



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SOCIEDADE  
PROGRAMA DE CIÊNCIAS JURÍDICAS  
BACHARELADO EM DIREITO**

**BRUNA DA SILVA FERNANDES**

**O PLANO DE PARTO COMO MEIO DE PROMOÇÃO DO DIREITO À  
INFORMAÇÃO: um instrumento de retomada do protagonismo feminino no  
processo parturitivo**

**SANTARÉM-PA  
2021**

**BRUNA DA SILVA FERNANDES**

**O PLANO DE PARTO COMO MEIO DE PROMOÇÃO DO DIREITO À  
INFORMAÇÃO: um instrumento de retomada do protagonismo feminino no  
processo parturitivo**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Ciências Jurídicas como requisito para obtenção de título de Bacharel em Direito; Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA), Instituto de Ciências da Sociedade.  
Orientadora: Profa. Ms. Emanuele Nascimento de Oliveira Sacramento.

**SANTARÉM-PA  
2021**

**Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)**  
**Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/UFOPA**

---

F363p Fernandes, Bruna da Silva

O plano de parto como meio de promoção à informação: um instrumento de retomada do protagonismo feminino no processo parturitivo. / Bruna da Silva Fernandes – Santarém, 2021

59 p. : il.

Inclui bibliografias.

Orientadora: Emanuele Nascimento de Oliveira Sacramento  
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do Oeste do Pará, Instituto de Ciências da Sociedade, Bacharelado em Direito.

1. violência obstétrica. 2. plano de parto. 3. direito à informação. I. Sacramento, Emanuele Nascimento de Oliveira, *orient.* II. Título.

CDD: 23 ed. 362.198098115

---

Bibliotecária - Documentalista: Mary Caroline Santos Ribeiro – CRB/2 566

---



Universidade Federal do Oeste do Pará - Ufopa  
Instituto de Ciências da Sociedade - ICS  
Programa De Ciências Jurídicas – PCJ  
Coordenação de Trabalho de Conclusão de Curso - TCC

**Bruna da Silva Fernandes**

**O PLANO DE PARTO COMO MEIO DE PROMOÇÃO DO DIREITO À INFORMAÇÃO: UM INSTRUMENTO DE RETOMADA DO PROTAGONISMO FEMININO NO PROCESSO PARTURITIVO.**

*Trabalho de Conclusão de Curso de Bacharelado em Direito com objetivo de obter aprovação na disciplina de TCC, e obtenção de grau de Bacharelado em Direito na Universidade Federal do oeste do Pará.*

Conceito: 10 (dez)

Santarém, PA, 13 de outubro de 2021.

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Emanuele Nascimento de Oliveira Sacramento**  
**Orientador(a)**  
**Presidente**

---

**Marla Cecyane Mesquita dos Santos**  
**Examinador(a)**

---

**André Freire Azevedo**  
**Examinador(a)**

---

Email: [pcj.sec@hotmail.com](mailto:pcj.sec@hotmail.com) e [pcj@ufopa.edu.br](mailto:pcj@ufopa.edu.br)

## Ata de TCC Bruna.pdf

Documento número #b7c5826a-89f2-450f-b159-61ccafb1f9d1

Hash do documento original (SHA256): e38ac0ab1b9edc574e9dbfb8c83c2cacc418d630678c677c34719ffab0a4834e

## Assinaturas

 **MARLA CECYANNE MESQUITA DOS SANTOS**

CPF: 661.748.642-00

Assinou em 27 out 2021 às 19:59:19

Emitido por Clicksign Gestão de documentos S.A.

## Log

- 27 out 2021, 19:57:07 Operador com email marlamesquita@yahoo.com.br na Conta 51f139e5-0705-4dd5-897e-39f09442062f criou este documento número b7c5826a-89f2-450f-b159-61ccafb1f9d1. Data limite para assinatura do documento: 26 de novembro de 2021 (19:53). Finalização automática após a última assinatura: habilitada. Idioma: Português brasileiro.
- 27 out 2021, 19:57:25 Operador com email marlamesquita@yahoo.com.br na Conta 51f139e5-0705-4dd5-897e-39f09442062f adicionou à Lista de Assinatura: marlamesquita@yahoo.com.br, para assinar, com os pontos de autenticação: email (via token); Nome Completo; CPF; endereço de IP. Dados informados pelo Operador para validação do signatário: nome completo MARLA CECYANNE MESQUITA DOS SANTOS e CPF 661.748.642-00.
- 27 out 2021, 19:59:19 MARLA CECYANNE MESQUITA DOS SANTOS assinou. Pontos de autenticação: email marlamesquita@yahoo.com.br (via token). CPF informado: 661.748.642-00. IP: 187.24.115.157. Componente de assinatura versão 1.156.1 disponibilizado em <https://app.clicksign.com>.
- 27 out 2021, 19:59:19 Processo de assinatura finalizado automaticamente. Motivo: finalização automática após a última assinatura habilitada. Processo de assinatura concluído para o documento número b7c5826a-89f2-450f-b159-61ccafb1f9d1.



Para validar este documento assinado, acesse <https://validador.clicksign.com> e utilize a senha gerada pelos signatários ou envie este arquivo em PDF.

As assinaturas digitais e eletrônicas têm validade jurídica prevista na Medida Provisória nº. 2200-2 / 2001

Este Log é exclusivo ao, e deve ser considerado parte do, documento número b7c5826a-89f2-450f-b159-61ccafb1f9d1, com os efeitos prescritos nos Termos de Uso da Clicksign disponível em [www.clicksign.com](http://www.clicksign.com).



Emitido em 13/10/2021

ATA Nº s/n/2021 - ICS (11.01.08)  
(Nº do Documento: 86)

(Nº do Protocolo: NÃO PROTOCOLADO)

(Assinado digitalmente em 28/10/2021 10:53 )

ANDRE FREIRE AZEVEDO  
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR  
ICS (11.01.08)  
Matrícula: 2384518

(Assinado digitalmente em 28/10/2021 10:51 )

EMANUELE NASCIMENTO DE OLIVEIRA  
SACRAMENTO  
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR  
ICS (11.01.08)  
Matrícula: 2375301

(Assinado digitalmente em 28/10/2021 11:48 )

BRUNA DA SILVA FERNANDES  
DISCENTE  
Matrícula: 201601064

Para verificar a autenticidade deste documento entre em <https://sipac.ufopa.edu.br/documentos/> informando seu número: **86**, ano: **2021**, tipo: **ATA**, data de emissão: **28/10/2021** e o código de verificação: **ff1f6f8da6**

À minha mãe e às minhas irmãs, por todo apoio e incentivo e por terem contribuído para a mulher que me tornei.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, em primeiro lugar, por conceder tantas bênçãos ainda que em momentos conturbados.

Aos meus pais que sempre prestaram todo o suporte para a minha educação, especialmente, à minha mãe, minha maior incentivadora dos sonhos mais ousados, que me faz crer que tudo é possível com dedicação e afeto.

À minha irmã Fernanda, que nunca duvidou da minha capacidade e que sempre me dá os melhores conselhos e não me deixa desistir perante os obstáculos que a vida nos impõe.

À minha irmã Eduarda, fiel admiradora, que me faz sentir responsável pela sua educação enquanto mulher.

À minha querida orientadora Emanuele Sacramento, que tanto me inspira na luta pelos direitos das mulheres e que contribuiu de forma sem igual para a minha formação enquanto profissional, além de ser rede de apoio nos momentos mais críticos e que se tornou uma grande amiga.

À minha querida amiga Débora, parceira de estudos desde o colegial, por toda disposição a me ajudar tanto na vida acadêmica, quanto pessoal.

À minha querida amiga Anália, parceira de pesquisa e de escrita, que esteve presente durante toda a minha trajetória no Projeto Nascer em Santarém, compartilhando conhecimento.

Ao Cauê, meu fiel confidente e incentivador, que divide tanto as alegrias, quanto as angústias desse período de finalização do curso, além de me fazer acreditar em um futuro próspero.

E, por fim, à Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA), que me proporcionou as melhores experiências enquanto acadêmica, e que financiou a presente pesquisa por meio do auxílio de fomento à elaboração de Trabalho de Curso (TC), concedido por meio do Edital nº 2/2020/ICS/Bacharelado em Direito/Ufopa, de 22 de dezembro de 2020.



## RESUMO

No decorrer dos anos, o parto passou por diversas mudanças, sendo a migração do ambiente domiciliar para o hospitalar a mais significativa, seguida pela patologização do processo parturitivo e, conseqüentemente, a sua medicalização. Tal cenário corrobora a violência no parto, que se apresenta tanto de cunho físico, psicológico, moral e até mesmo sexual. Em contrapartida, vê-se o crescente movimento pela humanização do parto, que busca restabelecer o protagonismo feminino, exemplo disso é a construção do plano de parto pela própria gestante. Desse modo, a presente pesquisa tem como problemática: Em que medida a utilização do plano de parto promove o direito à informação da gestante no município de Santarém/PA? O projeto de Extensão Nascer em Santarém, vinculado à Clínica de Direitos Humanos da Universidade Federal do Oeste do Pará – UFOPA, realiza atendimentos para confecção do documento supracitado, que consiste na expressão da vontade da gestante em relação ao seu parto, elaborado de forma individualizada e de acordo com seu estado de saúde. Assim, serão testadas as seguintes hipóteses: 1) o plano de parto possibilita o acesso à informação da gestante, bem como atua como um meio de comunicação eficiente entre a gestante e a equipe médica; ou 2) o plano de parto não possibilita o acesso à informação, bem como não estabelece um meio de comunicação entre a gestante e a equipe médica. A pesquisa tem por objetivo, portanto, investigar se a utilização do plano de parto atua como ferramenta de informação da gestante, bem como analisar o relato de experiência das gestantes que elaboraram o documento junto ao “Nascer em Santarém” no ano de 2019. Na perspectiva dos direitos humanos e fundamentais, a pessoa deve agir de acordo com as suas convicções, contanto que suas ações sejam responsáveis. Para tanto, faz-se necessário que se tenha acesso a informações de qualidade.

**Palavras-Chave:** Violência Obstétrica. Plano de Parto. Direito à informação.

## ABSTRACT

Over the years, childbirth has gone through several changes, with the migration from the home environment to the hospital being the most significant, followed by the pathologization of the birth process and, consequently, its medicalization. This scenario corroborates violence in childbirth, which is both physical, psychological, moral and even sexual. On the other hand, there is a growing movement for the humanization of childbirth, which seeks to reestablish the female role, an example of which is the construction of the birth plan by the pregnant woman herself. Thus, the present research has the following issue: To what extent does the use of the birth plan promote the pregnant woman's right to information in the city of Santarém/PA? The Nacer em Santarém Extension project, linked to the Human Rights Clinic of the Federal University of Oeste do Pará - UFOPA, provides assistance for the preparation of the aforementioned document, which consists of the expression of the pregnant woman's will in relation to her delivery, prepared in an individualized manner and according to your state of health. Thus, the following hypotheses will be tested: 1) the birth plan provides access to information for the pregnant woman, as well as acting as an efficient means of communication between the pregnant woman and the medical team; or 2) the birth plan does not provide access to information, nor does it establish a means of communication between the pregnant woman and the medical team. The research aims, therefore, to investigate whether the use of the birth plan acts as an information tool for pregnant women, as well as to analyze the experience report of pregnant women who prepared the document with "Born in Santarém" in 2019. From a human and fundamental rights perspective, a person must act in accordance with his convictions, as long as his actions are accountable. Therefore, it is necessary to have access to quality information.

**Keywords:** Obstetric Violence. Birth plan. Right to information.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>1 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: DEFINIÇÃO, VIOLÊNCIA DE GÊNERO, VIOLAÇÃO DE DIREITOS HUMANOS E SEU ENFRENTAMENTO.....</b>	<b>14</b>
1.1 Definição.....	14
1.2 Violência Obstétrica como expressão da Violência de Gênero e Violação de Direitos Humanos.....	18
1.3 Enfrentamento da violência obstétrica e a busca pela humanização do parto .....	21
<b>2 DIREITO À INFORMAÇÃO COMO MEIO DE ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E O PLANO DE PARTO COMO EXPRESSÃO DA AUTONOMIA DA GESTANTE.....</b>	<b>25</b>
2.1 Direito à informação como um direito humano fundamental .....	25
2.2 O direito à informação como enfrentamento da violência obstétrica .....	27
2.3 O dever de informar na relação médico-paciente para a obtenção do consentimento	30
2.4 Plano de parto e sua definição .....	32
2.5 Natureza jurídica do plano de parto e a exteriorização do consentimento informado da gestante.....	34
<b>3 A UTILIZAÇÃO DO PLANO DE PARTO E O DIREITO À INFORMAÇÃO DA GESTANTE .....</b>	<b>37</b>
3.1 Histórico do Projeto Nascer em Santarém .....	37
3.2 Atendimento de orientação para elaboração do plano de parto no âmbito do Projeto Nascer em Santarém.....	42
3.3 Elaboração do plano de parto e direito à informação .....	44
3.4 O uso do plano de parto e as suas limitações frente à assistência ao parto prestada no município de Santarém/PA .....	48
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>52</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>54</b>
<b>APÊNDICE A - PERGUNTAS REALIZADAS NA ENTREVISTA .....</b>	<b>59</b>

## INTRODUÇÃO

O parto é um evento natural e fisiológico, inerente à manutenção da vida. Anteriormente à década de 1960, esse acontecimento, no ocidente, era vivenciado apenas pelas mulheres no ambiente domiciliar, auxiliadas somente pelas parteiras, que possuíam experiência em ajudar as mulheres no momento de dar à luz. Até esse período a gestante detinha autonomia sobre seu corpo nesse momento tão singular em sua vida, já que esse evento não era vivenciado em um ambiente que a mulher não deveria se submeter a diversos protocolos e regras, como ocorre nos hospitais.

A atuação dos médicos nesse período era limitada apenas aos casos de intercorrência para salvar a vida da mãe ou do bebê. Com os avanços tecnológicos e, conseqüentemente, da medicina, no início do século XX, o ambiente doméstico passou a não ser mais considerado um ambiente seguro para o nascimento do bebê. Por meio disso, ocorreu a migração desse evento do domicílio para o hospital, ocasionando a hospitalização e institucionalização do parto. Além disso, passaram a ser inseridas diversas intervenções médicas, que se tornaram rotinas protocolizadas, o que acabou por retirar a autonomia da mulher frente a esse evento.

Essas transformações no modo de parir, levaram a mulher a uma posição vulnerável, dado que perdeu o controle sobre seu próprio corpo, de modo que muitas vezes não participava das tomadas de decisões sobre ele. Concomitante a isso, surgiram práticas médicas violentas e desumanas, que são entendidas como violência obstétrica.

Essa forma de agressão, todavia, foi reconhecida como tal recentemente, visto que por muito tempo pairou o entendimento de que o nascimento de um bebê era sinônimo de dor e sofrimento. Diante deste cenário de violação de direitos da mulher grávida, nasceu o movimento pela humanização do parto, inclusive, para a retomada de sua autonomia, de forma que foram criadas diversas ferramentas e documentos para incentivar a retomada do protagonismo da gestante. Destacando-se o plano de parto no presente estudo, em que a parturiente planeja antecipadamente o percurso de seu processo parturitivo a partir das informações que teve acesso durante a gravidez, assim como delibera acerca dos procedimentos que serão realizados em seu corpo.

Dessa forma, tendo em vista a relevância da informação para a tomada de decisões e até mesmo para envolver a gestante no processo parturitivo por meio de seu consentimento informado, a pesquisa em questão possui como problemática: “Em que medida o plano de parto promove o direito à informação da gestante no município de Santarém/PA? ”. Cumpre destacar, que o referido problema de pesquisa foi pensado a partir do contato com as gestantes que participaram das Rodas de Conversas promovidas pelo Projeto de Extensão Direito das Mulheres e Violência Obstétrica (Projeto Nascer em Santarém), vinculado à Clínica de Direitos Humanos (CDH) da Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA), no qual atuei como bolsista e voluntária desde abril de 2017 até a presente data. Ademais, a presente pesquisa contou com auxílio financeiro de fomento à elaboração de Trabalho de Curso (TC), concedido por meio do Edital nº 2/2020/ICS/Bacharelado em Direito/Ufopa, de 22 de dezembro de 2020.

Pretende-se com o presente estudo analisar a utilização do plano de parto pela gestante como meio de informação, bem como observar se a utilização de tal instrumento tem enfrentado barreiras para ser aplicado. Além disso, buscar-se-á averiguar se esse documento possibilitou a comunicação entre a mulher e a equipe que lhe prestou assistência por meio da análise dos relatos das mulheres que elaboraram plano de parto junto ao Projeto Nascer em Santarém, colhidos por meio de entrevista semiestruturada. Por fim, aferir-se-á se tais mulheres obtiveram informações durante o acompanhamento pré-natal.

À vista disso, no decorrer do presente trabalho serão testadas as seguintes hipóteses: 1) o plano de parto possibilita o acesso à informação da gestante, bem como atua como um meio de comunicação eficiente entre a gestante e a equipe médica; ou 2) o plano de parto não possibilita o acesso à informação, bem como não estabelece um meio de comunicação entre a gestante e a equipe médica.

Para tanto, adotou-se a metodologia de pesquisa bibliográfica documental e de campo, consistindo a primeira no levantamento de dados para a construção do referencial teórico a fim de instrumentalizar a análise qualitativa dos dados obtidos por meio da técnica de entrevista semiestruturada com as gestantes que elaboraram o plano de parto junto ao Projeto Nascer em Santarém e o utilizaram no ano de 2019.

Desta feita, o primeiro capítulo abordará o cenário de violência obstétrica e o seu enfrentamento, enquanto o segundo tratará sobre o direito à informação como um direito humano fundamental e sobre o plano de parto. Por derradeiro, o terceiro

capítulo trará os dados obtidos por meio das entrevistas realizadas com as mulheres, como mencionado acima, e a análise do uso do plano de parto como um meio de promoção de seu direito à informação.

# 1 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: DEFINIÇÃO, VIOLÊNCIA DE GÊNERO, VIOLAÇÃO DE DIREITOS HUMANOS E SEU ENFRENTAMENTO

## 1.1 Definição

Antes de conceituar violência obstétrica, faz-se necessário tecer um breve histórico da assistência ao parto a fim de esclarecer as origens dessa forma de tratamento dispensado às gestantes. Assim, cumpre esclarecer que, inicialmente, o parto era considerado como um fenômeno primordialmente feminino, pois, ocorria no ambiente doméstico em que a mulher era acompanhada por seus familiares do sexo feminino e pela parteira, que prestava auxílio com todos os instrumentos singelos que tinha à disposição e técnicas passadas entre as gerações, por tradição oral, a fim de salvar a vida da mãe e do bebê. No entanto, havia algumas limitações nessa assistência domiciliar, que foi o modo de parir predominante na sociedade ocidental até a década de 1960 (ROHDE, 2016, p. 4).

A medicina, a seu turno, avançou buscando garantir maior segurança para a realização do parto no ambiente hospitalar, de modo a reduzir as taxas de mortalidade materna e neonatal. Outro fator que impulsionou essa transição foi a descoberta dos microrganismos, reforçando que o hospital era o espaço mais adequado para a realização do parto frente ao ambiente doméstico que não oferecia a mesma estrutura instrumental e higiênica (SANTOS, 2020, p. 15).

Todavia, a participação dos médicos no parto ocorreu apenas no século XX, momento em que a parteira passou a figurar com pouca frequência como auxiliar da parturiente. Porém, deve-se levar em consideração que os médicos passaram a atuar na obstetrícia ainda nos séculos XVII e XVIII, mas somente nos casos de urgência. Assim, o início da migração do parto do ambiente domiciliar para o hospital se deu a partir da década de 1940 (ROHDE, 2016, p. 4).

As parteiras, por sua vez, não desapareceram por completo, visto que algumas continuaram a exercer a profissão, ainda, submeteram-se às academias de enfermagem obstetrícia a fim de se tornarem especialistas. Ainda assim, depois de formadas, atuavam nos hospitais sob a supervisão dos médicos (GONÇALVES, 2020, p. 46).

Ademais, a maneira que o parto é concebido depende, em grande parte, das influências culturais envolvidas nesse processo, visto que a partir disso ele poderá

ser encarado como um evento fisiológico ou patológico (SANTOS, 2020, p. 13). Assim, o parto hospitalar trouxe uma conseqüente mudança de percepção, pois passou a ser encarado como um evento essencialmente médico, sendo, inclusive, a mulher e o bebê denominados como pacientes, mesmo aqueles que se encontravam em condições normais e não possuíam doença alguma (ROHDE, 2016, p.4).

A institucionalização desse evento natural ocasionou a perda da autonomia da mulher e o distanciamento desta de seus familiares nesse momento tão singular de sua vida. Dessa maneira, a parturiente passou a ficar submissa aos comandos médicos, que controlam todo o processo parturitivo devido ao poder destes enquanto especialistas (SANTOS, 2020, p. 15).

Outras conseqüências diretas dessa mudança do ambiente do parto dizem respeito às intervenções médicas, que passaram a fazer parte da rotina da assistência ao parto, sendo aplicadas como protocolo. Isto porque o processo parturitivo, como demonstrado acima, começou a ser apreendido como um processo patológico, ou até mesmo, como uma disfunção destrutiva, causadora de angústia e aflição, o que justificaria o uso indiscriminado de procedimentos hospitalares sem uma real indicação, o que acabou por ocasionar um aumento das taxas de mortalidade materno infantil (VIEIRA, 2012, p. 16).

Tendo em vista essas circunstâncias, práticas consideradas, atualmente, violentas se tornaram rotina na assistência à gestante, que são entendidas como violência obstétrica (ALMEIDA, 2019, p. 171). Assim, esta é considerada como “todo ato praticado de forma a atentar contra a saúde psíquica, moral ou até mesmo corporal da parturiente quando do procedimento de parto deve ser interpretado como forma de violência obstétrica” (GONÇALVES, 2020, p. 47).

Ressalta-se que tal violência pode repercutir em diversos aspectos da vida da parturiente como o físico, quando há a realização de intervenções sem recomendações baseadas em evidências científicas, que causem dor ou danos físicos à mulher; psicológico, quando geram sentimentos de vulnerabilidade, como fornecimento de informações em linguagem não acessível, ofensas e humilhações; caráter sexual e reprodutivo quando é violada a intimidade e o pudor; caráter institucional, quando as formas de organização do hospital impeçam o acesso da mulher a seus direitos, como protocolos institucionais que contrariem normas vigentes (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 60).



É importante frisar que o tratamento descrito acima não pode se limitar somente aos procedimentos realizados pelos profissionais de saúde, que resultem em um erro médico ou uma conduta errada, pois, abrange todo o desrespeito praticado contra a dignidade da gestante. Isto porque a violência obstétrica não é configurada somente quando o médico realiza um procedimento de modo a gerar um dano visível e aparente, mas pode ser considerada como tal o simples desrespeito à autonomia da parturiente (GONÇALVES, 2020, p. 49-50).

As intervenções médicas realizadas sem uma real indicação representam um fator de risco para a parturiente e até mesmo para o nascituro, procedimentos estes que são usados rotineiramente a partir da hospitalização do evento parturitivo. Dessa forma, sabendo-se que esse tipo de violência pode ocorrer tanto durante a gestação (pré-natal), parto e pós-parto imediato ou situação de abortamento, elenca-se algumas condutas que são configuradas como tal: comentários que causem constrangimento à mulher grávida relacionado à sua identidade (classe social, cor, etnia, quantidade de filhos, etc.), negligência no atendimento, agendar cesárea sem recomendação com base em evidência científica, proibição da entrada do acompanhante, aplicação sem indicação do hormônio sintético de ocitocina para acelerar o parto, episiotomia<sup>1</sup>, manobra de Kristeller<sup>2</sup>, entre tantas outras (SILVA; SERRA, 2017, p. 2436).

Todavia, tal tratamento dispensado na assistência ao parto não é recente, somente o seu reconhecimento como tal que o é, como se depreende do seguinte excerto:

Os abusos, desrespeitos e maus-tratos sofridos pela mulher na assistência à gestação, ao parto e ao aborto não constituem um problema recente, contudo, nomear tal problema como uma forma de violência é um fenômeno relativamente novo (NIY et al., 2019, p. 116)

Nesse sentido, o cenário da assistência ao parto no Brasil representa uma realidade de violência, pois 25% das mulheres entrevistadas pela pesquisa “Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado”, revelam ter sofrido algum tipo

---

<sup>1</sup> Incisão feita na região do períneo da mulher para aumentar a abertura da vagina (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 60).

<sup>2</sup> Manobra realizada com as mãos ou antebraços empurrando a barriga na direção da pelve (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 60).

de violência no parto ou na assistência médica prestada à gestante durante o pré-natal ou puerpério (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO e SESC, 2010, p. 173).

A partir disso, verifica-se que tal modalidade de agressão foi reconhecida dessa forma há pouco tempo, visto que por décadas pairou o entendimento de que o nascimento de um bebê era sinônimo de dor e sofrimento, de modo a normalizar essa maneira como a assistência ao parto é prestada.

Quanto ao sofrimento imposto à mulher, além daquele proveniente da dor fisiológica, ou seja, decorrente do parto em si, é importante falar em sua acepção cultural negativa, influenciado pela cultura judaico-cristã, vez que a dor do parto é considerada como uma punição por sua culpa, dada a figura de Eva que, além de ser considerada um ser inferior ao homem por ter sido “criada” a partir de sua costela, é considerada responsável por “tentar” aquele (ROHDE, 2016, p. 7).

Por fim, há a associação da discriminação social e a violência obstétrica, que geralmente é expressa por meio de ofensas verbais de cunho moral dos profissionais de saúde em relação à vida das mulheres de classe social inferior, como se a dor fosse o castigo pelo “prazer sexual e pelo exercício da sexualidade, supostamente fora de controle, nas mulheres de camadas populares” (HIRSCH; MENDONÇA, 2019, p. 73).

Para além disso, os maus-tratos sofridos no processo parturitivo nas instituições de saúde pública é de conhecimento notório, o que acaba por impulsionar a preferência pela cesariana na esperança de desviar da assistência desrespeitosa do parto “normal”, que é repleto de intervenções danosas (HIRSCH; MENDONÇA, 2019, p. 72).

O histórico do parto no Brasil, dessa maneira, mostra a evolução do número de cesáreas realizadas, visto que houve um crescimento significativo nos últimos trinta anos, sobretudo, dentre as classes sociais mais abastadas com o comparativo entre a década de 1970, em que a taxa desse tipo de nascimento era de 14,6%, enquanto em 2014 a referida taxa já alcançava 57%, podendo-se afirmar que o País passa por uma epidemia de parto oriundo da operação cesariana. No ano de 2015 foi registrado no setor privado 84,6% e no setor público 40,2% (HIRSCH; MENDONÇA, 2019, p. 73).

Entretanto, o parto realizado pela operação cesariana, que é marcado com antecedência sem uma real necessidade ou baseada em evidência científica devido a fatores de risco, chamada de cesárea eletiva (SILVA; SERRA, 2017, p. 2436),

também é considerada como uma violência obstétrica, que pode expor a mãe e o bebê a um risco. Dessa maneira, a cesárea eletiva muitas vezes é escolhida com a expectativa de não sentir dor e receber o melhor tratamento possível, porém, é, na verdade, um procedimento marcado pela violência e aumento dos riscos para a mãe e o bebê.

Nesse tópico, foi abordada a definição da violência obstétrica, assim como a trajetória do parto até chegar ao ambiente hospitalar e se tornar um evento padronizado, dominado pelo saber e domínio médico em detrimento da autonomia da gestante. Contudo, essa violência não está limitada somente a essa perspectiva, o que torna essencial sua análise, também sob as perspectivas da violência de gênero e violação de direitos humanos, como se demonstrará a seguir.

## **1.2 Violência Obstétrica como expressão da Violência de Gênero e Violação de Direitos Humanos**

A violência contra a mulher tem repercussão global e assume diversas formas, não podendo ser limitada somente àquela que ocorre no ambiente doméstico, que é a forma mais comum em que ela se expressa. Isto se dá por diversos fatores, dentre eles, pela própria posição social que a mulher assume na sociedade, figurando a “[...] limitação social da liberdade da mulher, sua condição particular na sociedade e o poder patriarcal” (PAES, 2020, p. 159) como impulsionadores desse tipo de violência. Nesse sentido, há que se falar nos paradigmas impostos pelas questões de gênero – características sociais, morais, culturais, econômicas estabelecidas pela construção ideológica patriarcal para cada sexo – que justificam a existência de relações de hierarquia e desigualdade entre eles, gerando atitudes discriminatórias e de dominação do feminino (NEWTON, 2019, p. 322).

No entanto, no que toca à violência de gênero, segundo Heleieth Saffioti (2015, p. 47), ela “engloba tanto a violência de homens contra mulheres quanto a de mulheres contra homens [...]” que se fundamenta na discriminação sexista. Além disso, as pesquisas nessa área são desenvolvidas de forma ampla, de modo que não são tratadas somente sob o parâmetro “heteronormativo”, ou seja, somente em relação aos heterossexuais (PAES, 2020, p. 159). Todavia, cumpre destacar que para o presente estudo importa a análise da violência de gênero contra as mulheres,

especificamente, quanto àquela praticada nas instituições de saúde contra as grávidas, parturientes, mulheres em situação de aborto ou puérperas.

Sendo assim, de acordo com Fabiana Paes (2020, p. 159), o fato de ser atribuído à mulher o papel de cuidar da casa, de seu companheiro e demais parentes negligenciados, há uma limitação de sua liberdade, inclusive, sua autonomia, o que acaba expondo-a à situação de vulnerabilidade e violência. A partir dessa distinção das atribuições impostas às pessoas de sexos diferentes que são perpetuados costumes e tratamentos discriminatórios em que a mulher, colocada em posição hierárquica inferior, acaba perdendo o direito, de forma disfarçada, sobre seu próprio corpo (NEWTON, 2019, p. 323).

A respeito disso, é importante destacar que essa condição da mulher perante a sociedade influi até mesmo na assistência à saúde direcionada a ela, em que a ideologia patriarcal que permeia a sociedade se sobrepõe às suas reais necessidades.

Para além disso, sobre essa violência relacionada à obstetrícia esclarece Ana Clara Santos (2020, p. 16):

A ideia do parto como um evento patológico está ligada fortemente às relações de gênero e poder instituídas ao longo da história. Reforçado pelo discurso médico, o patriarcado se apropria do corpo feminino, controlando e ditando padrões de comportamento. As relações estabelecidas nos hospitais materializam este processo na medida em que os profissionais de saúde se apresentam como os detentores do conhecimento, submetendo a mulher ao saber científico e tecnológico, desconsiderando os desejos da parturiente e os saberes e cultura da mulher. Contraopondo-se a isto, o discurso do parto como ato fisiológico opera resgatando a voz da mulher, devolvendo o protagonismo feminino, regulado pela ideia do parto como um evento biológico e da natureza da própria mulher.

Desse modo, os atos violentos e discriminatórios constituem uma forma de perpetuação do poder exercido sobre as mulheres, sendo que seus corpos concentram diversos conhecimentos, tais como médicos, históricos, legais, religiosos que acabam por contribuir, em certa medida, para o exercício desse poder (NEWTON, 2019, p. 325).

Pode-se falar, então, na violência estatal contra a mulher, em que se enquadra a violência obstétrica, que é assim definida por Fabiana Paes (2020, p. 161):

Esta pode se expressar de distintas maneiras como na violação de direitos humanos das mulheres encarceradas, no atendimento violento ou vexatório

à mulher durante a gravidez, parto ou puerpério; na negativa de concessão à menina e a mulher vítima de violência sexual do direito ao aborto seguro e gratuito.

Por meio do excerto e da conceituação da violência obstétrica no tópico anterior, é possível verificar que esta última constitui uma espécie de violência de gênero, uma vez que possui caráter estrutural complexo e é marcada pela ingerência da mulher sobre seu próprio corpo, dado que há a perda do protagonismo feminino nesse processo fisiológico a partir da hospitalização do parto, prevalecendo a desinformação e manipulação (PAES, 2020, p, 164) da mulher gestante, parturiente ou puérpera.

Ademais, em que pese o cenário violento enfrentado pelas gestantes, o Brasil é signatário de diversos documentos legais internacionais que têm como escopo a proteção dos direitos humanos da mulher, tais como a Convenção sobre Eliminação de todas as formas de Discriminação contra as mulheres (CEDAW, 1979) e a Convenção de Belém do Pará (Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher), com destaque dos artigos 12 e 2º das respectivas convenções, *verbis*:

#### CONVENÇÃO SOBRE ELIMINAÇÃO DE TODAS AS FORMAS DE DISCRIMINAÇÃO CONTRA A MULHER

##### Artigo 12

1. Os Estados-Partes adotarão 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 os referentes ao planejamento familiar.
2. Sem prejuízo do disposto no parágrafo 1º, os Estados-Partes garantirão à mulher assistência apropriada em relação à gravidez, ao parto e ao período posterior ao parto, proporcionando assistência gratuita quando assim for necessário, e lhe assegurarão uma nutrição adequada durante a gravidez e a lactância. (CEDAW, 1979)

#### CONVENÇÃO DE BELÉM DO PARÁ (1994)

##### Artigo 2

Entende-se que a violência contra a mulher abrange a violência física, sexual e psicológica:

- a. ocorrida no âmbito da família ou unidade doméstica ou em qualquer relação interpessoal, quer o agressor compartilhe, tenha compartilhado ou não a sua residência, incluindo-se, entre outras formas, o estupro, maus-tratos e abuso sexual;
- b. ocorrida na comunidade e cometida por qualquer pessoa, incluindo, entre outras formas, o estupro, abuso sexual, tortura, tráfico de mulheres, prostituição forçada, seqüestro [sic] e assédio sexual no local de trabalho, bem como em instituições educacionais, serviços de saúde ou qualquer outro local; e

c. perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra. (CIDH, 1994)

A CEDAW representa um marco na luta das mulheres por seus direitos sexuais e reprodutivos. Esta busca se concentra, principalmente, nas garantias de autonomia, liberdade e igualdade (FATTORELLI, 2019, p. 43).

A partir dos dispositivos supracitados, verifica-se que a violência perpetrada no ambiente hospitalar contra a mulher gestante, parturiente ou puérpera, além de ser configurada como violência de gênero, também é caracterizada como violação de direitos humanos (PAES, 2020, p. 167). Desse modo, diante desse cenário violento do parto, é importante abordar o que tem sido feito ao longo destes anos para combater a assistência desumanizada e para assegurar os direitos da gestante, conforme será demonstrado no próximo tópico.

### **1.3 Enfrentamento da violência obstétrica e a busca pela humanização do parto**

Na América Latina, o termo violência obstétrica ganhou destaque com a implementação de leis federais a fim de combater essa agressão sofrida pelas gestantes, bem como a discussão dessa temática (NIY et al., 2019, p. 93). Assim, na contramão dessa assistência violenta e desrespeitosa, surge o movimento pelo parto humanizado, que ganhou força, tanto do ponto de vista global com o reconhecimento da Organização das Nações Unidas - ONU, quanto nacional por meio da implementação de alguns programas pelo Ministério da Saúde.

Sendo assim, apesar de o movimento pela melhoria das condições das mulheres ter iniciado ainda na década de 1970, a discussão e luta pela melhoria da violência sofrida no parto teve início entre as décadas de 1980 e 1990, e foi impulsionada, principalmente, por “grupos de profissionais de saúde e defensores dos direitos humanos e reprodutivos das mulheres, movidos por lideranças feministas” (GONÇALVES, 2020, p. 47).

Na discussão sobre a humanização do parto existe, em um primeiro momento, o embate entre o parto cesáreo e o normal. Sendo que este ainda se ramifica no chamado parto natural, que é realizado sem intervenções médicas ou farmacológicas, seguindo o curso fisiológico do parto, enquanto que o normal sofre diversas intervenções. Assim, o parto considerado como humanizado é aquele em que os desejos da mulher são atendidos de forma respeitosa, podendo ser natural ou

com poucas intervenções, ou normal, de acordo com a sua vontade, além do parto cesariano quando realizado observando as evidências científicas com o intuito de salvar a vida da mãe ou do bebê (HIRSCH; MENDONÇA, 2019. p. 76).

A humanização do parto é dinâmica porque possui várias acepções, tendo como ponto comum em todas elas o objetivo de solucionar, ou minimizar, o sofrimento da mulher. Assim, para cada conceito de humanização há uma visão sobre o parto como experiência humana, vez que foram formulados em períodos distintos sendo influenciados pelo saber científico contemporâneo a eles construídos a partir dos elementos históricos – interligados por relações intersubjetivas humanas e o controle social vigente – que formulam a percepção de uma determinada época (FOUCAULT, 1999).

Nesse sentido, Simone Diniz considera este conceito como dinâmico e, simultaneamente, estático, sendo este a procura pelas medidas que devem ser tomadas frente o sofrimento da mulher (DINIZ, 2005, p. 628). Enquanto que a parte dinâmica, contemporaneamente, é aquela que está sendo constantemente influenciada pelas transformações sociais, especificamente, no que diz respeito à evolução dos direitos humanos da mulher e a percepção do parto enquanto vivência humana.

Dessa forma, inicialmente a concepção sobre o parto compreendia a dor como forma de reparação do “pecado original”, crença advinda da religiosidade como já esclarecido acima. Após um certo período tal dor passou a ser encarada como prejudicial à mulher, de modo que eram realizados procedimentos para acelerar o parto a fim de acabar com aquele padecimento. Assim, verifica-se a transformação do conceito de humanização por meio da influência do contexto em que foi desenvolvido.

Após o surgimento dessa assistência marcada pelas diversas intervenções que são realizadas em sequência, como se uma atrasasse a realização de outra, fala-se em um parto que é desprovido de relações humanas, sendo a mulher submetida a diversos procedimentos como ocorre na linha de produção de uma fábrica, perdendo sua autonomia sobre o parto e seu próprio corpo. Além disso, o uso descontrolado dessas tecnologias no processo parturitivo acaba por criar um paradoxo, segundo Simone Diniz (2005, p. 629), vez que aquelas foram criados para reduzir o sofrimento físico e psicológico da gestante, ao passo que é empecilho para alguns Estados em reduzir as taxas de morbimortalidade materna e neonatal, já que o seu uso indiscriminado provoca mais malefícios do que benefícios à gestante.

A linha atual pela humanização do parto busca a redução das intervenções, uma vez que mesmo estas sendo aplicadas rotineiramente para diminuir as chances de a mãe ou o bebê falecerem, as taxas de morbimortalidade não reduziram com o seu uso. São consideradas, assim, duas importantes entidades que a legitimam, quais sejam, a Medicina Baseada em Evidência Científica – MBE e a Organização Mundial da Saúde – OMS, sobretudo, esta última que publicou no ano de 1996 um estudo que tratava sobre as práticas rotineiras da obstetrícia que não guardavam relação com as observações científicas, ou que sequer se mostravam benéficas, de modo a fundamentar a orientações da MBE (HIRSCH; MENDONÇA, 2019. p. 76).

A MBE, a seu turno, foi estruturada após a Criação do Comitê Europeu, em 1979, a fim de averiguar as intervenções que poderiam ser utilizadas para reduzir a morbimortalidade materna e perinatal no continente. Desse modo, o início desse movimento se deu com a criação de uma rede de trabalho com vários profissionais, de diversos países, da área da saúde, bem como as próprias gestantes, sociólogos para reavaliar as práticas médicas. A partir disso, o corpo da mulher deixou de ser visto como essencialmente defeituoso e necessitado do intermédio da tecnologia e passou a ser compreendido como adequado para parir uma criança (DINIZ, 2005, p. 630).

A institucionalização da humanização do parto, por sua vez, ocorreu por meio da Carta de Campinas com a fundação, no ano de 1993, da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa), que era integrada por diversos profissionais da área da saúde preocupados com a melhoria do tratamento dispensado na obstetrícia a fim de buscar meios de afastar as práticas desumanas (DINIZ, 2005, p. 631). Nesse contexto, o Brasil criou ainda no ano de 2003, com a intenção de promover a humanização do atendimento de modo geral dispensado pelo Sistema Único de Saúde – SUS, a Política Nacional de Humanização (MARTINS et al., 2014, p. 10).

Por meio dessa mobilização, o Ministério da Saúde, no ano de 2011, criou a Rede Cegonha (Portaria nº 650), com o intuito de promover os direitos da parturiente e do bebê, com base em um atendimento humanizado, durante toda a gestação até o nascimento, sendo a assistência baseada nas boas práticas, bem como respeitando os aspectos do sujeito, sobretudo, os desejos da mulher com a implementação de estratégias para apoiar a tomada de decisões (GAMA et al., 2021, p. 772).



Diante do cenário de violência obstétrica, em que a mulher tem seu processo parturitivo e seu corpo dominado pela equipe médica, detentora do saber especializado, vê-se a completa perda de sua autonomia, bem como seu distanciamento desse evento que é tão singular e pessoal, uma vez que depende do estado de saúde da mulher, bem como de toda a sua preparação para esse momento.

Assim, uma estratégia para o enfrentamento da violência obstétrica consiste, além da mudança no ambiente hospitalar e das equipes que prestam assistência, na promoção do direito à informação da gestante, vez que as informações e os esclarecimentos prestados a ela durante todo o pré-natal servem para reintegrá-la a esse evento, possibilitando-a tomar decisões sobre seu corpo de forma a assegurar a sua autonomia (PEREIRA; SILVA, 2019, p. 168). Dessa forma, o próximo capítulo tratará especificamente desse direito, bem como da ferramenta do plano de parto que permite à gestante registrar de forma antecipada seus desejos para o parto.

## **2 DIREITO À INFORMAÇÃO COMO MEIO DE ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E O PLANO DE PARTO COMO EXPRESSÃO DA AUTONOMIA DA GESTANTE**

### **2.1 Direito à informação como um direito humano fundamental**

A princípio, destaca-se a relevância do direito à informação, de modo a esclarecer a formação do conceito histórico da consagração da liberdade de informação, como um direito humano fundamental, que vem se destacando em virtude da importância da efetivação da democracia, conforme disserta Mendel (2009, p. 7-8), principalmente, no que tange às informações tidas sob a guarda de órgãos públicos. Ainda se refere esse autor ao direito à informação como preceito fundamental, que se inicia com a Organização das Nações Unidas – ONU, quando a Assembleia Geral adotou a Resolução 59, em 1946, que tratava do referido assunto.

Em seguida, no ano de 1948, a Declaração Universal dos Direitos Humanos - DUDH assegurou em seu artigo 19 o direito internacional consuetudinário à liberdade de expressão e informação. Ainda, foi acolhido pela Assembleia Geral da ONU o Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos, que também garante a liberdade de opinião e expressão. Dessa forma, o direito à informação é atualmente aplicado por vários países, atuando não só como um instrumento de governança administrativa, mas como direito humano fundamental.

Outrossim, é importante salientar os estudos sobre o entendimento e distinção entre um direito humano e um direito fundamental. Assim, quando os direitos estritamente ligados à proteção da dignidade da pessoa humana são reconhecidos em uma configuração universal, passam a ser considerados como direitos humanos, sobre os quais os aspectos como nacionalidade e vinculação a um Estado não são pressupostos para a garantia desse direito ao indivíduo.

Por outro lado, os direitos fundamentais também cuidam de assuntos relacionados à dignidade da pessoa humana, porém, estes estão positivados no sistema jurídico constitucional de determinado Estado. Todavia, é assegurado também a todos os indivíduos. Por conseguinte, os referidos direitos sofrem alterações de acordo com as transformações sociais com a intenção de suprir as necessidades dos indivíduos (BERNADES, 2015, p. 60-61).

Corroborando esse entendimento, disserta Hideliza Cabral (2018, p. 71):

Há uma tendência à universalização dos direitos existenciais, situação que se explica pelo fato de que a noção de direitos existenciais, direitos fundamentais e direitos humanos são direitos de mesma natureza, porém eles se diferenciam em termos de nomenclatura apenas em razão do plano em que esses direitos manifestam-se [sic], sendo todos eles direitos inerentes à dignidade da pessoa humana.

No Brasil, à vista disso, o direito à informação é considerado como um direito fundamental, além de ser estar regulamentado por outros instrumentos normativos relativos à relação médico-paciente, que interessa à pesquisa em questão, como se infere do seguinte excerto:

O direito à informação está previsto na Constituição Federal – CF (artigo 5º, XIV, XXXIII, LXXII), no Código de Defesa do Consumidor – CDC (artigos 4º, IV, 6º, III, 8º, 9º, 12, 14, 20, 30, 31, 36, 37, 38 e 46), Lei n. 10.241, de 17 de março de 1999, do Estado de São Paulo, que dispõe sobre os direitos dos pacientes (art. 2º, VI), e também tem sustentáculo nos princípios jurídicos (dignidade da pessoa humana, autonomia) e bioéticos (autonomia, beneficência, não maleficência, justiça, precaução e prevenção, solidariedade – artigos 12,13, 22, 34, 36, § 1º, 42, 44, 53, 54, 55 do Código de Ética Médica – CEM)”. (PEREIRA; SILVA, 2019, p. 157).

No cenário internacional, por sua vez, Mendel (2009, p. 8) assegura que o reconhecimento de tal direito se deu por diversos institutos de proteção e desenvolvimento humano que já admitem o direito à informação, sob a responsabilidade de órgãos públicos, como direito humano fundamental, bem como a necessidade de regulamentação desse direito. Além disso, quanto à regulamentação dessa garantia frente à relação médico-paciente, pode-se elencar os seguintes diplomas legais: Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO (2005), Parecer acerca dos Direitos dos Pacientes do Comitê Econômico e Social Europeu e a Declaração de Lisboa acerca dos Direitos do Paciente, expedida pela Associação Médica Mundial (PEREIRA; DA SILVA, 2019, p. 157).

No entanto, os Sistemas Regionais de proteção de Direitos Humanos apresentam algumas diferenças sobre alguns aspectos do direito à informação. Isto porque a Organização dos Estados Americanos (OEA) ressalta, no artigo 13 da Convenção Americana sobre Direitos, a garantia do direito de buscar e receber informações, ao passo que no Conselho da Europa é assegurado receber e transmitir informações por meio do artigo 10 da Convenção Europeia para a proteção dos Direitos Humanos sem, contudo, regulamentar a liberdade de busca da informação.

Ainda que tal direito tenha sido a princípio normatizado a fim de assegurar ao cidadão a plena participação da organização política de seu Estado, de forma a reforçar a democracia, existem informações que ultrapassam a ordem política, pois esse direito abarca também assuntos de outra natureza, como a de ordem pessoal. Isto porque o principal intuito dessa garantia é equiparar o conhecimento de todos a respeito de assuntos que estão sob o domínio de agentes específicos, uma vez que a sociedade hodierna está fundada na especialização de cada profissional, o que ocasiona a detenção de informações específicas por esses profissionais, havendo também uma delegação de função a estes últimos no que concerne ao seu campo de formação (CANELA; NASCIMENTO, 2009, p. 13).

Isso ocorre com a área da saúde da gestante, que interessa ao presente estudo, em que somente os profissionais da saúde detêm conhecimento técnico sobre o estado da mulher grávida e sobre o que pode ser feito a partir disso, o que possibilita a situação de violência. De acordo com a Organização Mundial da Saúde – OMS, a violência se manifesta com a utilização proposital da força ou do poder contra outrem, ou contra a si mesmo, podendo ocasionar algum tipo de dano, seja físico ou psicológico (TEIXEIRA; LEAL, 2019, p. 128).

Nessa perspectiva, sabendo-se que a dominação do conhecimento científico e fisiológico sobre o parto pelos profissionais de saúde podem gerar uma relação de poder entre eles e a gestante, bem como diante do cenário de violência sofrida pelas mulheres no processo parturitivo visto no capítulo anterior, faz-se necessário tecer algumas considerações sobre a importância do direito à informação como meio de enfrentamento à violência obstétrica, conforme se verá.

## **2.2 O direito à informação como enfrentamento da violência obstétrica**

Como já esclarecido no capítulo 1, a mudança do ambiente de dar à luz fez com a mulher perdesse gradativamente seu protagonismo no parto, vez que sua hospitalização e medicalização transferiu ao médico a maioria das decisões referentes a ele, sendo isso justificado pela concepção patológica desse evento fisiológico e da deficiência do corpo feminino em dar à luz de forma segura sem intervenção médica, conforme assevera Teixeira e Leal (2019, p. 127-128).

Junto a essa realidade, há o modelo de atendimento médico originário do paternalismo hipocrático, também conhecido como perfil lógico-autoritário de

assistência, em que médico e paciente não desenvolviam uma relação de parceria terapêutica, mas sim de dominação, já que aquele tomava as decisões unilateralmente, sem levar em consideração a opinião, a vivência e os desejos do assistido em decorrência da disparidade de conhecimento entre ambos. (PEREIRA; DA SILVA, 2019, p. 155).

Para além disso, discorrem as mesmas autoras acerca das assistências prestadas pelo setor privado e pelo setor público, em que, enquanto o primeiro realiza um atendimento em massa padronizado – lembra-se aqui que o maior número de cesáreas realizadas no Brasil ocorre nesse setor –, o segundo é pautado no descaso e na insuficiência de recursos, o que torna o atendimento insatisfatório. Sendo ambos considerados como violadores de um dos direitos mais importante do paciente, que consiste no direito de receber os dados e informações necessários sobre sua saúde de forma clara e compreensível, possibilitando a sua tomada de decisão, bem como consentir com as intervenções que serão realizadas em seu corpo.

Na conjuntura da assistência médica da mulher gestante, analisa-se as transformações sociais ocorridas, por meio da luta pelos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, em que a vontade delas passou a ser levada em consideração em relação às intervenções médicas a serem realizadas em seu corpo – movimento este que almejava a retomada da autonomia e do protagonismo da mulher no processo parturitivo (TEIXEIRA; LEAL, 2019, p. 128). Por meio disso, verifica-se a importância do direito à informação da gestante para tanto, já que esta ficou alheia às questões sobre si mesma nesse contexto, visto que a violência praticada no processo parturitivo decorre do uso arbitrário do conhecimento científico dos médicos para controlar o corpo e a sexualidade da gestante, conforme disserta Artenira Sauaia e Maiane Serra (2016, p. 129).

Nessa mesma perspectiva, Teixeira e Leal (2019, p. 130) tratam sobre a relação entre o número elevado de cesáreas e a carência de informações das mulheres sobre o parto e a concentração desse conhecimento nos profissionais de saúde. Para além disso, discorrem, ainda, as referidas autoras sobre a urgência no nivelamento desse conhecimento entre as partes interessadas, quais sejam, profissionais de saúde e as próprias gestantes a fim de reconhecer até mesmo a violência no parto que é tão naturalizada e invisibilizada devido ao longo histórico dessa assistência violenta. Reforça-se que esses esclarecimentos deveriam ser repassados pela equipe médica que acompanha a gestante, uma vez que existe o

dever de informação na relação entre médico-paciente, que no presente caso se configura pelo médico e gestante.

Desse modo, os referidos especialistas devem deixar a mulher grávida ciente do estado de seu bebê; “de seu estado de saúde; dos procedimentos que poderão ser adotados; dos tipos de parto (natural, normal, cesárea); dos tipos de anestesia; dos riscos e benefícios para a mulher e para o bebê (...)” (PEREIRA; DA SILVA, 2019, p. 159), bem como de seus direitos. Para além disso, as autoras tratam da Resolução n. 2.144/2016 do Conselho Federal de Medicina – CFM, que regulamenta a liberdade de a mulher optar pelo parto cesáreo, todavia, impõe como garantia a ela o direito de receber todas as explicações acerca do procedimento cirúrgico, seus ônus e bônus, além de exigir o registro dessa escolha por meio de um termo de consentimento.

Destarte, verifica-se a importância da informação para duas finalidades: i) para o reconhecimento da violência obstétrica pela própria mulher, vez que a partir desses conhecimentos será capaz de identificar as condutas necessárias e aquelas que configuram uma violação de direito; e ii) para a retomada da autonomia da parturiente no momento do parto, dado que por meio disso será capaz de consentir e até mesmo tomar decisões sobre esse evento junto à equipe que lhe presta assistência.

Corroborando tal entendimento, leciona Toby Mendel:

O direito de acesso a informações pessoais, por exemplo, é parte do respeito pela dignidade da pessoa humana básica, mas pode também ser fundamental para uma efetiva tomada de decisões pessoais. O acesso a prontuários médicos, por exemplo, pode ajudar as pessoas a tomar decisões sobre tratamentos, planejamento financeiro etc. (MENDEL, 2009, p. 5)

Sendo assim, havendo a transgressão dessa garantia do paciente, ora gestante, verifica-se a ocorrência da violência obstétrica, já que é retirado da mulher sua autonomia sobre os processos que dizem respeito ao seu corpo e aos seus processos reprodutivos.

Apesar de o direito à informação ser considerado como o pilar para a retomada da autonomia da mulher no processo parturitivo, há que se considerar o caráter complexo e estrutural dessa violência, dado que a lógica de sua perpetuação se dá por meio da desinformação da mulher e da ingerência sobre o seu corpo. Não basta, dessa forma, a prestação de informação à gestante apenas uma vez, visto que

a sua efetiva participação ocorrerá se ela estiver inserida de forma efetiva em todo o processo, que é compreendido desde o acompanhamento do pré-natal até o momento do parto em si, dado que ela não será acompanhada por somente um profissional da saúde, mas por uma cadeia de especialistas.

Por fim, no que tange ao combate dessa violência, constata-se que um dos principais meios, além do oferecimento de estruturas adequadas para a assistência obstétrica, é possibilitar o envolvimento da gestante em todo o processo, desde o pré-natal até mesmo no momento do parto, de forma que a efetivação de seu direito à informação se torna crucial para tanto (PEREIRA; SILVA, 2019, p. 168). Isto posto, passa-se à discussão acerca do dever específico de prestar informação na relação intersubjetiva entre médico e paciente, a partir do pensamento jurídico moderno, que impõe a observação dos anseios do assistido (CÔRREA, 2010, p. 129).

### **2.3 O dever de informar na relação médico-paciente para a obtenção do consentimento**

Quanto ao consentimento do paciente frente às intervenções médicas, faz-se necessário citar o Código de Nuremberg (1948), promulgado após as atrocidades vividas no período da Segunda Guerra Mundial, principalmente, no que tange aos estudos que eram realizados com seres humanos (STANCIOLI, 2020, p. 67-68). Foi o primeiro que veio a regulamentar a necessidade de se obter o consentimento informado em virtude da valorização dos direitos existenciais do homem no pós-guerra. No entanto, essa autorização passou a ser usada por analogia no campo da medicina, pois o ser humano se tornou o centro de debates mundiais, de modo que passou a ser detentor de direitos fundamentais de autodeterminação.

Nesse contexto de transformações na relação médico-paciente e, por conseguinte, médico-gestante há que se falar na transição do princípio do paternalismo para o princípio da autorresponsabilidade que a rege, de modo que o paciente passou a ser considerado como sujeito de direitos, apto a tomar decisões sobre si.

Ratificando tal posicionamento, leciona Adriana Espíndola Côrrea (2010, p. 104):

Assim, a autodeterminação do paciente inclui o direito de recusar um tratamento, intervenção ou exame médico, por razões íntimas ligadas a

crenças religiosas, convicções pessoais, motivos éticos, visão de mundo, ou mesmo, em vista da desconfiança quanto ao sucesso do tratamento ou da avaliação de que os riscos e sofrimentos advindos dos procedimentos médicos não compensam seus benefícios.

Vê-se, dessa maneira, a transformação do conceito da própria autonomia<sup>3</sup> que, inicialmente, era enxergada apenas como a possibilidade de recusar um determinado tratamento a ser realizado, e começou a ser interpretada, por meio do princípio da dignidade da pessoa humana e dos direitos da personalidade, como uma oportunidade de participar da tomada de decisões juntamente com a equipe médica que lhe presta assistência, não podendo o profissional negar informações a respeito dos prós e contra de cada decisão ou intervenção (TEIXEIRA; LEAL, 2019, p. 134-135).

Diante disso, observa-se o caráter jurídico que essa garantia tomou, dado que influencia diretamente nos direitos existenciais da parturiente, conforme se extrai do seguinte trecho:

A relação médico-paciente envolve os direitos de personalidade, o poder de disposição sobre situações existenciais, tendo como foco a saúde, a vida, a integridade psicofísica, a dignidade do paciente, constituindo uma relação obrigacional complexa e dinâmica (PEREIRA; DA SILVA, 2019, p. 155).

Dessa maneira, por haver um dever de informar e de receber o consentimento da gestante, existe também a punição pelo seu descumprimento e pelos danos causados, especialmente, aqueles que atingem a esfera extrapatrimonial, que acaba por atrair a aplicação do instituto da Responsabilidade Civil, fundamentados no artigo 951 do Código Civil Brasileiro e no artigo 14, § 4º do Código de Defesa do Consumidor. Nesse diapasão, convém mencionar o julgamento do Recurso Especial nº 1.540.580 - DF que reconheceu a violação do dever do médico prestar informação especializada ao paciente, decorrente da boa-fé objetiva, de modo a atingir o seu direito à autodeterminação (PEREIRA; DA SILVA, 2019, p. 163).

Assim, de acordo com Hideliza Cabral (2018, p. 87-88) o dever geral de informação é imposto a todos nos moldes do inciso XIV do artigo 5º da Constituição

---

<sup>3</sup> A bioética, ciência que faz guarda da vida e do modo de viver e concilia os valores das áreas de conhecimento presentes em matéria comum (MABTUM; MARCHETTO, 2015), como o direito e a medicina na relação médico-paciente, tem como fundamento os princípios da beneficência, não-maleficência, da justiça e da autonomia, interessando apenas este último para a compreensão do presente trabalho.



Federal de 1988, com base na interpretação das cláusulas gerais aliada aos direitos fundamentais, ao princípio da boa-fé e à materialização do princípio da transparência. Nas demais relações jurídicas estabelecidas entre os sujeitos, principalmente naquelas decorrentes do Código Civil Brasileiro no Código de Defesa do Consumidor, fala-se em um dever de informação fundamentado na boa-fé, que é caracterizada como fonte norteadora das atitudes das pessoas envolvidas em um determinado vínculo jurídico.

Além disso, na relação médico-paciente, disciplina o Código de Ética Médica de forma específica sobre a vedação ao profissional em deixar de informar, reforçando o dever de informação conforme o artigo 34: “Deixar de informar ao paciente diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante” (CABRAL, 2018, p. 88-89).

Desse modo, o direito à informação para a realidade do parto é essencial, visto que por meio do conhecimento é possível capacitar a futura mãe a lidar com seus medos e receios quanto a esse evento tão marcante em sua vida, para possibilitar a ela acesso aos seus direitos e ao que é recomendado para seu caso, o que permite a humanização do parto (TEIXEIRA; LEAL, 2019, p. 135).

Após a explanação acerca desse direito tão importante da gestante, passar-se-á à exposição de um documento essencial para ela expressar suas vontades e desejos para o momento do parto, além de prestar de forma expressa seu consentimento sobre a realização de algumas intervenções ou não em seu corpo, conforme se verá no próximo tópico.

## **2.4 Plano de parto e sua definição**

Conforme tudo que foi debatido, e de todo caminho que deve ser percorrido pela mulher grávida no que concerne ao recebimento de informações especializadas acerca da gestação e do processo parturitivo, o plano de parto figura como produto final da construção de sua participação ativa. Isto porque será por meio dele que ela conseguirá deliberar sobre seu corpo, o que figura como uma possibilidade de exigir tudo que adquiriu de conhecimento, já que após a sua elaboração deverá ser protocolado junto à maternidade que dará à luz.

Dessa maneira, pode-se conceituar essa ferramenta como:

Documento escrito, de caráter legal, em que, após processo de consentimento livre e informado por meio das informações sobre a gravidez e o parto, e considerando seus valores, desejos e expectativas sobre seu parto e suas necessidades médicas particulares, deixará registrado suas vontades e que deve ser respeitado pelos profissionais que a assistem. (ALMEIDA, 2019, p. 173)

Quanto à sua construção histórica, primeiramente, deve-se levar em consideração a assistência prestada às mulheres a partir da hospitalização e medicalização do parto combinada com a perda de sua autonomia, o que motivou a iniciativa de várias esferas da sociedade pela humanização do parto e retomada da autonomia da gestante, conforme já abordado no capítulo anterior. Para tanto, na busca pelo reconhecimento do protagonismo feminino em seus processos reprodutivos, o primeiro modelo de plano de parto foi concebido nos Estados Unidos da América – EUA na década de 1980, sendo conceituado por Sheila Kitzinger, uma das primeiras ativistas do parto natural e defensora da retomada da autonomia feminina, vindo o referido documento a ser disseminado, posteriormente, nos países industrializados (ALMEIDA, 2019, p. 177-178).

Em sequência, a Organização Mundial da Saúde – OMS, frente à inclusão do parto no modelo de saúde baseado em doenças com a realização de diversas intervenções rotineiras, passou a expedir algumas recomendações acerca do nascimento, vendando algumas intervenções que não possuíam relevância científica comprovada e impulsionando os Estados a revisarem suas técnicas aplicadas a este evento, de sorte a averiguar se estava sendo respeitada a autonomia da mulher. Dessarte, em 1996 foi publicado pela OMS o guia “Cuidados no Parto Normal: um guia prático”, que impulsionou a expedição de diversos instrumentos de tutela do parto normal, sendo o plano de parto o mais importante deles para a retomada do protagonismo feminino (SUÁREZ-CORTÉS et. al., 2015, p. 521). Assim, pode-se afirmar que:

O plano de parto exige um esforço da mulher para entender e expressar seus valores pessoais, medos e necessidades no processo parturitivo e facilita a comunicação dessas preferências aos profissionais da assistência (TESSER et al., 2014, p. 7)

Nessa perspectiva, o referido instrumento pode ser caracterizado como uma carta da gestante destinada aos profissionais que lhe atenderão no momento do

parto, em que ela registrará suas vontades, como os procedimentos que deseja ser realizados ou não no seu corpo, fundamentado em seu estado de saúde e nas evidências científicas, de forma a respeitar as particularidades de cada parturiente (RODRIGUES, 2017, p. 31). Para além disso, esse documento, sob a ótica de Halana Andrezzo (2016, p. 32), configura um modo público de se obter informações técnicas que possibilita a exigência de esclarecimentos da gestante para com a equipe que lhe presta assistência, culminando na exteriorização dos desejos da mulher no momento do nascimento de seu filho.

Assim, por se tratar de uma ferramenta que versa sobre atos de disposição do corpo da mulher, atingindo a esfera de seus direitos de personalidade, convém discorrer acerca da natureza jurídica do plano de parto, bem como seus fundamentos legais e efeitos no âmbito jurídico, conforme se verá no subtópico adiante.

## **2.5 Natureza jurídica do plano de parto e a exteriorização do consentimento informado da gestante**

Tendo como referência o que já foi definido como plano de parto no subtópico anterior, vê-se que este documento tem repercussão no âmbito dos direitos da personalidade da gestante, tutelados pelo Código Civil Brasileiro do seu artigo 11 até ao artigo 21 e na Constituição Federal de 1988, uma vez que aquele se justifica por meio do “respeito ao princípio bioético de autonomia, que garante a autodeterminação e o controle das mulheres sobre o processo do parto” (ALMEIDA, 2019, p. 178).

Trata-se, portanto, de direitos existenciais privativos do ser humano, que possuem titularidade exclusiva conforme dispõe o artigo 11 do Código Civil: “Com exceção dos casos previstos em lei, os direitos da personalidade são intransmissíveis e irrenunciáveis, não podendo o seu exercício sofrer limitação voluntária” (BRASIL, 2002). Isto é possível por meio da constitucionalização do Direito Civil Brasileiro, ocorrido a partir da consagração do princípio da dignidade da pessoa humana como fundamento norteador das relações privadas intersubjetivas, que confere liberdade de autodeterminação à pessoa humana.

Desse modo, em virtude da autonomia privada, a gestante deve ser tratada de acordo com suas particularidades e vontades, podendo dispor relativamente e limitadamente sobre as qualidades albergadas por esses direitos, passando a vontade

a ser fonte de seus direitos (CÔRREA, 2010, p. 40), tal como ocorre nas disposições elaboradas pela mulher grávida no plano de parto. Ainda sobre a fundamentação desse documento, cabe pontuar o princípio bioético da autonomia, regulamentado pelo artigo 24 do Código de Ética Médica<sup>4</sup>, que também reforça a importância da vontade da mulher na tomada de decisões sobre seu parto.

Dessa maneira, a partir de tal fundamentação compete esclarecer a natureza jurídica do plano de parto (SACRAMENTO et al., 2021a), que pode se desdobrar em duas vertentes: i) diretiva antecipada de vontade; ou ii) termo de consentimento informado. Sendo ambos elaborados pela pessoa que sofrerá as intervenções médicas após obter informações sobre eles, configurando verdadeiro exercício de sua autodeterminação esclarecida (STANCIOLI, 2020, p. 70). Isto porque o plano de parto é um instrumento redigido anteriormente ao evento sobre o qual dispõe, qual seja, o parto, além de a gestante expressar o seu consentimento acerca dos procedimentos que entende como adequados.

Desta feita, a diretiva antecipada de vontade<sup>5</sup> é considerada como um negócio jurídico unilateral receptício, em que o paciente delibera sobre evento futuro em que não poderá expressar sua vontade por motivos alheios à sua vontade. Dessa forma, acaba por registrar de maneira prévia os seus desejos, a fim de garantir o respeito a sua autonomia e dignidade (MABTUM, MARCHETTO, 2015).

Quanto ao consentimento, cumpre observar o seguinte conceito:

(...) o consentimento consiste em uma autorização para intervenção corporal ou para ingresso na esfera privada do paciente, considerada lícita desde que a intervenção não represente maiores riscos, ou dirija-se a finalidade terapêuticas ou científicas, dentro dos limites impostos pelos princípios constitucionais, pela lei e pelos bons costumes (CÔRREA, 2010, p. 163).

À vista disso, verifica-se que o plano de parto figura como termo de consentimento informado, vez que dispõe sobre as autorizações da gestante para a realização de determinadas intervenções em seu corpo, de modo a ingressa em sua esfera privada. Além disso, ele somente é elaborado após receber os devidos esclarecimentos, o que reforça a sua natureza como tal.

---

<sup>4</sup> Artigo 24: Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre a sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

<sup>5</sup> Regulamentada pela Resolução nº 1.805/2006 e Resolução nº 1.995/2012, ambas do Conselho Federal de Medicina.

Após discorrer acerca do arcabouço teórico do direito à informação da gestante e do plano de parto, passar-se-á à análise da utilização desse instrumento como agente capaz de promover o direito à informação da gestante.

### **3 A UTILIZAÇÃO DO PLANO DE PARTO E O DIREITO À INFORMAÇÃO DA GESTANTE**

Após discorrer acerca da realidade violenta enfrentada pelas mulheres grávidas na assistência ao parto, o presente capítulo tratará da análise da percepção das gestantes atendidas pelo Projeto Nascer em Santarém, que foram orientadas para a elaboração do plano de parto, sobre o uso dessa ferramenta. Importa mencionar que a pesquisadora é integrante do referido projeto desde o terceiro semestre do curso, de forma que a problemática da pesquisa foi construída devido a sua experiência junto às atividades desenvolvidas junto ao público alvo.

Assim, buscar-se-á aferir a efetividade de tal instrumento como meio de promoção do direito à informação da gestante, que embasa a pesquisa em questão. Para tanto, foi adotada a metodologia de pesquisa de campo, utilizando-se a técnica de entrevista semiestruturada para a coleta de dados, que foram analisados qualitativamente a fim de compreender as dimensões subjetivas da percepção das gestantes referente à ferramenta como meio de promoção do seu direito à informação.

#### **3.1 Histórico do Projeto Nascer em Santarém**

O Projeto Direito das Mulheres e Violência Obstétrica (Projeto Nascer em Santarém) foi criado no ano de 2017, no âmbito da Clínica de Direitos Humanos da Universidade Federal do Oeste do Pará – UFOPA, por iniciativa da Professora Doutora Lidiane Leão, vinculado ao Instituto de Ciências da Sociedade – ICS e Programa de Ciências Jurídicas - PCJ, que, à época, figurava como coordenadora tanto da mencionada Clínica, quanto do Projeto em questão.

O cenário de violação de direitos sofrido pelas mulheres grávidas no ambiente hospitalar, inclusive no município de Santarém, impulsionou a fundação do projeto a fim de possibilitar a intervenção da universidade de maneira positiva em tal realidade enfrentada pelo público alvo local. O que acaba por reforçar o papel social que a instituição deve desempenhar, de modo a integrar ações a fim de ajudar na superação desse quadro de graves violações de direitos da gestante.

Dessa forma, foram chamadas para integrar a equipe como vice coordenadora e pesquisadora colaboradora, na devida ordem, a Professora Mestre

Emanuele Sacramento, vinculada ao Instituto de Ciências da Sociedade – ICS e ao Programa de Ciências Jurídicas - PCJ e a Professora Mestre Juliana Gagno, que é vinculada ao Instituto de Saúde Coletiva, ambas docentes da UFOPA (SACRAMENTO, et al., 2021b).

Alguns alunos do curso de Direito da universidade em questão passaram a integrar a equipe, estendendo-se o convite para discentes de cursos da área da saúde para também participarem da dessa proposta, uma vez que o tratamento multidisciplinar desse tipo de violência é essencial para haver uma compreensão holística sobre esse fenômeno.

Todavia, a parceria com outros cursos não se consolidou, continuando apenas colaboradoras externas da área da saúde (psicóloga, enfermeira e fisioterapeuta) que contribuíram de forma significativa com a construção do conhecimento sobre a fisiologia do parto, bem como facilitaram o contato com o público alvo, posteriormente, como será esclarecido a seguir.

Assim, as atividades foram iniciadas em abril do mesmo ano, no entanto, em virtude de a maioria dos integrantes não dominarem a temática trabalhada, tanto discentes, quanto docentes, bem como por se tratar de um assunto pouco debatido, foi necessário investir certo período de tempo para capacitação dos integrantes acerca do próprio do parto, da gestação e de tudo que está relacionado a esse evento, de forma a esclarecer as condutas e procedimentos que são tidos como desnecessários e violadores a fim de se identificar a construção desse tratamento violento dispensado às gestantes, para tanto, foram realizadas oficinas com profissionais de saúde convidados (DE SOUZA et al., 2021).

Desse modo, desde o início das atividades até outubro do ano de 2017 aquelas foram voltadas para a qualificação da equipe, tanto em relação aos aspectos fisiológicos da gestação e do parto em si, quanto à metodologia freiriana, aplicada à extensão universitária, vez que a primeira vertente a ser desenvolvida pelo projeto foi a extensionista. O método de Paulo Freire difere daquela extensão clássica, em que se entendia que a universidade possuía apenas a função de levar o conhecimento “pronto” e a melhoria para a comunidade, já que era detentora do conhecimento científico, sendo prestado apenas um assistencialismo em que a população era considerada como um objeto de estudo.

Em contrapartida, tal concepção clássica sofreu algumas modificações, sobretudo no encontro de Pró-Reitorias de Extensão, ocorrido na década de 1980, em

que a extensão passou a ser considerada como uma via de mão-dupla (SACRAMENTO et al., 2021b). Pois, apesar de a comunidade universitária obter o conhecimento técnico, este não será aplicado ou não se desenvolverá de forma eficaz se não houver a aproximação com as realidades sociais, que será possível pela extensão universitária. Nesse sentido, esse encontro do meio universitário com a comunidade faz com que ocorra uma troca de experiências, vez que aquele não sairá desse encontro sem ter aprendido algo com população, por isso se fala em uma troca de experiência. A universidade, a partir dessa junção de conhecimentos, que possibilita conhecer os fenômenos sociais de forma ampla, torna-se um agente de transformações, já que poderá formular intervenções específicas para cada realidade apreendida.

Essa nova metodologia de extensão universitária sofreu forte influência de Paulo Freire, vez que este era ferrenho defensor das trocas de experiências, que ocorrem por meio do contato do meio acadêmico com a comunidade para a qual os conhecimentos são desenvolvidos para ser aplicados (SACRAMENTO et al., 2021b). Isto porque a população não pode ser considerada apenas como um objeto de estudo, que é estático e não influencia as percepções do pesquisador devido à interação desenvolvida entre eles, visto que nas relações humanas prevalecem as trocas de saberes, que devem ser aproveitadas a fim de se desenvolver melhor a pesquisa no âmbito universitário, especialmente, no campo das ciências sociais aplicadas. Fala-se aqui na inseparabilidade do ensino, pesquisa e extensão.

Em razão disso, adotou-se o método da “extensão transversalizada pela promoção e efetivação dos direitos humanos” (SACRAMENTO, et al., 2021b), baseada nos ensinamentos freirianos, em que o conhecimento é gerado coletivamente, exigindo primeiramente uma problematização, para somente depois buscar a conscientização a fim de se estabelecer as estratégias de intervenção para o desenvolvimento do Projeto Nascer em Santarém.

Sendo assim, após a capacitação dos membros da equipe, foi elaborada a proposta de projeto à Pró-Reitoria da Cultura, Comunidade e Extensão – PROCCE. Em agosto de 2017, a professora Mestre Emanuele Sacramento assumiu a coordenação do Projeto (DE SOUZA et al., 2021), vez que a professora Doutora Lidiane Leão teve que se ausentar do campus de Santarém por questões institucionais. Dessa maneira, em novembro de 2017 o Projeto Direito das Mulheres



e Violência Obstétrica (Projeto Nascer em Santarém) foi registrado mediante a Portaria nº 175 da PROCCE e a nova coordenação sob a Portaria nº 176 da PROCCE.

O início das atividades externas realizadas pelo projeto ocorreu no mês de setembro de 2017, sendo a primeira limitada ao espaço acadêmico, mesmo existindo o convite à comunidade externa, principalmente, gestantes para participar desse momento. Essa atividade consistiu na exibição do documentário “Renascimento do Parto 1”, havendo em seguida um debate aberto quanto à temática da Violência Obstétrica.

Tal momento possibilitou ao projeto compreender para qual público suas atividades deveriam ser direcionadas – gestantes do município de Santarém/PA –, bem como fez com que alguns profissionais da saúde que participaram da exibição do documentário manifestassem interesse em participar do projeto, atuando como colaboradores externos (DE SOUZA et al., 2021). Partindo dessas percepções, a coordenação do projeto empenhou-se em estabelecer parcerias com grupos de mulheres organizadas da sociedade civil que tratavam dessa temática para, assim, alcançar o público alvo desejado, como mencionado acima.

Por conseguinte, a discente do curso de Direito Yasmin Barbosa, integrante do Projeto Nascer em Santarém e, também, uma das fundadoras do grupo “Roda Família Gestante Moira” que trabalha com a temática da gestação, parto e nascimento, intermediou uma parceria com o projeto. Dessa maneira, a partir dessa colaboração o projeto incorporou à sua estratégia de intervenção junto às gestantes a mesma utilizada por esse coletivo de mulheres, qual seja, a modalidade da roda de conversa, que consiste “em um método de participação coletiva de debate acerca de determinada temática em que é possível dialogar com os sujeitos, que se expressam, escutam seus pares e si mesmo pelo exercício reflexivo” (MOURA; LIMA, 2015, p. 28).

As rodas de conversa promovidas pelo Projeto Nascer em Santarém passaram a ocorrer nas Unidades Básicas de Saúde – UBS de bairros periféricos do município de Santarém/PA, sendo a primeira realizada ainda no ano de 2017 no Bairro do Mapiri. Nela foram debatidos a violência obstétrica, a humanização do parto e o plano de parto (DE SOUZA et. al., 2021). Tais atividades possuíam o intuito de entender como as gestantes encaravam esse cenário, bem como averiguar se havia a compreensão por ela do que se tratava a violência obstétrica.

Por fim, com a intensificação das atividades do projeto, somada ao aumento do número de gestantes alcançadas com essas intervenções, a equipe passou a receber diversos relatos de violência obstétrica sofrido pelas mulheres, assim como queixas sobre a precariedade da assistência ao parto e nascimento no município em questão.

Tais narrativas, apreendidas de novembro de 2017 a julho de 2018, foram descritas em ofício para a Promotoria de Saúde e a Promotoria do Consumidor do Ministério Público do Estado do Pará (MPPA) para que fosse averiguada essa situação e tomadas as medidas necessárias para que fossem respeitados os direitos das mulheres na assistência médica à gestação e ao parto.

A Promotoria do Consumidor foi provocada, pois, ainda que as atividades estivessem sendo realizadas apenas nas Unidades Básicas de Saúde – UBS, que fazem parte dos serviços ofertados Sistema Único de Saúde – SUS, foram também ouvidos relatos de mulheres que tiveram seus direitos violados no sistema privado de saúde.

Por meio dessa provocação, o projeto estabeleceu parceria com o referido órgão jurídico, de sorte que foi produzida uma cartilha<sup>6</sup>, reformulada pela discente do curso de Direito e integrante do projeto Anália Oliveira quanto à diagramação e à arte gráfica e a coordenadora professora Mestre Emanuele Sacramento em relação ao texto, baseada em um folder produzido anteriormente pelo Nascer em Santarém, com informações básicas sobre os direitos da gestante, violência obstétrica e a forma de denunciar essa agressão (DE SOUZA et al., 2021).

Ademais, foram realizados dois seminários no auditório do MPPA por meio dessa parceria, sendo um direcionada às gestantes e outro para os profissionais de saúde do município de Santarém/PA com o tema da violência obstétrica. Por fim, foi aberto um procedimento administrativo por iniciativa da Promotoria de Saúde e Promotoria do Consumidor, que resultou numa Recomendação Conjunta para respeito dos direitos da gestante voltada para os hospitais e públicos e privados que prestam assistência ao parto.

---

<sup>6</sup> Cartilha disponível no artigo “As produções de materiais audiovisuais como um método de enfrentamento à violência obstétrica: experiências no âmbito do Projeto Nascer em Santarém no Estado do Pará” (No prelo).

Com o amplo reconhecimento que o projeto obteve em pouco tempo de atividade, percebeu-se a necessidade de aumentar também o alcance de mais gestantes. Dessa maneira, passaram a ser ofertados atendimentos individualizados de orientação para elaboração de plano de parto para as gestantes (SACRAMENTO et al., 2021b), que será mais discutido nos tópicos adiante.

### **3.2 Atendimento de orientação para elaboração do plano de parto no âmbito do Projeto Nascer em Santarém**

Após meses de preparação, inclusive com a intensificação dos estudos acerca dos instrumentos normativos disponibilizados pelo Ministério da Saúde e demais órgãos responsáveis pela saúde materna, bem como sobre os documentos que versavam sobre o parto, a coordenação do projeto verificou que equipe estava apta para oferecer atendimento individualizado de orientação para elaboração do plano de parto.

Além disso, tal ação foi motivada pela relevância desse documento para a gestante, já que o seu uso é incentivado desde a década de 1990 pela OMS, como já foi mencionado no capítulo 2, assim como o exercício de construção dessa ferramenta possibilita à gestante ter contato com diversas informações de cunho técnico, o que é essencial para a sua compreensão do parto e dos procedimentos que estão envolvidos nesse evento (FERNANDES, et al., 2021).

Considerava-se, desse modo, que o conhecimento das gestantes sobre tais informações possibilitaria sua participação ativa na tomada de decisões sobre seu corpo durante o processo parturitivo, ainda que de forma antecipada, vez que o plano de parto seria protocolado com antecedência. Seja na maternidade que receberia atendimento especializado, no caso das gestantes atendidas no pelo setor privado de saúde, seja em todos os possíveis hospitais que lhe atenderiam, no caso das gestantes atendidas pelo setor público de saúde – setor este responsável pela maioria das mulheres atendidas pelo projeto, vez que a divulgação desse atendimento ocorria em grande parte nas rodas de conversa realizadas em UBS do Sistema Único de Saúde - SUS em que as gestantes realizavam acompanhamento pré-natal.

Neste último caso, a gestante deveria realizar esse protocolo em todos os hospitais conveniados ao SUS, haja vista que todas as mulheres atendidas pelo setor público de saúde que entram em trabalho de parto devem dar entrada na Casa da

Mulher, setor direcionado à obstetrícia no município de Santarém/PA e, no caso de não haver leito disponível nessa unidade, a parturiente deveria ser encaminhada aos demais estabelecimentos de saúde conveniados ao SUS.

Sendo assim, o referido atendimento individualizado observava a seguinte estrutura:

Os atendimentos desenvolvidos pelo Projeto iniciaram-se em novembro de 2018, em que uma dupla de discentes, sob a supervisão de um profissional graduado e integrante da equipe, atende a gestante e seu acompanhante. Tal evento ocorre em dois encontros: 1) primeiramente a gestante informa a idade gestacional e preenche um formulário com informações pessoais e, em seguida, responde a um questionário sobre seus conhecimentos sobre a violência obstétrica e plano de parto – informações estas que são prestadas posteriormente pelos discentes; 2) o segundo encontro é direcionado para a elaboração do plano de parto, visto que a gestante já foi instruída na primeira conversa sobre a estrutura do instrumento e já possui seu posicionamento sobre quais procedimentos quer ou não ser submetida (FERNANDES, et al., 2021).

Como se infere do trecho acima, o atendimento prestado pelo projeto possibilitava a construção do plano de parto de forma individualizada pelas gestantes, conforme suas expectativas e desejos para o momento do parto, fundamentadas nas Portarias do Ministério da Saúde, tais como a Portaria nº 569/2000 (que institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no Sistema Único de Saúde), Portaria nº 306/2016 (que aprova as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana), Portaria nº 353/2017 (que aprova as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal), Portaria nº 371/2014 (que institui a organização de atenção integral e humanizada ao recém-nascido no Sistema Único de Saúde) e na Lei nº 11.108/2005 (que garante o direito ao acompanhante da gestante independente do sexo).

Nesse sentido, passa-se à análise da percepção de algumas dessas mulheres atendidas pelo projeto após a realização do parto com o uso dessa ferramenta no município de Santarém. Ressalta-se que as entrevistas foram realizadas com mulheres multigestas<sup>7</sup>, sendo apenas utilizado plano de parto na última gestação.

---

<sup>7</sup> “Que já ficou grávida mais de uma vez; que já passou por mais de uma gravidez: paciente multigesta”. In Dicionário Online de Português. Disponível em: <https://dicio.com.br/multigesta/#:~:text=Significado%20de%20Multigesta,de%20uma%.> Acesso em 25 set. 2021.

### **3.3 Elaboração do plano de parto e direito à informação**

Posteriormente ao apanhado feito em relação ao direito à informação, à fundamentação da ferramenta do plano de parto e à estrutura do Projeto Nascer em Santarém, assim como as atividades desenvolvidas por ele, será abordada a efetividade desse instrumento como meio de promoção do direito à informação da gestante. Para tanto, foi realizado levantamento de dados por meio da técnica de entrevista semiestruturada com as mulheres que construíram plano de parto junto ao projeto no ano de 2019.

Sendo assim, no decorrer do ano de 2019 o projeto realizou 20 (vinte) atendimentos de orientação para elaboração de plano de parto, sendo 9 (nove) realizados com mulheres que estavam grávidas pela primeira vez e 11 (onze) com multigestas. Dessa forma, foram escolhidas estas últimas para a entrevista, visto que seriam capazes de comparar seus partos anteriores, que não foi elaborado plano de parto, com o mais recente em que foi utilizado essa ferramenta a fim de relatarem se houve ou não mudança em relação a informações recebidas.

Quanto ao procedimento das entrevistas, pontua-se que as gestantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no momento do atendimento para elaboração de plano de parto realizado no âmbito do projeto no ano de 2019, bem como Termo de Compromisso para prestarem a devolutiva no que toca a sua experiência de parto com a ferramenta supracitada. Desse modo, foram contactadas somente as mulheres que eram gestantes multigestas para averiguar a disponibilidade para a realização de entrevista com a devolutiva de como ocorreu nascimento de seus bebês com a utilização do plano de parto elaborado junto ao projeto. Sendo assim, somente 8 (oito) dessas mulheres do total de 11 (onze) responderam o contato inicial, por meio de mensagens de aplicativo de celular devido à pandemia do novo Coronavírus. Todavia, apenas 2 (duas) mulheres tiveram disponibilidade para a realização da entrevista semiestruturada, via mensagens de áudio desse aplicativo de conversas, obtendo-se o Consentimento Livre e Esclarecido oral.

Desta feita, as mulheres entrevistadas, C. S. S. A. e M. D. S. S. F. foram atendidas pela equipe do Projeto Nascer em Santarém ainda em março e janeiro de 2019, respectivamente, estando a primeira em sua quinta gestação e última em sua segunda gestação. As duas tiveram dois atendimentos nos moldes citados acima,

consistindo o primeiro atendimento na apresentação do documento e esclarecimento das condutas caracterizadas como violência obstétrica. Ambas são donas de casas e casadas, possuindo ensino médio completo e consideram-se pardas. A primeira mulher teve acompanhamento médico em todas as gestações e partos pelo SUS e a segunda teve seu primeiro parto no setor privado de saúde, no entanto, seu último parto foi realizado pelo setor público de saúde.

As referidas mulheres procuraram o projeto a fim de elaborar o plano de parto para sentirem-se mais seguras quanto ao atendimento prestado nas maternidades. Buscando-se, em verdade, esquivar de integrar os 25% de mulheres que sofrem alguma modalidade de desrespeito durante a assistência ao parto no Brasil, seja no setor público ou privado (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO e SESC, 2010, p. 173).

Ratificam tal justificativa as seguintes falas:

A minha motivação para elaborar o plano de parto, é que eu fiquei muito feliz quando soube que tinha esse projeto (...) E pra me sentir mais seguro com o atendimento lá, com os profissionais de saúde. Sei que não todos, mas tem um às vezes nos atende como se fosse uma rainha, um rei né, não te olha direito, não te dá atenção necessária, como todo cidadão deveria ter um atendimento igual né, tanto pelo SUS como particular (M. D. S. S. F.).

O meu maior intuito de fazer documento na época, como eu falei com a Emanuele é porque eu tive partos abusivos em outros locais com minha segunda filha no caso, então, eu achei bem interessante quando já tinha conhecimento de plano de parto. Aí quando eu descobri que em Santarém tinham pessoas elaborando esse plano de parto, aí eu tive muita vontade de fazer (...) Então, a minha vontade de fazer o plano de parto foi porque eu queria me sentir mais segura e protegida, porque eu sabendo que eu tenho documento, né, dentro do hospital que me ampara eu me sentiria mais tranquila (C. S. S. A.).

Desse modo, verifica-se que ambas buscaram assegurar seus direitos e vontades pelo plano de parto, além de um tratamento respeitoso como deveria ser ofertado na assistência ao parto, como já visto no movimento pela humanização no parto empreendido pelo Brasil, por meio de programas do Ministério da saúde e outras normativas explanadas a fundo no capítulo 1. Sendo, inclusive, assegurada à parturiente a discussão do plano de parto junto à equipe de profissionais que lhe assistirão no momento do parto, conforme o item 12 das “Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal” (Portaria nº 353 de 2017 do Ministério da Saúde).

Quanto à problemática norteadora dessa pesquisa, qual seja, “Em que medida a utilização do plano de parto promove o direito à informação da gestante no

município de Santarém/PA?”, faz-se necessário analisar o acesso a informações especializadas por essas mulheres por meio da construção do plano de parto. Isto porque há nesse processo a exteriorização dos anseios da parturiente, assim como o seu consentimento em relação aos procedimentos que deseja ou não que ocorram em seu parto, visto que tal ferramenta em nosso ordenamento jurídico figura tanto como uma diretiva antecipada de vontade, quanto um termo de consentimento informado (SACRAMENTO et al., 2021a).

Assim, a partir das orientações passadas pela equipe do Projeto Nascer em Santarém, as duas entrevistadas redigiram seu plano de parto e, em seguida, protocolaram nos possíveis estabelecimentos hospitalares em que poderiam dar à luz, já que as duas possuíam cobertura de saúde pelo SUS, seguindo a dinâmica exposta acima no município de Santarém. Desse modo, ao serem questionadas na entrevista se já conheciam o plano de parto anteriormente e se obtiveram tais informações específicas, recebidas no atendimento individualizado supracitado, durante o pré-natal ou em outro acompanhamento médico, ambas negaram sobre as informações, mas a segunda entrevistada afirmou que sabia da existência do plano de parto por intermédio de mídias sociais, como se depreende de suas falas, abaixo expostas:

Não, eu não tive em nenhum momento da gestação assim, como eu deveria ter, né, sem ter necessidade do plano de parto. Então, o plano de parto é muito ótimo mesmo. O projeto é muito bom. E assim eu creio que vai melhorar bastante ainda com relação ao atendimento nos hospitais públicos, pelo SUS (M. D. S. S. F.).

Eu já tinha ouvido falar, sou muito... eu gosto de assistir jornais, essas coisas, então eu já tinha ouvido falar no jornal, em alguma entrevista, internet, em algum lugar eu já tinha ouvido falar, mas eu falei assim olha que interessante, um plano de parto. O que é um plano de parto? Eu não sabia como era (...) eu tive meu primeiro contato com pré-natal em posto, eu sempre fiz em posto de saúde, casa da mulher, e eu nunca tinha ouvido falar em plano de parto. Pra falar a verdade, não tem no pré-natal e eu nem tenho uma ideia, eu nem sabia que tomar anticoncepcional e tomar analgésico, algum comprimido quebrava o efeito do anticoncepcional, porque no posto a gente não é muito orientada não (C. S. S. A.).

Desta feita, percebe-se que a elaboração do plano de parto pela gestante, dentro da amostra apurada, possibilitou o acesso a informações de cunho técnico que não são repassadas no acompanhamento médico realizado durante toda a gestação, de modo que é proporcionado a elas reconhecer as intervenções consideradas como benéficas ou maléficas.

Ademais, a primeira entrevistada reforça tal entendimento ao afirmar que não obteve as orientações recebidas durante a elaboração do plano de parto no seu acompanhamento pré-natal. Ademais reconhece que deveria recebe-las independentemente da utilização dessa ferramenta. A segunda entrevistada, a seu turno, também reforça tal percepção, dando como exemplo o seu desconhecimento a respeito da interação de determinados remédios com a administração da pílula anticoncepcional, que pode ter seu efeito suspenso, levando a mulher a uma gravidez indesejada.

Vê-se, dessa forma, que o tecnicismo dos profissionais da saúde ainda se impõe como barreira, sendo o distanciamento entre médico e paciente ainda evidente na assistência à saúde da gestante e da própria mulher, no que tange às informações referentes ao planejamento familiar e métodos contraceptivos, como relatado acima.

Ademais, discorreu-se acerca da relevância da efetivação do direito supracitado para a retomada do protagonismo feminino no parto, isto é, o respeito de sua autonomia<sup>8</sup> que se desdobra na sua autodeterminação, podendo por meio dela recusar certos tratamentos/intervenções, fundamentada em seus anseios e razões pessoais (CÔRREA, 2010, p. 104).

Ocorre que, apesar de a mulheres entrevistadas terem sido orientadas a respeito dos conhecimentos técnicos relacionados ao parto, comprovou-se a violação do dever de informar do médico na relação médico-paciente<sup>9</sup>, vez que elas não foram instruídas da mesma forma durante o pré-natal. Verifica-se, desse modo, que a produção do plano de parto pela gestante promove o seu direito à informação em certa medida, no contexto da amostra abordada no presente estudo, vez que as mulheres entrevistadas obtiveram informações técnicas, por exemplo, condutas consideradas como violência obstétrica repassadas durante a orientação para construção do documento junto ao projeto Nascer em Santarém, ou seja, de forma diversa do que deveria ocorrer mediante o dever de informar do médico.

Diante dessa falha de comunicação, verifica-se que a informação por si só não é capaz de mudar um cenário em que a vontade da gestante não é observada. Isto porque, para que haja a mudança desse quadro a gestante deverá ser inserida

---

<sup>8</sup> Autonomia esta expressa nos princípios que regem a bioética, assim como também é tutelada pelo Direito Civil Constitucional, figurando como uma extensão do exercício da liberdade da gestante, que se desdobra do princípio da dignidade da pessoa humana (SACRAMENTO et al., 2021).

<sup>9</sup> Insculpido no artigo 34 do Código de Ética Médica.



em todo o período gestacional, recebendo informações gradualmente a cada período, de acordo com Pereira e Silva (2019, p. 168), visto que há uma estrutura complexa por trás da violência obstétrica, já que a gestante não é atendida do início ao fim por somente um profissional. Assim, somente com cumprimento do dever de informar na relação médico-paciente será possibilitado o envolvimento da gestante de forma efetiva na gestação e durante o seu parto.

### **3.4 O uso do plano de parto e as suas limitações frente à assistência ao parto prestada no município de Santarém/PA**

Com base nas entrevistas realizadas, nesse tópico serão abordadas as suas percepções sobre a utilização do plano de parto, bem como o atendimento prestado a elas. Nesse interim, cumpre destacar que C. S. S. A. e M. D. S. S. F. registraram em seus planos de parto o desejo de poder se alimentar de maneira leve e de se hidratar durante o trabalho de parto, bem como de ter a presença do acompanhante em todo o período, além de consentirem pela realização da operação cesariana caso o parto não evoluísse de maneira esperada, de forma a colocar em risco a vida da mãe e do bebê, dentre outras escolhas.

Nesse sentido, frisa-se que os dois primeiros desejos supracitados, além de serem considerados como direitos básicos da gestante, possuem fundamento na recomendação nº 19 (Portaria nº 353/2017 do Ministério da Saúde) das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal e na Lei Federal nº 11.108/2005, sendo que a primeira regulamenta o direito a se alimentar durante o trabalho de parto e a segunda dispõe sobre o direito ao acompanhante da mulher grávida.

Assim, quanto ao tratamento dispensado à C. S. S. A., desde o protocolo até a execução do plano de parto, ela relata que:

(...) quando cheguei no hospital ela logo perguntou, ela falou assim: **“você tem plano de parto dentro do hospital, né?”** . **Eu falei que sim e ela falou assim: “vamos seguir seu plano de plano**, mas se nós ver, por acaso, que o plano de parto (...) mas nós vamos fazer todos os passo, vamos lhe tratar o melhor possível, mas se nós vermos que ele estiver sofrendo, a criança, ou você nós vamos passar para o último passo que é a cesariana”, que eu não gostaria de passar, **mas isso me deu uma segurança, um respaldo.**  
(...) o que eu tenho a dizer assim em relação ao hospital que eu tive, foi no pronto socorro. Em que eu fui muito bem tratada, **inclusive eu corri um risco, o D. S. tinha passado já três dias do nascimento** e eu fui pra maternidade, para lá pro pronto socorro, já assim bem em cima na obstetrícia e eu fiquei e **elas seguiram meu plano de parto, só que quando eles viram que o bebê já estava ali com o batimento cardíaco alterado, sofrimento**

**fetal, eles me encaminharam (...) Aí eles falaram: “olha, a gente vai ter que puxar um acesso e te levar pra cirurgia**, não tem como esperar mais, o bebê já está em sofrimento, nós precisamos fazer algo agora”. Então, eles foram muito muito rápidos, precisos e conseguiram salvar o meu filho e tudo devido ao meu plano de parto. Eu tenho certeza que eu fui muito bem tratada (C. S. S. A.) (Grifo meu).

Como visto acima, a entrevistada supracitada teve seu plano de parto atendido, assim como não encontrou óbice para o seu protocolo junto à maternidade que lhe prestou assistência. Ademais, por ter o curso do processo parturitivo alterado, tendo a criança entrado no estado de sofrimento por passar da data prevista para o seu nascimento, C. S. S. A. teve que passar por uma operação cesariana, que lhe foi comunicada e explicada sua necessidade pela equipe de saúde, qual seja, redução do batimento cardíaco fetal.

Dessa forma, entende-se que C. S. S. A. teve seu direito à informação observado, uma vez que lhe foram dadas as informações essenciais para a realização do referido procedimento, possibilitando sua participação ativa no parto, de forma que obteve seu consentimento para tanto.

Assim, quanto a primeira hipótese a ser testada na pesquisa em questão de que “1) o plano de parto possibilita o acesso à informação da gestante, bem como atua como um meio de comunicação eficiente entre a gestante e a equipe médica”, atesta-se que a ferramenta em discussão possibilitou o acesso à informação da parturiente, tanto pela sua elaboração junto ao Projeto Nascer em Santarém como visto no tópico anterior, quanto pelo grupo de profissionais que dispensaram essa assistência, da mesma maneira que serviu um meio de comunicação entre ela e os referidos especialistas.

Por outro lado, M. D. S. S. F., sobre o protocolo de seu plano de parto e o tratamento que recebeu com a utilização dessa ferramenta, descreveu o seguinte:

(...) porque não sei se agora todos estão recebendo plano de parto, mas **quando eu fui entregar meu plano de parto teve hospital que ainda não estava recebendo (...) Não deram muita importância**, tanto que faltou muita coisa a desejar lá no dia que eu tive a bebê. Por exemplo, **em relação à alimentação** (...) eu provoquei o almoço todo e aí dei entrada umas sete horas e tive a bebê onze e vinte. Aí logo cedo tava esperando aquele café legal, bacana e perguntando toda hora se ia ter café da manhã (...) e quando **foram me servir eram umas dez horas da manhã, e o café da manhã era horrível. (...) Não consegui tomar** e, então, senti muita tonteira. Aí tinha que dar leite para a bebê. Então, com a alimentação que eu tava tendo, tava sendo péssima, (...) **tanto que teve um dia que não deu leite no meu peito e a minha bebê passou a noite toda chorando** (M. D. S. S. F.) (Grifo meu).

À vista do descrito acima, ficou demonstrado que a entrevistada em questão, apesar de ter elaborado o plano de parto registrando todos os seus desejos baseados nas recomendações do próprio Ministério da Saúde, como já exposto, a assistência ao parto prestada a ela violou seus anseios e necessidades ocasionado sofrimento além das dores fisiológicas do parto, configurando violência obstétrica.

Ademais, nesse caso, verificou-se que foram impostas barreiras para o mero protocolo do plano de parto em alguns hospitais, bem como a própria entrevistada M. D. S. S. F. sentiu o descaso dos profissionais em cumpri-lo, dado que foi violado o seu desejo de se alimentar durante o trabalho de parto e no momento posterior. Todavia, apesar dessa violação, teve o seu direito ao acompanhante respeitado conforme requereu no documento, como se depreende de seu relato “Meu esposo teve presente, assistiu o parto, foi uma maravilha, graças a Deus”.

Comprova-se que, nesse último caso, a hipótese: “1) o plano de parto possibilita o acesso à informação da gestante, bem como atua como um meio de comunicação eficiente entre a gestante e a equipe médica” foi parcialmente confirmada. Isto porque M. D. S. S. F. teve seu direito à informação promovido na medida da orientação prestada pelo Projeto Nascer em Santarém para a elaboração de seu plano de parto, como relatado por ela no tópico anterior. Porém, o instrumento não foi utilizado como meio de comunicação com o grupo de profissionais, que deixou de atender alguns de seus desejos essenciais, como o da alimentação, o que conseqüentemente acaba por limitar a autonomia da gestante frente ao trabalho de parto.

Isto posto, depreende-se que a elaboração do plano de parto garante a gestante ficar informada acerca de procedimentos técnicos relativos ao parto, vez que para deliberar sobre eles no referido documento deverá compreendê-los, havendo a compreensão por parte das entrevistadas das informações repassadas, dado que a segunda mulher foi capaz de identificar o tratamento que recebeu como violência obstétrica. No entanto, tais conhecimentos não foram recebidos no próprio acompanhamento pré-natal, conforme descrito pelas entrevistadas, mas na orientação para a construção de plano de parto ofertada pelo Projeto Nascer em Santarém.

Depreende-se que a violência obstétrica é um fenômeno social que se manifesta no interior das estruturas da assistência obstétrica, que abrange desde o pré-natal até o pós-parto, e, ainda que as gestantes alcancem informações técnicas

por meio do plano de parto, somente estas não são suficientes para assegurar a sua não ocorrência dessa violação de direitos da gestante.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo constatou, por meio de levantamento bibliográfico e documental, a realidade de violência enfrentada pelas gestantes na assistência obstétrica, estando em posição vulnerável frente aos profissionais da saúde que detêm todo o conhecimento técnico acerca da gestação e do processo parturitivo – conhecimento este utilizado para a manutenção do poder sobre o corpo feminino. Tal cenário advém de longa construção histórica, em que permeiam diversos fatores, exemplo disso é a própria violência de gênero.

Dessa maneira, ficou evidente que a mulher nesse contexto da obstetrícia perdeu a autonomia sobre seu corpo, ficando refém das intervenções e procedimentos médicos que são utilizados de modo indiscriminada, de forma a causar prejuízos tanto para a mãe, quanto para o bebê, quando não são aplicados de acordo com as evidências científicas.

Contraopondo-se a esse tratamento violento dispensado às mulheres grávidas, surgiu o movimento pela humanização do parto em que se buscava, principalmente, a retomada do protagonismo da gestante nesse momento tão feminino. Assim, compreendeu-se que a informação constitui elemento primordial para tanto, visto que serve para: 1) o reconhecimento da violência obstétrica mediante o conhecimento das intervenções médicas que são necessárias e das que seguem mero protocolo; e 2) a retomada da participação ativa da mulher no parto, já que, munida de informações pertinentes a este evento fisiológico, poderá deliberar sobre seu corpo junto à equipe que lhe presta assistência.

Por conseguinte, ficou evidente o caráter legal desta garantia da mulher grávida, posto que o direito à informação é reconhecido como um direito humano fundamental, inerente ao ser humano. Sendo tal direito ratificado pelo dever de informação existente na relação intersubjetiva entre médico-paciente, que exige prévio esclarecimento desse profissional para obter o consentimento do assistido, no caso, a gestante. Isto porque o ser humano, no pensamento jurídico moderno, é considerado como ser detentor de dignidade, devendo ser respeitados seus anseios.

Nesse diapasão, a elaboração e utilização do plano de parto configuram um momento especial para a gestante obter informações técnicas para consentir acerca das intervenções que serão realizadas em seu parto.

Constatou-se, todavia, que tais elementos informativos para a construção desse documento são obtidos de forma diversa daquele decorrente do dever de informação da relação médico-paciente, que presente no caso decorreu dos atendimentos de orientação para elaboração do plano de parto prestados pelo Projeto Nascer em Santarém. Isto porque foi possível aferir que uma das entrevistadas conseguiu identificar o atendimento desrespeitoso que recebeu como violência obstétrica, o que permite concluir que a informação repassada pelo projeto foi absorvida de maneira eficiente, de modo que se configura como um primeiro passo para a luta contra essa assistência desumanizada dispensada às gestantes.

Por derradeiro, reconheceu-se por meio dos relatos das gestantes que, apesar de a elaboração do plano de parto possibilitar o acesso às informações de cunho técnico das quais não se tinha conhecimento pelas gestantes, tal ferramenta por si só não é capaz de proteger a gestante por completo de sofrer violência obstétrica, bem como de ter sua autonomia respeitada no ambiente hospitalar devido ao seu caráter estrutural.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Vitor. Notas sobre a autonomia da gestante e os requisitos de validade dos planos de parto no direito brasileiro. In: CASTRO, Thamís Dalsenter Viveiros de (org.). **Violência Obstétrica em Debate**: diálogos interdisciplinares. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019. p. 171-184.

ANDREZZO, Halana Faria de Aguiar. **O desafio do direito à autonomia uma experiência de Plano de Parto no SUS**. Dissertação de Mestrado da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2016. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/5c3d/e624020aa215e17db7359f5d89e57337186d.pdf>. Acesso em: 20 de ago. 2021.

BERNADES, Camila Fernandes Santos et al. **O DIREITO FUNDAMENTAL DE ACESSO À INFORMAÇÃO: Uma análise sob a ótica do princípio da transparência**. 2015.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Aprova o código de ética médica. **Diário Oficial da União**. Brasília; 24 set 2009. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>. Acesso em: 27 de set. 2021.

BRASIL. Constituição (1988). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 04 out. 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 27 set. 2021.

BRASIL. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 12 set. 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8078compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078compilado.htm). Acesso em: 27 set. 2021.

BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 11 jan. 2002. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/l10406compilada.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406compilada.htm). Acesso em 25 de set. 2021.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Recurso Especial 1540580 DF 2015/0155174-9**. Recorrente: Dimas Pereira e Abrahão, Lindalva Gonçalves Abrahão e Tiago Barboza Abrahão. Recorrido: Sociedade Beneficente de Senhoras Hospital Sírio Libanês. Relatora: Ministro Lázaro Guimarães, 02 de agosto de 2018. Disponível em: <https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/621592003/recurso-especial-resp-1540580-df-2015-0155174-9/inteiro-teor-621592011>. Acesso em: 27 de set. 2021.

CABRAL, Hideliza Lacerda Tinoco Boechat. **Consentimento informado no exercício da medicina e tutela dos direitos existenciais**: uma visão interdisciplinar direito e medicina. 2. Ed. Curitiba – PR: Appris Editora, 2018. 155 p.

CANELA, Guilherme; NASCIMENTO, Solano. **ACESSO A INFORMAÇÃO E CONTROLE SOCIAL DAS POLÍTICAS PÚBLICAS**. Brasília, DF: Andi, 2009.

CEDAW - **Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher**, Comitê para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, 1979. Disponível em [https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/convencao\\_cedaw.pdf](https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/convencao_cedaw.pdf). Acesso em 25 ago. 2021.

CIDH - COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Convenção Belém do Pará**, Jun. 1994. Disponível em <http://www.cidh.org/basicos/portugues/m.belem.do.para.htm>. Acesso em 25 ago.2021.

CORRÊA, Adriana Espíndola. **Consentimento livre e esclarecido: O corpo objeto de relações jurídicas**. Florianópolis: Conceito Editorial, 2010.

DE SOUZA, Anália Oliveira, et al. **As produções de materiais audiovisuais como um método de enfrentamento a violência obstétrica**. Belo Horizonte: Conhecimento editora. 2021.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & saúde coletiva**, v. 10, p. 627-637, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JQVbGPcVFfy8PdNkYgJ6ssQ/?lang=pt>. Acesso em: 15 ago. 2021

FATORELLI, Maíra. Mortalidade materna: precariedade e invisibilidade. In: CASTRO, Thamís Dalsenter Viveiros de (org.). **Violência Obstétrica em Debate: diálogos interdisciplinares**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019. p. 41-60.

FERNANDES, Bruna da Silva et al. **O plano de parto como meio de efetivação do direito à informação da gestante**. Belo Horizonte: Conhecimento editora. 2021.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**. Tradução de Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO; SESC – Serviço Social do Comércio. **Pesquisa “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado”**. São Paulo: 2010. Disponível em: <http://fpadados.fpabramo.org.br/>. Acesso em: 10 jul. 2021.

GAMA, Silvana Granado Nogueira da, et al. **Avanços e desafios da assistência ao parto e nascimento no SUS: o papel da Rede Cegonha**. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Zb4zdRNNnK6kKb9wTFsGdTC/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em 20 de Ago. 2021.

GONÇALVES, Regiane Priscilla Monteiro. **A violência obstétrica no Brasil: uma análise sobre o prisma dos direitos fundamentais**. 2020. (Tese) Doutorado. Programa de Mestrado em Direito (*stricto sensu*) da Faculdade de Ciências Humanas,



Sociais e da Saúde da Universidade FUMEC. Disponível em: [https://repositorio.fumec.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/854/Regiane\\_priscilla\\_mes\\_dir\\_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.fumec.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/854/Regiane_priscilla_mes_dir_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em 23 de jul. 2021.

HIRSCH, Olivia; MENDONÇA, Sara. Violência Obstétrica: um novo termo que engloba novas e velhas demandas. In: CASTRO, Thamis Dalsenter Viveiros de (org.). **Violência Obstétrica em Debate**: diálogos interdisciplinares. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019. p. 73-90.

MABTUM, Matheus Massaro; MARCHETTO, Patrícia Borba. **O debate bioético e jurídico sobre as diretivas antecipadas de vontade**. [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015. ISBN 978-85-7983-660-2. *E-book*.

MARTINS, C. et al. Humanização do parto e nascimento: pela gestão de formas de vida das quais possamos ser protagonistas. In: **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humanização do parto e nascimento**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, v. 4, p. 10-18 2014. Disponível em: [https://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno\\_humanizasus\\_v4\\_humanizacao\\_parto.pdf](https://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf). Acesso em 25 de jul. 2021.

MENDEL, Toby. **LIBERDADE DE INFORMAÇÃO: UM ESTUDO DE DIREITO COMPARADO**. Unesco, 2009.

MOURA, Adriana Borges Ferro; LIMA, Maria da Glória Soares Barbosa. A Reinvenção da Roda: Roda de Conversa, um instrumento metodológico possível. **Interfaces da Educação**, v. 5, n. 15, p. 24-35, 2015. Disponível em: <https://periodicosonline.uems.br/index.php/interfaces/article/view/448>. Acesso em: 26 de ago. 2021.

NEWTON, Paulla Christianne da Costa. Os corpos femininos e suas mutilações: a negação da tutela protetiva às mulheres e suas dores. In: FERRAZ, Carolina Valença (coord.). **Manual Jurídico Feminista**. Belo Horizonte, Mg: Casa do Direito, 2019. p. 319-343.

NIY, Denise, et al. Violência Obstétrica nos estudos brasileiros sobre assistência ao parto: definições em construção. In: CASTRO, Thamis Dalsenter Viveiros de (org.). **Violência Obstétrica em Debate**: diálogos interdisciplinares. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019. p. 91-125.

PAES, Fabiana Dal'Mas Rocha. Violência Obstétrica como Violação aos Direitos Humanos das Mulheres. In: PINTO, Alessandra Caligiuri Cabresi (org.). **Direito das mulheres**: igualdade, perspectivas e soluções. São Paulo: Almedina, 2020. Cap. 9. p. 159-172.

PARTO DO PRINCÍPIO, REDE. Violência obstétrica: “parirás com dor”. **DOSSIÊ ELABORADO PELA REDE PARTO DO PRINCÍPIO PARA A CPMI DA VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES**. Brasília, 2012.

PEREIRA, Ana Paula F. de Lemos; DA SILVA, Gláucia Nascimento. A informação como forma de combate à violência obstétrica na relação médico-paciente e os impactos na seara da responsabilidade civil. In: CASTRO, Thamis Dalsenter Viveiros de (org.). **Violência Obstétrica em Debate**: diálogos interdisciplinares. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019. p. 157-169.

RODRIGUES, Milene Silva. **Humanização no processo de parto e nascimento: implicações do plano de parto**. Dissertação de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, 2017.

ROHDE, Ana Maria Basso. **A Outra Dor do Parto: Género, relações de poder e violência obstétrica na assistência hospitalar ao parto**. Dissertação de Mestrado da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade de Nova Lisboa. 2016. Disponível: <https://run.unl.pt/handle/10362/20395>. Acesso em: 21 de out.2021.

SACRAMENTO, Emanuele N. de O., et al. **A concepção jurídica do plano de parto à luz do princípio bioético da autonomia**. 2021a.

SACRAMENTO, Emanuele N. de Oliveira, et al. **A extensão universitária como ferramenta de combate à violência obstétrica**. Belo Horizonte: Conhecimento editora. 2021b.

SAFFIOTI, Heleieth. **Gênero Patriarcado Violência**. São Paulo: Expressão Popular: Fundação Perseu Abramo, 2015. 158 p.

SANTOS, Ana Clara Fonseca. **A estratégia do plano de parto na saúde da família no município de Camaçari, Bahia**. 2020. 66 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, Centro de Formação em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Sul da Bahia, Teixeira de Freitas/Ba, 2020.

Disponível em:

<https://sig.ufsb.edu.br/sigaa/verArquivo?idArquivo=468972&key=0e2936cb99941d93832e49dcd7062fd1>. Acesso em: 28 jun. 2021.

SAUAIA, Artenira da Silva e Silva; SERRA, Maiane Cibele de Mesquita. UMA DOR ALÉM DO PARTO: violência obstétrica em foco. **Revista de Direitos Humanos e Efetividade**. Brasília, v. 2, n. 1, p. 128-147, Jan/Jun. 2016.

SILVA, Artenira da Silva e; SERRA, Maiane Cibele de Mesquita. Violência obstétrica no Brasil: um enfoque a partir dos acórdãos do STF e STJ. **Revista Quaestio Iuris**, v. 10, n. 4, p. 2430-2457, 2017. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/quaestioiuris/article/view/28458/21893>. Acesso em: 23 jul. 2021.

STANCIOLI, Brunello Souza. **Relação Jurídica Médico-Paciente**. 2. ed. Belo Horizonte, Mg: Del Rey, 2020. 140 p. *E-book*.

SUÁREZ-CORTÉS, María *et al.* Use and influence of Delivery and Birth Plans in the humanizing delivery process. In: **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.L.], v. 23, n. 3, p. 520-526, 3 jul. 2015. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n3/pt\\_0104-1169-rlae-0067-2583.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n3/pt_0104-1169-rlae-0067-2583.pdf). Acesso em: 28 jul. 2021

TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado; LEAL, Livia Teixeira. O dever de informação na

relação médico-gestante como forma de garantia da autonomia existencial no parto. In: CASTRO, Thamis Dalsenter Viveiros de (org.). **Violência Obstétrica em Debate: diálogos interdisciplinares**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019. p. 157-169.

TESSER, Charles Dalcanale et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 35, p. 1-12, 2015. Disponível em:  
<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1013>. Acesso em: 22 de ago. 2021

VIEIRA, Maria Ofélia Lobo Lopes de et al. **O plano de parto na prática do cuidar especializado**. 2012. Tese de Doutorado. [sn]. Disponível em:  
<https://run.unl.pt/bitstream/10362/20395/1/A%20Outra%20Dor%20do%20Parto%20-%20Disserta%c3%a7%c3%a3o%20de%20Mestrado%20-%20Ana%20Rohde.pdf>  
Acesso em 12 mar. 2021.

**APÊNDICE A - PERGUNTAS REALIZADAS NA ENTREVISTA**

- 1) Qual foi a sua motivação para elaborar o plano de parto?
- 2) Como foi sua experiência com o uso do plano de parto?
- 3) Em comparação ao seu parto anterior, sem a utilização do plano de parto, você percebeu alguma diferença?
- 4) As informações que você teve na elaboração do plano de parto junto ao projeto foram informações que já teve em algum momento na assistência à gestação?