua vida. (LOPES et al, 2017).

Nesse sentido, observa-se que, o plano de parto é de extrema importância para a parturiente, pois, afere confiança a partir do momento que tem conhecimento tudo que ela quer e o que poderá acontecer durante o processo de nascimento. “É de suma importância que o plano de parto seja construído pela mulher e que seja compartilhado com o profissional de saúde que a atende” (LOPES et al, 2017, p. 5).

Portanto, o plano de parto é um texto escrito pelo sujeito gestante, contendo todos os seus desejos, vontades, experiências, as condutas permitidas e as condutas que desaprova, os seus medos, suas percepções e outros; e que pode contar com a colaboração de médicos, enfermeiros, doulas e da companheira ou companheiro.

Assim, tem o potencial de colocar o indivíduo no centro de sua experiência de parturição. Deste modo, o questionamento que se faz é se, de fato, o plano de parto alcança o



objetivo a que se propõe; se ele é aplicado nos serviços de saúde e, em caso negativo, quais os motivos de sua não aplicação.

Quanto ao primeiro questionamento, evidenciam-se algumas pesquisas científicas que demonstram que, quando o plano de parto é aplicado, o mesmo cumpre com o papel de humanização do parto.

Em estudo retrospectivo, transversal, descritivo e analítico realizado em hospitais de terceiro nível do Sistema de Saúde Pública de Andaluzia (Espanha), entre janeiro de 2009 e janeiro de 2013, nos registros médicos correspondentes, com 178 mulheres, um dos resultados obtidos foi de que à medida que o cumprimento do plano de parto aumentou, também aumentaram a quantidade de partos vaginais, mais altas foram as pontuações nos escores de Apgar no primeiro minuto de vida da criança e as pontuações no PH do cordão umbilical (HILDALGO-LOPEZOSA; HILDALGO-MAESTRE, RODRÍGUEZ-BORREGO, 2017).

Além disso, conforme pesquisa realizada com mulheres que participaram da Exposição “Sentidos do Nascer”, no Brasil, que consideraram o conhecimento sobre os procedimentos que poderiam ser utilizados durante o trabalho de parto e parto seria uma forma de prevenir a violência obstétrica e de respeito à autonomia. Além disso, evidenciou-se que para muitas mulheres, o plano de parto representa “respeito/tratamento”, que envolve o cuidado, o saber científico, a gentileza, a forma como é oferecido o apoio, segurança e bem-estar. Assim, relataram a aceitação dos profissionais quanto às escolhas delas, bem como o tratamento de forma respeitosa e atenciosa por parte dos profissionais (SANTOS et al, 2019).

Ainda, sentiram-se mais confiantes por ter a presença de um acompanhante e de doulas; aprovaram o uso de métodos não farmacológicos de alívio e diminuição da dor, o que gerou sensação de autonomia, capacidade de prosseguir com o parto e respeito aos desejos da pessoa parturiente; sentiram-se bem pela alimentação durante o parto; aprovaram a analgesia epidural para o alívio da dor no trabalho de parto; declararam a preferência pelo parto vaginal (SANTOS et al, 2019).

Contudo, quanto ao cumprimento dos planos de parto, na pesquisa anteriormente mencionada, realizada na Espanha, evidenciou-se que apenas 8% foram cumpridos na totalidade e 37% em sua maior parte (mais de 50% das expectativas da pessoa). Isto se dá, pois o curso do processo de parto é incerto e pode ter complicações a qualquer tempo, podendo surgir alguns imprevistos que obriguem ao descumprimento, bem como, certa tensão derivada da resistência do profissional em cumprir o plano de parto, gerada pela perda da autonomia



profissional. Assim, é necessário o diálogo entre as partes e a educação pré-natal (HILDALGO-LOPEZOSA; HILDALGO-MAESTRE, RODRÍGUEZ-BORREGO, 2017).

Diante disso, evidencia-se que há um desconhecimento de enfermeiras (os) sobre plano de parto, como se nota em pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva realizada com 15 enfermeiros generalistas que atendiam o pré-natal em Estratégias de Saúde da Família (ESF) na fronteira oeste do Rio Grande do Sul, em abril e maio de 2016. As pessoas entrevistadas não conheciam o plano de parto e, mesmo quem conhecia, tinha uma noção equivocada do documento, confundindo-o com assistência pré-natal, solicitação de exames e escolha da via do parto. Apesar disso, os entrevistados conseguiam elencar alguns itens constantes do plano de parto e demonstraram interesse em conhecê-lo. Entretanto, também avaliaram ser difícil a elaboração e possível execução do PP, por causa da demanda excessiva de trabalho e não adesão da maternidade ao PP, além da falta de estrutura física dos hospitais e da carência de profissionais que conheçam o PP, o compreendam e o aceitem (BARROS et al, 2017).

Em relação à visão de futuros profissionais com questões relacionadas ao plano de parto, uma pesquisa realizada em 2017 com 33 discentes do curso de graduação em Obstetrícia da Universidade de São Paulo (USP), cujos alunos já tinham cursado as disciplinas de Estágio Curricular Integrado I e II e que, por conseguinte, tiveram a oportunidade de utilizar o plano de parto, constatou-se que: 45% dos discentes afirmaram que promove empoderamento e autonomia; para 39% promove direitos sexuais e reprodutivos; para 24% orienta sobre as intervenções no parto e nascimento; 16% promove educação em saúde e para 8% defende as mulheres da violência obstétrica. Deste resultado, explica-se que na visão dos estudantes, o PP não preveniria a violência obstétrica devido ao antagonismo entre as decisões tomadas pela mulher e assistência (NARCHI et al, 2019).

Portanto, evidencia-se que, diante do desconhecimento dos profissionais a esta tecnologia e da sensação de perda da autonomia técnica, aliado à falta de estrutura física das maternidades, o plano de parto não tem sido aplicado como deveria.

Diante disso, para que o mesmo funcione como mecanismo de prevenção à violência obstétrica é necessário que os profissionais sejam treinados a lidar com o plano de parto, a interagir com os desejos das pessoas gestantes, auxiliando-as a montar o plano conforme as especificidades de suas saúdes reprodutivas.

Logo, percebe-se que a principal função do plano, é fazer com que a parturiente tenha autonomia sobre suas escolhas, e que elas sejam inteiramente respeitadas. Desta forma,



a execução das atividades referidas no plano de parto das mulheres é algo dinâmico, ou seja, a gestante tem o poder de recriar a forma como ela quer que aconteça seu parto no momento do parto e o enfermeiro é responsável por gerenciar essas mudanças e fazer com que, ainda assim, o decorrer do trabalho de parto aconteça do jeito delas” (LOPES et al, 2017, p. 5).

Portanto, verifica-se que o plano vai além de um simples papel onde a parturiente manifesta seus desejos, e sim uma garantia expressa de suas preferências antes, durante e após o parto. Nesse sentido observa-se que o Código de Ética Médica também garante ao parturiente o livre exercício de escolha, conforme seu art. 24, a seguir: “Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo” (CÓDIGO DE ÉTICA MEDICINA, 2010).

Assim sendo, toda a equipe médica deverá seguir os parâmetros estabelecidos no plano de parto, ainda, em caso de violação, deverá o hospital comprovar que o procedimento realizado no corpo da parturiente foi necessário para salvar vidas. Logo, se o procedimento realizado não teve essa finalidade, trata-se de um caso de violência obstétrica.

A vista disso, a implantação garante uma melhoria na assistência prestada, eis que, as condutas realizadas no parto serão baseadas com respeito às suas escolhas. Desta forma, com base no princípio da autonomia do paciente, cabe a parturiente as decisões finais, devendo o médico, sempre obter o consentimento livre e esclarecido da ou do paciente para realizar qualquer tipo de conduta ou procedimento.

5. CONCLUSÃO

Os direitos sexuais e reprodutivos são garantidos constitucionalmente por meio do princípio do livre planejamento familiar e da dignidade da pessoa humana e, portanto, são direitos de personalidade. Assim, é dado a toda a pessoa ou casal o direito de decidir livremente quais os procedimentos que serão adotados no processo de parturição de seus filhos.

Contudo, com a medicalização do parto, foram-se criando práticas invasivas, intervencionistas, tratando a gravidez de forma patológica. Logo, a figura do médico passou a orquestrar todo o procedimento do parto, desconsiderando até mesmo a autonomia da parturiente.

Em vista disso, nas últimas décadas, houve grande preocupação mundial e interna com a humanização do trabalho de parto e parto. Assim, foram criados alguns documentos e



compromissos internacionais nos quais os estados-membros se comprometeram a garantir às pessoas o mais alto grau de saúde reprodutiva e o combate à violência e discriminação de gênero. Contudo, a violência obstétrica ainda continua ocorrendo no Brasil em níveis elevados.

Diante disso, o plano de parto se mostra como uma ferramenta empoderadora a ser utilizada pela pessoa ou casal no momento do trabalho de parto e parto, pois traz confiança, respeito, segurança, menos intervenção e mais satisfação desses quanto ao nascimento do filho. Logo, quando há a sua utilização e o respeito às vontades de seus criadores, é eficaz ao combate à violência obstétrica.

Entretanto, também se evidenciou que o plano de parto é pouco utilizado, devido ao desconhecimento dos profissionais sobre a sua existência, à sensação de perda da autonomia técnica pela equipe de saúde e à falta de estrutura das maternidades brasileiras. Todos estes motivos levam a quem já teve a experiência com essa tecnologia a afirmar que não seria um mecanismo de prevenção da violência obstétrica.

Nesta senda, é necessária a criação de políticas públicas a fim de que se utilize o plano de parto, das quais se sugere: a informação e a formação dos profissionais de saúde quanto à existência, às diretrizes de elaboração do plano de parto, ao cumprimento de suas disposições; a divulgação desta técnica para que as pessoas gestantes tenham acesso e comecem a elaborar seus próprios planos de parto; e a destinação de recursos financeiros para equipar as maternidades com todas as ferramentas possíveis, a fim de que as disposições do plano de parto sejam cumpridas em sua totalidade ou, pelo menos, em sua maioria.

Isto se justifica devido ao fato de que o desrespeito ao plano de parto, tornando-o apenas uma folha de papel, sem eficácia, acaba por desrespeitar a autonomia da vontade da/do gestante, colocando o indivíduo à margem da experiência do parto, causando violência obstétrica.

Logo, o plano de parto, quando seguido pela equipe profissional, humaniza o atendimento e é capaz de prevenir a violência obstétrica. Entretanto, caso ignorado, prevalecendo a autonomia técnica, pode gerar a própria violência que se propôs a prevenir.

REFERÊNCIAS

AMARO, M. M. dos R. A.; MORAES, C. A. Políticas públicas e os direitos reprodutivos por reprodução humana assistida: pela efetivação dos direitos da personalidade. **Revista Direitos Sociais e políticas públicas**. Vol. 7, n. 3, 2019. Disponível em: <http://www.unifafibe.com.br/revista/index.php/direitos-sociais-politicas-pub/article/view/679>. Acesso em: 04 set 2020.



ARPINI, D. M., MOZZAQUATRO, C. O. Planejamento familiar e papéis parentais: o tradicional, a mudança e os novos desafios. **Psicologia: Ciência e Profissão**. Rio Grande do Sul, v. 37, n° 4, p. 923-938, out/dez 2017.

BARROS, A. P. Z. et al. Conhecimento de enfermeiras sobre plano de parto. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, RS, v. 7, n.1, 2017. Disponível em: 05 set 2020.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 7633/2014**. 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?codteor=1257785&filename=PL+7633/2014 . Acesso em: 05 set 2020.

BRASIL. **Código de ética médica, 2010**. Disponível em: <https://rcem.cfm.org.br/index.php/cem-atual>. Acesso em: 08 set 2020.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 11 jun 2020.

BRASIL. **Decreto nº 1.973, 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. Brasil, 1996-a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/D1973.htm Acesso em: 11 set 2020.

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. Brasília, DF, [2002]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4377.htm. Acesso em: 11 jun 2020.

BRASIL. Governo Federal. Parto do Princípio- Mulheres em Rede Pela Maternidade Ativa. **Violência obstétrica: "parirás com dor"**. Brasil, 2012. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>. Acesso em: 11 jun 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. Brasília, DF, Presidência da República, [2014]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm. Acesso em: 11 jun 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, DF: Ministério da Saúde [2013]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 06 jun 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 [online]. Brasília (DF): Ministério da Saúde,



2017. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf.
Acesso em: 02 ago 2020.

BRAUNER, M. C. C. Direito. Sexualidade e Reprodução Humana. Rio de Janeiro. **Renovar**. 2003. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/sileg/integras/1300959.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2020.

CHAGAS, M.C.; LEMOS, M. O. O direito ao planejamento familiar como direito humano fundamental autônomo e absoluto?. **Publica Direito**. 2013. Disponível em: <http://www.publicadireito.com.br/publicacao/uninove/livro.php?gt=78>. Acesso em: 04 set 2020.

DINIZ, C.S.G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Cienc. Saude Colet.**, v.10, n.3, p. 627-37, 2005.

FERREIRA, R. V.; COSTA, M. R.; MELO, D. C. S. de. Planejamento Familiar: gênero e significados. **Textos e Contextos**. Porto Alegre, v. 13, 2014.

HIDALGO-LOPEZOSA, P.; HIDALGO-MAESTRE, M.; RODRIGUEZ-BORREGO, M. A. O cumprimento do plano de parto e sua relação com os resultados maternos e neonatais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, e2953, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100399&lng=en&nrm=iso. Acesso em 10 set 2020.

LANKSY, S. et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, RJ, v. 30, sup. 1, p. 192-207, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300024&lng=pt&tlng=pt. Acesso em 10 set 2020.

LÔBO, P. L. N. **Código Civil Comentado**, 1ª ed, São Paulo, Ed. Atlas, 2003, p. 44.

LOPES, N. de S. et al. Plano de parto como estratégia de empoderamento feminino. **Revista baiana de enfermagem**. 2017; 31(4): e 20275. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/20275>. Acesso em: 08 set 2020.

MARTINS, A. P.V. A ciência obstétrica. In: **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX** [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004, pp. 63-106, História e Saúde collection, ISBN 978-85-7541-451-4.

MARQUES, S. B. Violência obstétrica no Brasil: um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**. Brasília, DF, v. 9, n. 1, p. 97-119, jan./mar. 2020. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/585>. Acesso em: 02 jun 2020.

NARCHI, N. Z. *et al.* O plano individual de parto como estratégia de ensino-aprendizagem das boas práticas de atenção obstétrica. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v. 53, e03518, 2019



. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342019000100473&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11. set. 2020.

OLIVEIRA, L. G. S. M. de; ALBUQUERQUE, A. Violência obstétrica e direitos humanos dos pacientes. **Revista CEJ**, Brasília, ano XXII, n. 75, p. 36-50, maio/ago. 2018. Disponível em:http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_boletim/bibli_bol_2006/Rev-CEJ_n.75.03.pdf. Acesso em: 11. jun. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. 2014. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf?sequence=3. Acesso em: 14.08.2020.

RIZZARDO, A. **Direito de Família**. Rio de Janeiro: Forense, 2006, p. 15 e 16.

SANTOS, F. S. de R, et al . Os significados e sentidos do plano de parto para as mulheres que participaram da Exposição Sentidos do Nascer. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 6, e00143718, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000705011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11. set. 2020.

SARLET, I. W. As dimensões da dignidade da pessoa humana: construindo uma compreensão jurídico-constitucional necessária e possível. In: _____ (org.). **Dimensões da Dignidade: ensaios de filosofia do direito constitucional**. 2. ed. rev. e ampl. Porto Alegre: Livraria do advogado Editora, 2009, p. 15-43.

TEPEDINO, G. A **Tutela da Personalidade no Ordenamento Civil-constitucional Brasileiro**. In: _____ Temas de direito civil. 3. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2004.

UNFPA BRAZIL. **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Conferência do Cairo)**. Publicado em 02 de janeiro de 2007. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/publications/relat%C3%B3rio-da-confer%C3%A2ncia-internacional-sobre-popula%C3%A7%C3%A3o-e-desenvolvimento-confer%C3%A2ncia-do>. Acesso em: 01.06.2020.

ZANARDO, G. L. de P. et al. Violência obstétrica no brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade** [online]. 2017, vol.29, e155043. 10 julho. 2017. ISSN 1807-0310. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29155043>. Acesso em: 06.06.2020.

