

O USO DO PLANO INDIVIDUAL DE PARTO COMO INIBIDOR DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA ANÁLISE DO DUALISMO “FORÇA OBRIGATÓRIA CONTRATUAL” *VERSUS* “INOBRIGATORIEDADE JURÍDICO-POSITIVA”

Jósney de Andrade Pacífico¹
Alessandro Timbó Nilo²

Resumo

O presente artigo conceitua e caracteriza a violência obstétrica à luz do ordenamento jurídico pátrio, levando em consideração os princípios jurídicos e de ética biomédica, e as publicações da Organização Mundial de Saúde e do Conselho Federal de Medicina acerca do tema. Exemplifica os casos de violência obstétrica, através do Dossiê Parirás com Dor e de pesquisa social produzida pela Fundação Perseu Abramo, enfocando três condutas: a episiotomia, o “ponto do marido” e a realização de procedimentos cirúrgicos sem aplicação de anestesia. Além disso, apresenta o Plano Individual de Parto como um contrato legítimo, eficaz na inibição dos atos de violência obstétrica, bem como a possibilidade de seu descumprimento, tendo em vista a inexistência de uma lei federal que assegure à mulher brasileira o direito de usá-lo, e ao médico, o dever de segui-lo.

Palavras-Chave: Violência obstétrica; plano individual de parto; prevenção quaternária; força obrigatória contratual, Direito Positivo.

THE USE OF THE INDIVIDUAL CHILD PLAN AS AN INHIBITOR OF OBSTETRIC VIOLENCE: AN ANALYSIS OF THE “CONTRACTUAL MANDATORY FORCE” DUALISM VERSUS “LEGAL-POSITIVE INNOVATION”

Abstract

This article conceptualizes and characterizes obstetric violence in the light of the national legal system, taking into account the legal principles and biomedical ethics, and the publications of the World Health Organization and the Federal Council of Medicine on the subject. It exemplifies the cases of obstetric violence, through the Dossier Parirás com Dor and social research produced by the Perseu Abramo Foundation, focusing on three approaches: episiotomy, the “point of the husband” and the performance of surgical procedures without the application of anesthesia. In addition, it presents the Individual Childbirth Plan as a legitimate contract, effective in inhibiting acts of obstetric violence, as well as the possibility of its non-compliance, in view of the inexistence of a federal law that guarantees the right of Brazilian women to use it, and the doctor, the duty to follow it.

Keywords: Obstetric violence; individual birth plan; quaternary prevention; mandatory contractual force, Positive Law.

¹ Bacharelada em Direito, Universidade Católica do Salvador; josney.pacifico@ucsal.edu.br ;

² Especialista em Direito Médico, Universidade Católica do Salvador; alessandro.nilo@pro.ucsal.br ;

1 INTRODUÇÃO

Relatos de Violência Obstétrica (VO) são objeto de denúncia nos estados brasileiros, apresentando um alto índice de ocorrências, como intervenções cirúrgicas desnecessárias, pressão psicológica e até abusos sexuais. Diante das angústias do enfrentamento ao desconhecido, da ausência de tipificação específica na legislação federal brasileira e na tentativa de inibir as temidas ações violentas por parte da equipe de saúde, algumas gestantes buscam no Plano Individual de Parto (PIP) uma alternativa estratégica de proteção. Contudo, apesar de estar arrolado em posição de prioridade número um pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o PIP ainda é pouco conhecido no Brasil.

Trata-se de um documento juridicamente caracterizado como contrato e, em razão disso exerce força obrigatória contratual entre paciente e médico. Nele, a gestante, já avaliada pelo médico, estabelecerá detalhadamente como ela quer que ocorra o trabalho de parto, o parto e o pós-parto dentro dos limites saudáveis, qual tipo de assistência deseja receber, bem como quais procedimentos permite que sejam realizados, a fim de exercer autonomia e protagonismo sobre o seu próprio corpo e o momento do nascimento de seu filho.

Todavia, uma contraposição se delinea: médico e paciente tornam-se acordados em um contrato legítimo, porém ainda não há norma federal positivada no Brasil que, pela coerção exercida pela lei, obrigue a equipe de saúde a seguir o PIP, e isso permite que, através de justificativa por escrito no momento do nascimento, o médico adote um caminho oposto àquele estabelecido pela mãe ou mesmo induza ela à desistência de suas escolhas. De uma forma ou de outra, ele estará livre para aceitar o contrato durante o pré-natal por mera conveniência e, na iminência do parto, buscar alternativas para não cumpri-lo.

Na ausência de legislação específica e diante dos reiterados casos de violência obstétrica, surge a necessidade de compreender esse fenômeno e utilizar-se de mecanismos que limitem a atuação profissional, proporcionando mais segurança ao parto e à parturiente. Neste sentido, o PIP tem se mostrado eficaz.

Diante disso, busca-se compreender o exercício do direito em discussão na perspectiva da autonomia de vontade da paciente, e o consentimento livre e esclarecido, levando em consideração o privilégio terapêutico e a prevenção quaternária. O entendimento é balizado pelos princípios jurídicos e de ética biomédica, as publicações da OMS e do Conselho Federal de Medicina (CFM) acerca do tema, bem como os institutos jurídicos que se revelam nesta convergência.

2 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL E O PLANO INDIVIDUAL DE PARTO COMO INSTRUMENTO EFICAZ DE PREVENÇÃO QUATERNÁRIA

O preâmbulo da Declaração Prevenção e Eliminação de Abusos, Desrespeito e Maus-Tratos Durante o Parto em Instituições de Saúde, publicada em 2014 pela OMS admite a existência, bem como a necessidade de solução para o problema da violência obstétrica. Segundo o documento, “tal tratamento não apenas viola os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso, mas também ameaça o direito à vida, à saúde, à integridade física e à não-discriminação.” (OMS, 2014, p.1)

Na contramão das recomendações da OMS, o Brasil conta com expressivos índices de intervenções cirúrgicas desnecessárias, que chegam a causar iatrogenia – quando a ação médica gera lesão ao paciente. Dessa forma, faz-se necessária a prática da prevenção quaternária, conceituada por Souza e Pileggi-Castro como um conjunto de condutas que visam “identificar pessoas que estejam sob risco de hipermedicalização e reduzir as intervenções desnecessárias ou excessivas a fim de minimizar as iatrogenias”, partindo do princípio de “primeiro não lesar”. (SOUZA e PILEGGI-CASTRO, 2014, p.12)

2.1 Análise Histórica e Legal Acerca do Parto e da Violência Obstétrica

O médico, compreendido como figura divina de resolução das mazelas tem esta imagem constituída desde os primórdios da humanidade, à partir da crença de que as dores de parto são um castigo divino e de vigência eterna. O livro sagrado cristão discorre que a penalidade estabelecida pelo Senhor Deus à mulher por tê-lo desobedecido e comido o fruto da Árvore do Bem e do Mal, e posteriormente corrompido o homem, será dar à luz aos filhos com intensas dores de parto, punição esta que se estendeu a todas as humanas da Terra. (BACELLAR, 1847, p.5; DINIZ, 1996 *apud* SILVA, 2018, p.1031; BÍBLIA, p.5)

Com o surgimento da ciência médica, através de emblemáticas figuras históricas como o egípcio Imhotep e o grego Hipócrates, da anestesia e dos partos cesáreos, fomentou-se a ideia de que o médico é um ser dotado de um conhecimento único e iluminado, capaz de solucionar as piores dores e detentor da palavra final para a cura ou a morte. (CATÃO, 2011, p. 52 e 53)

A dissertação apresentada por Bacellar à Faculdade de Medicina da Bahia, em 1845, demonstra as raízes da cultura de exaltação ao obstetra quando refere-se honrosamente ao ofício como uma “manifestação terrena das decisões do Supremo Criador”. O autor combate proposições da época que incentivavam o aborto caso a mulher tivesse a bacia estreita e propõe

que, nestes casos, é melhor realizar uma cesariana, apesar de mostrar-se resistente a esta modalidade de parto e dizer que ela só deve ser realizada nos casos em que houver real necessidade. (BACELLAR, 1847, p.11)

Apesar de a ideia de abortar nos casos em que a bacia é estreita parecer incoerente, na atualidade muitas mães são "convencidas" de realizar o parto cesáreo mediante a mesma justificativa. Em 2013, o documentário brasileiro O Renascimento do Parto, discutia junto a cientistas, ativistas, profissionais da saúde e mães a indução precoce ao parto cesáreo, sua marcação baseando-se nos exames da gestante e na agenda do médico, e ressaltando os danos que isso causa ao bebê ao longo de toda a sua vida. Além de apontar a vulnerabilidade da mulher diante da VO. (PAULA e CHAUVET, 2013)

Baseado em conceitos modernos de epidemiologia, o autor e cirurgião Michel Odent defende a tese de que a forma como o nascimento acontece influenciará na maneira como o ser humano que está nascendo lidará ao longo de toda a sua vida com desafios que vão desde a amamentação até a baixa imunidade a determinadas doenças às quais ele poderá estar exposto durante a fase adulta, apenas por não ter vivido o parto da forma que a natureza rege. (LEÃO E LANSKY, 2008, p.13)

Michel Odent demonstra que os hormônios liberados durante o trabalho de parto são essenciais para o bom desenvolvimento da criança e influenciará em toda a sua vida. Dessa forma, pode-se inferir que proteger o nascimento e a abordagem que será adotada em relação a ele não se limita apenas em poupar a mãe de sofrer violência obstétrica, mas também resguardar o direito à saúde do bebê, numa perspectiva de vida futura, abrangendo todo o seu desenvolvimento após nascer. (PAULA e CHAUVET, 2013, n.1)

A tese de Bacellar e o documentário “O Renascimento do Parto”, apesar de produzidos em momentos históricos diferentes – sendo o primeiro em 1845 e o último em 2013 – combatem, no Brasil, a atualmente denominada “indústria do parto cesáreo”. (PAULA e CHAUVET, 2013, n.1)

A OMS admite que a cesárea é uma intervenção efetiva para salvar a vida de mães e bebês mas deve ser realizada apenas quando necessária, tendo em vista que as complicações da cirurgia mal assistida poderá causar complicações significativas para a mãe e o bebê, por vezes permanentes, como sequelas ou morte:

Nos últimos 30 anos, a comunidade internacional de saúde tem considerado que a taxa ideal de cesáreas seria entre 10% e 15% de todos os partos. [...] Não existe justificativa para qualquer região do mundo ter uma taxa de cesárea maior do que 10-15% [do total de partos]. [...] Porém não existem evidências de que fazer cesáreas em mulheres ou bebês que não necessitem dessa cirurgia

traga benefícios. Assim como qualquer cirurgia, uma cesárea acarreta riscos imediatos e a longo prazo. Esses riscos podem se estender muitos anos depois de o parto ter ocorrido e afetar a saúde da mulher e do seu filho, podendo também comprometer futuras gestações. (WHO, 1985, p.1)

Superior ao limite de 15%, o Brasil já esteve arrolado em segundo lugar no ranking de países com o maior índice de cesáreas no mundo, segundo a OMS, chegando a 55%. Este dado motivou o Ministério Público Federal (MPF) a mover ação civil pública contra a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a qual foi julgada procedente. Dentre as determinações da sentença, destaca-se: “estabelecer que a remuneração dos honorários profissionais a serem pagos pelas operadoras ao parto normal de, no mínimo, o triplo do valor atribuído à cesariana”. (BRASIL, 2015.)

O documentário nacional “O Renascimento do Parto” expõe a ideia de que a escolha entre parto natural ou cesáreo está muito mais relacionada à tentativa de diminuir o sofrimento. Quanto a isso, DINIZ *apud* DINIZ descreve:

[...] apesar da crença dominante na preferência pela cesárea, o que as mulheres querem é ficar livres de maus-tratos, de abandono, de negligência, de solidão, de ataques à sua integridade física e sexual. Enquanto o parto chamado “normal” for assistido de forma tão agressiva e privada de direitos, a cesárea aparecerá como alternativa menos aflitiva, dolorosa e abandonada. Será uma escolha entre o ruim e o pior, e por isso a busca de tantas mulheres pelo setor privado. Como dizem os movimentos sociais: “Chega de parto violento para vender cesárea”. (DINIZ, 2014 *apud* DINIZ, 2012, p.219)

Entretanto, segundo o Dossiê Parirás Com Dor, os atos de VO ocorrem rotineiramente e em todos os ambientes de saúde, compreendendo hospitais públicos e privados, e partos realizados pelo SUS, por plano de saúde ou particular. Neste sentido, apenas a classe social filtra a natureza do risco ao qual a mulher se expõe:

No caso brasileiro, a questão da episiotomia é marcadamente um problema de classe social e de raça: enquanto as mulheres brancas e de classe média que contam com o setor privado da saúde, em sua maioria serão "cortadas por cima" na epidemia de cesárea, as mulheres que dependem do SUS (mais de dois terços delas) serão "cortadas por baixo", passarão pelo parto vaginal com episiotomia. (BRASÍLIA, 2012, p.89)

Uma pesquisa comparativa entre os anos 2001 e 2010, realizada pela Fundação Perseu Abramo em parceria com o SESC, demonstrou que 25% das mulheres entrevistadas afirmaram ter sofrido violência obstétrica e dentre as experiências narradas, as reclamações mais frequentes estavam relacionadas a tratamentos como: realização do exame de toque de forma dolorosa (10%), desídia em alívio das dores (10%), gritos com a parturiente (9%), o profissional

não informou sobre os procedimentos que estavam realizando (9%), se negou a atender (8%), xingamento e/ou humilhação (7%) e condutas como empurrão, bater na paciente, amarrá-la ou assediar sexualmente (1%). (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010, p.173)

Expondo dados brasileiros da última década, o mencionado Dossiê Parirás Com Dor investiga denúncias de mulheres registrando relatos de violência obstétrica. Apesar de a pesquisa e o dossiê terem sido realizados em duas décadas diferentes, os sofrimentos relatados são os mesmos e percebe-se um crescimento no índice de queixas. (BRASÍLIA, 2012, p.9)

O Dossiê Parirás Com Dor explora detalhadamente o relato de mulheres de todo o Brasil que sofreram violência obstétrica e fundamenta, através de publicações da OMS e de estudos científicos, que as práticas comuns aos médicos nos casos de violência obstétrica são completamente desnecessárias, abusivas e causam traumas físicos e psíquicos nas mulheres. Das condutas investigadas, pode-se destacar três como exemplo: a episiotomia de rotina, o "ponto do marido" e o uso de anestesia. (BRASÍLIA, 2012, p. 80, 82 e 86)

A episiotomia de rotina contraria os preceitos da Medicina Baseada em Evidências (MBE) e é contraindicada pela OMS desde 1980 por ser prejudicial para a mãe e não oferecer nenhum benefício para o bebê. Segundo Diniz, episiotomias deveriam acontecer em, no máximo, 15% dos partos, porém o Dossiê Parirás Com Dor estima que, no Brasil, este procedimento é realizado em 94% dos casos. Sendo, em razão da frequência dos eventos, caracterizada como mutilação vaginal e violência de gênero. (BRASÍLIA, 2012, p. 80, 81 e 88)

Segundo a investigação, três alegações são comumente utilizadas pelos médicos para viabilizar a realização deste procedimento no parto natural, quais sejam: se a mulher não fizer a episiotomia sofrerá lacerações naturais graves no parto; devem realizá-la a fim de prevenir incontinência urinária e fecal na mulher no pós-parto; e a mulher que não aceita episiotomia fica "toda rasgada e relaxada". (BRASÍLIA, 2012, p.82)

Contudo, nenhuma destas alegações possui fundamentação científica e a realidade é diametralmente oposta: segundo o dossiê, a episiotomia poderá provocar e agravar problemas com incontinência, e o períneo, por sua vez, tem plena capacidade natural de contribuir com o parto sem sofrer nenhuma lesão, desde que a fisiologia da mulher seja respeitada:

Quando a mulher dá à luz por via vaginal, pode permanecer com o períneo íntegro. Isto é, se o parto for fisiológico, se o ritmo natural da mulher for respeitado e se ela não receber drogas, na maioria das vezes ela terá, após o parto, o períneo íntegro, sem qualquer tipo de lesão. (BRASÍLIA, 2012, p.81)

Algumas mulheres relatam ter sofrido cortes que chegaram até ao clitóris. Além disso, na expressa maioria dos casos, a intervenção é realizada sem sequer avisar a mulher e alguns

são disfarçadamente avisados como uma "massagem perineal", quando na verdade realiza-se a incisão. As mulheres investigadas que se opuseram ao procedimento, ouviram como resposta dos obstetras frases como: "quem manda aqui sou eu". (BRASÍLIA, 2012, p.83)

O processo de recuperação da episiotomia é doloroso, demorado e há um grande risco de infecção. Algumas mulheres relatam só ter conseguido levantar da cama após vinte dias, outras demoraram cinco meses para retornarem à vida sexual. Segundo o dossiê, quando retornam ao serviço de saúde com a cicatriz da episiotomia infeccionada, as mulheres ouvem comentários como "você não sabe nem se limpar direito", culpando a mulher pelo resultado de uma técnica que é contraindicada e foi realizada sem a permissão dela. Observa-se uma violação em série, de natureza física, sexual e psicológica. (BRASÍLIA, 2012, p.83, 84 e 87)

O ponto do marido é o oposto da episiotomia, porém podem ser realizados em conjunto. Trata-se de um ponto a mais, fechando o canal vaginal, a fim de proporcionar ao parceiro da parturiente prazer sexual nas futuras relações. Não obstante o machismo impregnado na motivação deste procedimento, ainda expõe a mulher a elevado risco de infecção, dores nas futuras relações e até impossibilidade de penetração, sendo necessária correção cirúrgica. (BRASÍLIA, 2012, p.85 e 88)

Uma terceira conduta de violência obstétrica exposta pelo Dossiê Parirás Com Dor diz respeito à anestesia, uma vez que as mulheres são submetidas aos dois procedimentos supracitados sem uso de anestesia ou sem sua aplicação adequada. Isso significa submeter a parturiente a um corte e sutura, em uma área extremamente sensível, como é a região pélvica sem a devida proteção à dor, causando traumas físicos e psicológicos nas pacientes. Tais eventos são narrados na investigação como momentos em que as mulheres gritam e gemem de dor, e o apontam como sendo o mais doloroso momento do parto. (BRASÍLIA, 2012, p.86 e 89)

Dessa forma, percebe-se pelos três exemplos destacados que nenhuma das condutas mencionadas possui qualquer fundamentação científica para acontecer, a OMS e a MBE reprovam tais ações, os direitos da parturiente estão sendo violados e, especialmente, o quanto a ela encontra-se vulnerável diante destas situações.

2.2 O Embate Doutrinário no Brasil entre o Ministério Público Federal e o Ministério da Saúde Acerca da Tipificação Penal da Violência Obstétrica

Os índices de violência obstétrica no Brasil apontam para uma necessidade de proteção jurídica às mulheres gestantes e seus bebês, contudo ainda existem embates doutrinários que

vão desde a resistência de aceitação do termo “violência obstétrica” até a caracterização do crime e das medidas adotadas diante de sua ocorrência.

Na ausência de uma lei federal que tipifique e estabeleça penalidades para as formas de violência obstétrica, pode-se compreender tais atos com violação a direitos constitucionais de proteção à vida, saúde, integridade física e tortura, bem como crime de lesão corporal. Entretanto, alguns estados brasileiros são pioneiros em legislar acerca do tema. O Mato Grosso do Sul, por exemplo, através da Lei Estadual nº 5217 de 26/06/2018, conceitua a violência obstétrica como “todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, por um familiar ou acompanhante que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período puerpério.” (Estado do Mato Grosso do Sul, 2018, art. 2ª)

Na legislação supramencionada pode-se perceber quais são os possíveis agentes (o médico, os demais profissionais, um familiar ou acompanhante), a forma da ofensa (verbal ou física) e o lapso temporal no qual ocorre (gestação, trabalho de parto ou puerpério), permitindo a identificação do cenário no qual este tipo de violência acontece. Em seu artigo 3º, a lei irá descrever uma série de condutas que caracterizam VO, dos quais pode-se destacar:

[...] tratar a gestante ou a parturiente de forma agressiva, não empática, grosseira, zombeteira, ou de qualquer outra forma que a faça se sentir mal pelo tratamento recebido; fazer graça ou recriminar a parturiente por qualquer comportamento como gritar, chorar, ter medo, vergonha ou dúvidas; [...] tratar a mulher de forma inferior, dando-lhe comandos e nomes infantilizados e diminutivos, tratando-a como incapaz; [...] fazer a gestante ou a parturiente acreditar que precisa de uma cesariana quando esta não se faz necessária, utilizando de riscos imaginários ou hipotéticos não comprovados e sem a devida explicação dos riscos que alcançam ela e o bebê; [...] impedir que a mulher seja acompanhada por alguém de sua preferência durante todo o trabalho de parto; [...] submeter a mulher a procedimentos dolorosos, desnecessários ou humilhantes, como lavagem intestinal, raspagem de pelos pubianos, posição ginecológica com portas abertas, exame de toque por mais de um profissional; [...] deixar de aplicar anestesia na parturiente quando esta assim o requerer; [...] proceder a episiotomia quando esta não é realmente imprescindível; [...] fazer qualquer procedimento sem, previamente, pedir permissão ou explicar, com palavras simples, a necessidade do que está sendo oferecido ou recomendado; [...]. (artigo 3º, Lei Estadual do Mato Grosso do Sul nº 5.217/18)

O Brasil se opõe à recomendação da OMS em dois momentos: o Ministério da Saúde não admite a existência da violência obstétrica, e no Rio de Janeiro, médicos são proibidos de aceitar o Plano Individual de Parto.

Segundo a Declaração “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde” publicada pela OMS em 2014, “os abusos, os maus-tratos, a negligência e o desrespeito durante o parto equivalem a uma violação [...] de direitos humanos adotados internacionalmente”, porém o Ministério da Saúde (MS) decidiu, em 03 de

maio de 2019, pela “impropriedade da expressão violência obstétrica no atendimento à mulher, pois acredita-se que, tanto o profissional de saúde quanto os de outras áreas, não tem a intencionalidade de prejudicar ou causar dano”. (WHO, 2014, p.2; BRASIL, 2019, item 7)

O MPF pronunciou-se na Recomendação nº29/2019 em relação à postura resistente do Ministério da Saúde expondo o bem jurídico tutelado – vida e saúde das pessoas, bem como as declarações da OMS e os diversos casos brasileiros de denúncia reunidos no Inquérito Civil nº 1.34.001.007752/2013-81 que tramita perante o MPF em São Paulo. (BRASIL, 2019)

Para o MPF, a interpretação do MS está distorcida e equivocada, no sentido que, para caracterizar violência, não se deve avaliar a intenção do agente, mas sim o “uso intencional da força ou poder”, conforme conceitua a OMS:

Que no documento ora questionado, consta que "o posicionamento oficial do Ministério da Saúde é que o termo "violência obstétrica" tem conotação inadequada, [...] não agrega valor e, portanto, estratégias têm sido fortalecidas para a abolição do seu uso com foco na ética e na produção de cuidados em saúde qualificada. Ratifica-se, assim, o compromisso de as normativas deste Ministério pautarem-se nessa orientação." [...] Que a interpretação conferida pelo Ministério da Saúde ao conceito de "violência" trazido pela Organização Mundial de Saúde, restringindo-o à intenção deliberada de causar dano por parte do profissional, é ainda inconsistente do ponto de vista técnico-jurídico, vez que ignora a existência do dolo eventual como parte da intencionalidade dolosa da conduta para efeitos de qualificação do ilícito; (BRASIL, Recomendação nº 29/2019, MPF, p.4)

Em resposta, o MPF recomenda ao MS que esclareça por meio de nota que o termo “violência obstétrica” já é consagrado cientificamente e na sociedade civil, que se abstenha de impedir seu uso e adote ações voltadas a coibir os atos de violência obstétrica, bem como as ações positivas recomendadas pela OMS. (BRASIL, 2019, p. 9)

2.3 Princípios jurídicos e de ética biomédica relacionados ao parto

O protagonismo da relação “médico-paciente” experimentou uma evolução histórica, sendo os agentes atualmente apresentados nas produções científicas em lados opostos: “paciente-médico”, destacando, assim, a correspondência à primazia da saúde humana, bem como a autonomia conferida ao receptor. (NILO, 2019, p. 28)

Nesta relação, alguns princípios jurídicos e de ética biomédica se destacam, quais sejam:

- a) o princípio da dignidade humana, assegurado pelo Art. 1º, III, da Constituição Federal de 1988, o qual correlaciona-se interpretativamente com o Art. 5º, III, do mesmo diploma, no que se refere à vedação a tortura e a tratamento desumano ou

degradante, tendo em vista que a prática de violência obstétrica enquadra-se na descrição do referido artigo (BRASIL, 1988);

- b) o princípalismo defendido por Beauchamp e Childress, especialmente no que se refere aos princípios da autonomia de vontade do paciente, que preza pelo respeito à decisão e à opinião da paciente, e o da beneficência médica, que visa minimizar a iatrogenia e executar a prevenção quaternária (ROQUÉ-SANCHEZ e MACPHERSON, 2013, p. 194 e 195);
- c) o Conselho Federal de Medicina prevê, ainda, no Art.5º da Resolução CFM nº 1.995/2012, a atuação dos Comitês de Bioética na decisão de conflitos morais nos casos em que não houver consentimento entre os representantes ou não for conhecida qual a vontade do paciente. (CFM-BRASIL, 2012)

Em se tratando de tomadas de decisão, o supramencionado Princípio da Autonomia esclarece que a mulher deve realizar suas próprias escolhas, que a resolução conceitua como diretiva antecipada de vontade:

[...] o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade. (CFM-BRASIL, 2012)

Relaciona-se à diretiva antecipada de vontade o consentimento livre e esclarecido, entendido pela Recomendação CFM nº 1/2016 como a decisão tomada “após a necessária informação e explicações, sob a responsabilidade do médico, a respeito dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos que lhe são indicados”. (CFM-BRASIL, 2016)

Contudo, a parturiente pode sinalizar, no PIP, quem será consultado se for necessária uma tomada de decisão cujo assunto não foi tratado ali, podendo estabelecer para isso alguém de sua confiança, que só será ignorado caso contrarie os preceitos do Código de Ética Médica ou qualquer diretiva antecipada de vontade do paciente da qual o médico tenha sido informado, conforme preceitua o Art. 2º, §1º e §3º, da Resolução CFM nº 1.995/2012. (CFM-BRASIL, 2012)

Não havendo qualquer contradição ou iminência de morte, o Código de Ética Médica em seus artigos 24 e 31 veda ao profissional impedir ou desrespeitar a autonomia de vontade do paciente, estendendo-se às decisões de seu representante legal. Todavia, algumas decisões, pelo seu caráter emergente onde não é possível obter o consentimento do paciente ou de seu representante, poderão ser deliberadas

livremente pelo médico no momento do atendimento, tendo em vista o privilégio terapêutico, o qual estabelece exceções ao direito de informar, nas situações em que tais informações puderem causar danos ao paciente. (CFM-BRASIL, 2010)

Esta postura é criticada por alguns autores, que a consideram uma forma de manipulação. Para estes casos, o Código de Ética Médica vincula ao profissional a obrigação de comunicar a informação ao seu representante legal. (CFM-BRASIL, 2016; MIZIARA, 2013, p. 315)

2.4 Aspectos Legais do Plano Individual de Parto

Diante do temor provocado pelos índices de VO, algumas mulheres com acesso à informação têm descoberto no Plano Individual de Parto um recurso de proteção ao parto digno, seguro e tranquilo. Contudo, algumas são impedidas de usá-lo por falta de lei que o assegure ou por norma de Conselho Estadual de Medicina que o proíba, como é o caso do Rio de Janeiro, que proíbe que os médicos aceitem o PIP.

O Estado de São Paulo é pioneiro no Brasil em positivar uma norma jurídica assegurando a imperatividade do plano de parto. Uma vez estabelecido, só poderá ser contrariado em casos justificáveis conforme a Lei Estadual nº 15.759, de 25 de março de 2015:

Artigo. 4º - Diagnosticada a gravidez, a gestante terá direito à elaboração de um Plano Individual de Parto, no qual deverão ser indicados: I - o estabelecimento onde será prestada a assistência pré-natal, nos termos da lei; II - a equipe responsável pela assistência pré-natal; III - o estabelecimento hospitalar onde o parto será preferencialmente efetuado; IV - a equipe responsável, no plantão, pelo parto; V - as rotinas e procedimentos eletivos de assistência ao parto pelos quais a gestante fizer opção. [...] Artigo. 9º - As disposições de vontade constantes do Plano Individual de Parto só poderão ser contrariadas quando assim o exigirem a segurança do parto ou a saúde da mãe ou do recém-nascido. (SÃO PAULO, 2015)

Há trinta e cinco anos a OMS publicou na Revista “*The Lancet*” uma série de recomendações para o parto. No documento, intitulado “*Appropriate Technology for Birth*”, a Organização cita uma série de recomendações para o parto, bem como o desincentivo de práticas prejudiciais ou ineficientes. Dentre as condutas recomendadas, a primeira e citada como prioridade, é o incentivo à elaboração do Plano Individual de Parto. (WHO, 1985, p.436)

A construção do PIP é personalíssima, fruto do diálogo entre gestante e médico, visando formular a melhor condução do pré-parto, parto e pós-parto:

“O plano de parto é um documento, de caráter legal, escrito pelas mulheres grávidas após receberem informações sobre a gravidez e o processo de parto, considerando seus valores e desejos pessoais, além das expectativas criadas sobre seu parto ao longo da gravidez. O plano de parto é o eixo da relação clínica estabelecida entre as mulheres grávidas e o/a profissional e pode servir para orientar a atenção de saúde prestada ao longo de todo o processo. O primeiro modelo de plano de parto foi elaborado por Sheila Kitzinger, em 1980, nos Estados Unidos, e defendia que o parto é um processo fisiológico [...] que não pode ser encarado como patológico e medicalizado, como tinha acontecido ao longo dos anos devido à inclusão do parto no ambiente hospitalar.” (SANTOS *et al*, 2019, p.2)

No Brasil, o modelo mais completo e explícito de PIP é adotado pelo Hospital Santa Casa de São José dos Campos, em São Paulo, disponível para o público no sítio eletrônico da instituição. Outras maternidades apresentam às gestantes um modelo padrão, porém a natureza flexível do documento apresentado não corresponde ao anseio de planejamento e acaba vinculando a mulher a um PIP que não estabelece diretrizes satisfatoriamente.

No modelo apresentado pelo Hospital Santa Casa, a gestante registra com opções de “sim” ou “não” a permissão para procedimentos específicos como contratação de doula, aplicação de ocitocina sintética para aceleração do parto, ingestão de alimento durante o parto, o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, a liberdade para movimentar-se durante o parto, as condições em que são permitidas a ruptura artificial da bolsa, a permissão para realização de episiotomia, a escolha pelo clampeamento tardio do cordão, tracionamento da placenta, a escolha por ter contato pele a pele imediatamente após o parto e a opção por esperar entrar em trabalho de parto antes de iniciar a cesárea. (GUIMARÃES, 2020, p. 1-5)

O Plano Individual de Parto supracitado foi construído com base nas Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, elaboradas pelo Ministério da Saúde e o Consenso de Cuidado com a Pele do Recém-Nascido, da Sociedade Brasileira de Pediatria. Ao finalizar, a gestante, o acompanhante e o médico escolhido para realizar parto assinam o Plano. Válido ressaltar que não foi identificado no modelo supracitado qualquer menção ao “ponto do marido”. Dessa forma, mostra-se ideal que a mulher aproveite o espaço em branco para sinalizar sua decisão neste sentido. (GUIMARÃES, 2020, p.5)

O Plano Individual de Parto impõe limites saudáveis na atuação profissional e, assim, demonstra ser um poderoso artifício inibidor das ações violentas, uma vez que sua natureza documental pressupõe a formação de prova para um possível processo judicial, e este poder coercitivo inerente à prova intimida o agressor.

3 PLANO INDIVIDUAL DE PARTO: FORÇA OBRIGATÓRIA CONTRATUAL VERSUS INOBRIGATORIEDADE JURÍDICO-POSITIVA

3.1 O reconhecimento do PIP como contrato legítimo

Segundo conceitua Flávio Tartuce em sua Teoria Geral dos Contratos, “o contrato nasce da conjunção de duas ou mais vontades coincidentes, sem prejuízos de outros elementos, o que consubstancia aquilo que se denomina autonomia privada”. O autor elenca, ainda, as fases que identificam a formação de um contrato, quais sejam: negociações preliminares, proposta, contrato preliminar e contrato definitivo. (TARTUCE, 2014, p.117)

Quanto às fases que caracterizam um contrato, o PIP é formulado consoante a doutrina de Tartuce, pois primeiramente é realizada a consulta com o médico escolhido identificando o estado de saúde da gestação (negociações preliminares); a mãe declara seu interesse em estabelecer seu PIP (proposta); diante da assertiva do profissional, expõe suas escolhas para cada fase (contrato preliminar) e; com a aceitação do obstetra, assinam em comum acordo o PIP (contrato definitivo). Assim sendo, celebra-se no Plano Individual de Parto um contrato e, com ele, o princípio *pacta sunt servanda*, que exerce nos celebrantes a força obrigatória dos contratos. (TARTUCE, 2014, p.117)

À partir dessa premissa, pode-se compreender o Plano Individual de Parto como um legítimo contrato, uma vez que atende todas as características e fases de uma elaboração contratual.

3.2 A inobrigatoriedade justificada pela ausência de norma positiva

No âmbito jurídico, há um conceito basilar acerca das leis: aquilo que não é norma jurídica positivada, não exerce poder de obrigatoriedade sobre o agente. Sendo assim, se não há uma lei que determine ao médico seguir o PIP, não há punibilidade que o coaja a obedecê-lo, como também não há norma que o obrigue a aceitar sua elaboração. Abre-se a possibilidade para a ação livre e ilimitada da equipe de saúde, favorecendo as práticas de violência obstétrica, uma vez que ela estará livre dos limites expressamente demonstrados no PIP. (JORGE JUNIOR, 2013, p.1)

Apesar de a OMS recomendar o uso do PIP como prioridade, a ausência de norma jurídica positivada no Brasil permite que os conselhos regionais de Medicina deliberem autonomamente acerca do assunto. Este conflito resta demonstrado no Brasil, uma vez que o

Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro publicou uma resolução no Diário Oficial do Rio de Janeiro do dia 06 de agosto de 2020 proibindo o médico de aceitar "quaisquer documentos, dentre eles o plano de parto ou similares, que restrinjam a autonomia médica na adoção de medidas de salvaguarda do bem-estar e da saúde para o binômio materno-fetal". (DINI, 2019, p.1)

3.3 As possibilidades de não cumprimento do PIP e suas implicações jurídicas

A Resolução CFM nº 1.995/2012 destaca que os médicos, em sua maioria, atenderiam às vontades antecipadas do paciente, se estas forem sinalizadas, apontando um índice positivo de 90% de aceitação. Se o médico age em conformidade com o Plano de Parto, “deve registrar no prontuário as diretivas antecipadas de vontade que lhes foram diretamente comunicadas pelo paciente”, conforme esclarece o Art. 2º, §4º da Resolução CFM nº 1.995/2012. Há duas hipóteses nas quais o PIP elaborado e assinado não é atendido: quando não há possibilidade de segui-lo, e quando, durante o parto, ou nos últimos instantes anteriores a ele, o obstetra impõe resistência infundada. (CFM-BRASIL, 2012, p.3)

O primeiro caso, justifica-se por complicações fisiológicas que ameaçam a segurança da mulher ou do bebê, ou iminente perigo de morte, e por esta razão o médico decide agir de forma distinta do planejado, visando o bem estar e a manutenção da vida. Segundo o Art. 146, §3º, I, do Código Penal Brasileiro, exclui-se a tipicidade desta conduta. Um exemplo destes casos ocorre quando a mulher optou por parto natural, mas houveram complicações e, em razão delas, faz-se necessária uma cesárea de urgência. (BRASIL, 1940)

Contudo, se o obstetra convence a mulher usando de artifícios como medo, ameaça de falsos riscos, mentira ou assina o PIP e na hora do parto executa de forma distinta ao que foi acordado, esta conduta caracteriza-se como má fé contratual subjetiva, conforme o Art. 133, do Código Civil Brasileiro. (BRASIL, 2002)

Este segundo grupo merece atenção no sentido que tanto o Dossiê “Parirás com Dor” quanto o Documentário “O Renascimento do Parto” denunciam casos nos quais a gestante deixou claro se aceitava ou não um determinado procedimento e, no momento do parto, o médico agiu de forma completamente distinta, além de falar frases como “quem manda aqui sou eu”. Ademais, no documentário em análise, algumas mulheres chegaram a criar seu PIP, mas poucos momentos antes do parto, o médico – que o havia aceitado – falou que não o seguiria, deixando a mulher insegura quanto aos acontecimentos futuros e sem tempo hábil para

procurar outro profissional que respeitasse sua vontade. Além da frustração de não viver seu parto como gostaria, a mulher torna-se vulnerável a qualquer forma de violência obstétrica, pois o único domínio que ela tinha acabara de lhe ser retirado. (BRASÍLIA, 2012, p. 83; PAULA e CHAUVET, 2013)

A ausência de norma específica relacionada à obrigatoriedade de seguir o PIP permite a livre atuação do profissional, optando por recusá-lo. Contudo, diante dos flagrantes índices de violência obstétrica, faz-se necessário haver uma expectativa de punição para os casos em que o PIP, imotivadamente, não é seguido, a fim de que se respeite a autonomia da paciente e os direitos relacionados ao parto, bem como impedir que o PIP seja desincentivado ou cumprido apenas quando o profissional deliberar de sua própria vontade.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo o documentário “O Renascimento do Parto”, a "indústria do parto cesáreo" parte da premissa de que sempre há algo de errado na mulher, que atrapalha o corpo de parir sozinho e, por isso, faz-se necessária a intervenção médica. Relacionado a isso, nas rotinas hospitalares, ao decidir "entre o correto e o conveniente", os médicos acabam por realizar condutas compreendidas como violência obstétrica.

Nestas ocasiões, a inexistência de obrigatoriedade jurídico-positiva que assegure o cumprimento do PIP abre brechas para uma mera justificativa formal de impossibilidade de acatá-lo e isso, numa análise exponencial, pode levar à prática irrestrita de violência obstétrica, uma vez que o contrato estabelecido, que balizaria a atuação profissional, já terá sido superado.

Identifica-se no Plano Individual de Parto um forte aliado na proteção à autonomia da vontade da paciente e na garantia de que suas escolhas serão atendidas na medida do que for saudável para ela e o bebê. Demonstra a necessidade de maior conscientização das mulheres acerca dos seus direitos relacionados ao gestar e o parir, bem como ações do Estado relacionadas à proteção ao parto.

RELATÓRIO DE PLÁGIO

The screenshot displays the CopySpider Scholar interface. The main window shows a report for the document 'TCC - JÓSENE DE ANDRADE PACÍFICO.docx' (dated 27/11/2020). The interface includes a navigation bar with 'CopySpider Scholar' and 'Apoiar o CopySpider'. Below the navigation bar, there are buttons for 'Exportar relatório', 'Exportar relatório PDF', 'Visualizar', and 'Gerador de Referência Bibliográfica'. The main content area is divided into two sections: 'Documentos candidatos' and 'Arquivo encontrado'. The 'Documentos candidatos' section lists several sources with their respective similarity percentages: conjur.com.br/2019-n... [2,39%], politize.com.br/viol... [1,92%], senado.gov.br/comiss... [1,26%], minhavida.com.br/fam... [0,84%], blog.saude.gov.br/in... [0,5%], repositorio.unb.br/b... [0,46%], and scielo.org [0,26%]. The 'Arquivo encontrado' section lists the same sources with a 'Visualizar' button next to each. A table at the bottom of the interface shows the following data:

Nome do arquivo de entrada	Relatório	Tempo	Progre...	Chance	Status	Principal
D:\Gabriela Andrade\Desktop\TCC - JOSNEY DE ...	Anali...	05:27	100.0%	2,39%	Ok	✗

At the bottom of the interface, there is a notification banner that reads: 'Novo relatório PDF disponível para as licenças de Apoiador e Profissional a partir da versão 1.6.0.' The system tray at the bottom of the screen shows the time as 01:19 on 27/11/2020.

REFERÊNCIAS

BACELLAR, José Teixeira da Matta. **Dissertação sobre as operações sigaultiana e cesariana**. Tese apresentada e sustentada perante a faculdade de medicina da Bahia, 1845. p.9 Disponível em <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/25838> ; Acesso em 13 de novembro 2020

BÍBLIA. **Bíblia do Obreiro**. Versão Almeida Revista e Corrigida. São Paulo (SP); Sociedade Bíblica do Brasil, Editora CPAD; 2013; Gênesis 3:16. Acesso em 08 de agosto de 2020

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Código de ética médica**. Resolução nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Brasília, 2010; Disponível em <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf> Acesso em 11 de outubro de 2020

_____, Conselho Federal de Medicina. Recomendação nº 1, de 21 de janeiro de 2016. **Dispõe sobre o processo de obtenção de consentimento livre e esclarecido na assistência médica**. Disponível em https://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/1_2016.pdf ; Acesso em 19 de novembro de 2020

_____, Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.995/2012. Publicada no Diário Oficial da União de 31 de agosto de 2012, Seção I, p. 269-70. **Dispõe sobre as diretrizes antecipadas de vontade dos pacientes**. Disponível em <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995> ; Acesso em 19 de novembro de 2020.

_____, **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.html ; Acesso em 17 de setembro de 2020

_____, Decreto-Lei 2.848, de 7 de dezembro de 1940. **Código Penal Brasileiro**. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 31 dez. 1940. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.html ; Acesso em 13 outubro de 2020.

_____, **Diário Oficial de Campo Grande-MS**, quarta-feira, 27 de junho de 2018. Ano XL n. 9.684. Disponível em: https://www.spdo.ms.gov.br/diariodoe/Index/Download/DO9684_27_06_2018 ; Acesso em 19 de novembro de 2020

_____, Justiça Federal. **Ação Civil Pública nº 0017488-30.2010.4.03.6100; Seção Judiciária do Estado de São Paulo**. 24ª vara cível. Julgado em 30 de novembro de 2015. Disponível em: <https://www.jfsp.jus.br/documentos/administrativo/NUCS/decisooes/2015/2015-12-02-parto.pdf> ; Acesso em 25 de novembro de 2020

_____, Lei n. 10.406, de 10 de janeiro de 2002. **Código Civil Brasileiro**. Brasília, DF: Presidência da República, 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/L10406compilada.htm ; Acesso em

_____, Ministério Público Federal. **Recomendação nº 29/2019**. Autos nº 1.34.001.007752/2013-81. Inquérito Civil. São Paulo, 07 de maio de 2019; Disponível em: <https://migalhas.uol.com.br/arquivos/2019/5/art20190510-11.pdf>; Acesso em 7 de out. de 2020

BRASÍLIA, Senado Federal. **Dossiê Parirás com Dor**. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres, 2012 Disponível em <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>; Acesso em 11 de outubro de 2020

CATÃO, MO. **Genealogia do direito à saúde: uma reconstrução de saberes e práticas na modernidade**. Capítulo 2, A Medicina Contemporânea. SciELO Books. Campina Grande: EDUEPB, 2011. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/szgxv/pdf/catao-9788578791919-08.pdf>; Acesso em 19 de novembro de 2020

DA SILVA, Thayná Champe, *et al.* **As boas práticas de atenção ao parto e nascimento sob a ótica de enfermeiros**. Biblioteca Lascasas, 2016; 12. Disponível em: <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0886.php>; Acesso em 3 de dezembro de 2020

DINI, Aline. **Médicos são proibidos de aceitarem plano de parto no Rio de Janeiro**. Revista Crescer Online. 8 fev. 2019. Globo.com Disponível em <https://revistacrescer.globo.com/Gravidez/Parto/noticia/2019/02/medicos-sao-proibidos-de-aceitarem-plano-de-parto-no-rio-de-janeiro.html>; Acesso em 10 de outubro de 2020

DINIZ, Simone Grilo. **O renascimento do parto, e o que o SUS tem a ver com isso**. Botucatu, v. 18, n. 48, p. 217-220, 2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000100217&lng=en&nrm=iso; Acesso em 8 de novembro de 2020

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Pesquisa Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2010. Disponível em <https://www.sesc.com.br/mulheresbrasileiras/pesquisa.html>; Acesso em 05 de agosto de 2020

GUIMARÃES, João Paulo R. **Plano de parto**. Maternidade Santa Casa São José dos Campos. set. 2020. Disponível em <https://www.santacasasjc.com.br/wp-content/uploads/2020/09/Plano-de-Parto-Santa-Casa-Sao-Jose-dos-Campos.pdf>; Acesso em 10 de outubro de 2020

JORGE JUNIOR, Nelson. **Breve exame sobre a validade das normas jurídicas e sua implicação no sistema do direito positivo**. Publicado em 12/2013. Disponível em <https://jus.com.br/artigos/26049/breve-exame-sobre-a-validade-das-normas-juridicas-e-sua-implicacao-no-sistema-do-direito-positivo>; Acesso em 08 de agosto de 2020

LEAO, Miriam R.C.. LANSKY, Sonia. **Seminário BH pelo Parto Normal**. Belo Horizonte-MG, 15 de maio de 2007 Disponível em http://www.ibedess.org.br/imagens/biblioteca/556_Seminario%20BH%20parto%20normal.pdf; Acesso em 9 de novembro

MIZIARA, Ivan D.. **Ética para clínicos e cirurgiões: consentimento**. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo , v. 59, n. 4, p. 312-315, Aug. 2013. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/ramb/v59n4/v59n4a05.pdf> ; Acesso em

NILO, Alessandro Timbó. **A relação paciente-médico para além da perspectiva consumerista: uma proposta para o contrato de tratamento**. 2019. 167 f. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/30645/1/ALESSANDRO%20TIMB%c3%93%20NILO.pdf> ; Acesso em 05 de agosto de 2020

PAULA, E, CHAUVET, E. **O Renascimento do parto** [DVD]. Brasília: Master Brasil e Ritmo Filmes; 2013. (90 minutos); Acesso em 9 de agosto de 2020

ROQUÉ-SANCHEZ, María Victoria e MACPHERSON, Ignacio. **Análise da Ética de Princípios, 40 anos depois**. Revista Bioética, vol. 26, n.2, Brasília Abr./Jun. 2018. Disponível em https://www.scielo.br/pdf/bioet/v26n2/pt_1983-8042-bioet-26-02-0189.pdf ; Acesso em 02 de nov. 2020

SILVA, Bruno Sanches Mariante da. **A “maternidade moderna” e a medicalização do parto nas páginas do Boletim da Legião Brasileira de Assistência, 1945-1964**. Manguinhos, RJ, v.25, n.4, out.-dez. 2018, p.1019-1037. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v25n4/0104-5970-hcsm-25-04-1019.pdf> ; Acesso em 15 de novembro de 2020

SOUZA, João Paulo; PILEGGI-CASTRO, Cynthia. **Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quaternária**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 30, supl. 1, p. S11-S13, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300003&lng=en&nrm=iso ; Acesso em 15 de novembro de 2020

TARTUCE, Flávio. Direito civil, v. 3: **Teoria Geral dos Contratos e Contratos em Espécie**, 9ª. Ed. rev., atual. e ampl. – Rio de Janeiro : Forense – São Paulo : MÉTODO, 2014. ;

WHO, **Appropriate Technology For Birth**, The Lancet, v. 326, issue 8452, 1985. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(85\)92750-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(85)92750-3). Acesso em 18 de novembro de 2020

_____, **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. V.4, WHO/RHR/14.23. Declaração da OMS, 2014. Disponível em: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/pt/ ; Acesso em 17 de novembro de 2020