



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO NORTE FLUMINENSE DARCY RIBEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA POLÍTICA

Marianne Azevedo Bulhões

MOBILIZAÇÕES POLÍTICAS, ESTRATÉGIAS E CONFLITOS
NO PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO

Orientador: Prof. Dr. Mauro Macedo Campos

Campos dos Goytacazes, RJ

2022

**MOBILIZAÇÕES POLÍTICAS, ESTRATÉGIAS E CONFLITOS
NO PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO**

Marianne Azevedo Bulhões

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política, da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, como parte das exigências para obtenção do título de Doutora em Sociologia Política.

Orientador: Prof^o. Dr^o. Mauro Macedo Campos.

Campos dos Goytacazes, RJ

2022

FICHA CATALOGRÁFICA

UENF - Bibliotecas

Elaborada com os dados fornecidos pela autora.

B933 Bulhões, Marianne Azevedo.

"Mobilizações Políticas, Estratégias e Conflitos no Processo de Humanização do Parto" / Marianne Azevedo Bulhões. - Campos dos Goytacazes, RJ, 2022.

220 f.

Inclui bibliografia.

Tese (Doutorado em Sociologia Política) - Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Centro de Ciências do Homem, 2022.

Orientador: Mauro Macedo Campos.

1. Humanização do Parto. 2. Violência Obstétrica. 3. Saúde das Mulheres. 4. Mulheres na Política. 5. Políticas de Saúde. I. Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro. II. Título.

CDD - 320

**MOBILIZAÇÕES POLÍTICAS, ESTRATÉGIAS E CONFLITOS
NO PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO**

Marianne Azevedo Bulhões

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política, da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, como parte das exigências para obtenção do título de Doutora em Sociologia Política.

Aprovada em 28 de março de 2022

Comissão Examinadora

Prof. Dr. ^o Mauro Macedo Campos (Orientador)
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF/PPGSP)

Prof^a Dr.^a Érika Maria Parlato-Oliveira
Université de Paris (UFR Études Psychanalytiques)

Prof. Dr. ^o Carlos Abraão Moura Valpassos
Universidade Federal Fluminense (UFF/UENF/PPSP)

Prof^a Dr.^a Cristiane de Cássia Batista de Abreu
Faculdade de Medicina de Campos

Dr^a. Wania Amelia Belchior Mesquita
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF/PPGSP)

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, ao meu orientador, Mauro Campos, por toda dedicação, paciência e conversas importantíssimas em cada etapa desta pesquisa. Certamente, o resultado do trabalho traz um esforço compartilhado, por isso, meu agradecimento especial.

Às professoras e professores que participaram de bancas onde os estudos prévios foram apresentados, contribuindo na trajetória da pesquisa e em seu desfecho. Agradeço a todas e todos pelo carinho e por aceitarem aos convites com dedicação, em especial, a Erika Parlato, Carlos Abraão, Cristiane Abreu e Wania Mesquita.

À CAPES por investir e financiar esta pesquisa.

Às professoras e professores do PPGSP, que participaram da minha formação e colaboraram com o estudo.

À UENF por me acolher novamente, desta vez, com um Bandeirão fruto de longa mobilização estudantil.

Às trabalhadoras e trabalhadores da UENF por manterem a universidade viva.

Às mulheres com as quais pude aprender nesta caminhada em campo, muito obrigada.

À minha família, Graça e Fernanda, por todo apoio, principalmente, durante os últimos anos de escrita da tese em meio à pandemia.

Às amigas e amigos de longa caminhada, pela parceria e amor de sempre, por crescermos juntas. Agradecimento especial à Elizangela, Pedro, Luciana, Layla, Júlia, Diego, David, Raissa e Caroline.

Aos amigos e amores, Eduardo, Thaiz e Samir, obrigada pelo feito incrível de despejarem leveza sobre os duros tempos de pandemia. Ao Luciano, por todo carinho, amor e parceria, por criar caminhos para deixar a vida mais leve.

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|-----|
| Quadro 1: Conjunto de normas do Ministério da Saúde voltadas à assistência ao parto: 1988-2019 | 43 |
| Quadro 2: Normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) voltadas à assistência ao parto (1988-2019) | 47 |
| Quadro 3: Leis aprovadas pelo Congresso Nacional voltadas à assistência ao parto: 1988-2019 | 52 |
| Quadro 4: Proposições Legislativas apresentadas ao Congresso Nacional voltadas à assistência ao parto (1988-2019)..... | 54 |
| Quadro 5: Leis aprovadas pelas Assembleias Legislativas e Câmara Distrital voltadas à assistência ao parto (1988-2019)..... | 55 |
| Quadro 6: Proposições legislativas apresentadas às Assembleias Estaduais voltadas às políticas de parto (1988-2019) | 59 |
| Quadro 7: Normas do Conselho Federal de Medicina (CFM) voltadas à assistência ao parto (1988-2019)..... | 64 |
| Quadro 8: Normas do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) voltadas à assistência ao parto (1988-2019)..... | 70 |
| Quadro 9: Oitivas da CPI do Hospital da Mulher..... | 158 |
| Quadro 10: Responsabilidades atribuídas aos gestores | 183 |
| Quadro 11: Recomendações da CPI do Hospital da Mulher na ALERJ | 185 |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|-----|
| Figura 1: Comparação entre composição da ALERJ a partir das eleições de 2014 e 2018 | 86 |
| Figura 2: Representação esquemática do modelo de cuidados durante o parto da OMS | 103 |

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| INTRODUÇÃO | 10 |
| A mulher na medicina..... | 11 |
| O desenho da pesquisa | 13 |
| Onde está a autora? | 15 |
| CAPÍTULO I..... | 16 |
| TRAJETÓRIAS PERCORRIDAS NA PESQUISA..... | 16 |
| I.1. Movimento pela Humanização do Parto no Brasil | 19 |
| I.1.1. Aspectos históricos do termo “Violência Obstétrica” | 25 |
| I.2. Conhecendo <i>ciberespaços</i> sobre Humanização do Parto | 33 |
| I.3. Pesquisa documental: o arcabouço normativo..... | 35 |
| I.4. Etnografia de eventos: o debate em espaços políticos de deliberação..... | 37 |
| CAPÍTULO II..... | 41 |
| DIREITOS DAS GESTANTES: LEGISLAÇÕES, NORMAS E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE..... | 41 |
| II.1. Ministério da Saúde e Agência Nacional de Saúde Suplementar | 42 |
| II.2. O tema e a agenda no Legislativo: Congresso Nacional, Assembleias Estaduais e Câmara Distrital..... | 52 |
| II.3. Conselho Federal de Medicina e Conselho Federal de Enfermagem | 63 |
| CAPÍTULO III..... | 72 |
| PARTO HUMANIZADO NA AGENDA POLÍTICA: DAS AUDIÊNCIAS PÚBLICAS AO PLENÁRIO LEGISLATIVO | 72 |
| III.1. Primeiro Evento: Comemoração ao Dia da Doula..... | 74 |
| III.1.1 - Homenagem à doula Fadyinha | 75 |
| III.2. – Votações do Projeto de Lei “Toda Mulher Merece uma Doula” | 80 |
| III.2.1 – A Primeira Votação do Projeto de Lei | 82 |
| III.2.2 – Segunda votação: uma nova legislatura..... | 86 |
| III.2.2.1. Mobilização nos gabinetes pré-votação | 88 |
| III.2.2.2. Debatendo e votando o PL nº 4274/2018 | 89 |
| III.3. – Audiência Pública: CUMPRA-SE Lei do Parto Humanizado.... | 98 |

| | |
|--|-----|
| III.3.1. Posicionamento das instituições no debate público: discursos dos representantes..... | 100 |
| III.4. Percepções sobre a arena de debates..... | 144 |
| CAPÍTULO IV | 150 |
| CPI DO HOSPITAL DA MULHER DE CABO FRIO (RJ): MORTALIDADE NEONATAL E ASSISTÊNCIA À GESTANTE | 150 |
| IV.1 Inserção na CPI do Hospital da Mulher | 150 |
| IV.2 Antecedentes..... | 151 |
| IV.3 Sobre as reuniões da CPI da ALERJ | 153 |
| IV.4 Sobre a investigação..... | 154 |
| IV.4.1. Visita técnica da CPI ao Hospital da Mulher de Cabo Frio | 154 |
| IV. 4.2. Sobre a Interdição Ética do CREMERJ ao HMCF..... | 155 |
| IV.4.3. Depoimentos e oitivas analisados pela CPI da ALERJ | 157 |
| IV.5 Sobre as Audiências Públicas convocadas pela CPI da ALERJ | 173 |
| IV.5.1. Audiência Pública na OAB de Cabo Frio | 173 |
| IV.5.2. Audiência pública sobre violência obstétrica na ALERJ..... | 176 |
| IV.6 Conclusões da investigação no Relatório Final da CPI..... | 180 |
| IV.7 Recomendações da CPI..... | 184 |
| V. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 193 |
| VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 198 |

RESUMO

O estudo tem como objetivo compreender as mobilizações políticas de mulheres organizadas pela humanização da assistência ao parto junto ao poder público. O desenvolvimento da pesquisa se deu em três etapas principais. A primeira, considerada como pesquisa exploratória, debruçou-se sobre a análise da circulação *online* de informações em grupos e comunidades *virtuais* voltadas para a humanização do parto (análise de *ciberespaços*); a segunda incidiu sobre legislações e demais normas publicadas entre 1988 e 2019 por órgãos públicos que orientam a assistência à saúde das mulheres gestantes (pesquisa documental); e a terceira sobre debates ocorridos em espaços de deliberação política, como audiências públicas, votações de projetos de leis e reuniões de CPs (a partir da adoção da etnografia de eventos). A atuação das organizações de mulheres mantém temas relacionados aos direitos das gestantes presentes na agenda política em diferentes arenas deliberativas no país, como Câmaras Municipais, Assembleias Legislativas, Congresso Nacional e Ministério da Saúde. Alguns conflitos fazem parte deste processo, envolvendo, principalmente, conselhos de classe que representam profissionais de medicina e enfermagem, sindicatos, associações de doulas, movimentos sociais e ONGs, além da atuação de instituições de justiça, quando as controvérsias são judicializadas, como Defensorias Públicas, OAB, Ministério Público e Tribunais, o que demonstra a pluralidade de atores e interesses que envolvem a discussão. Observou-se que os conflitos, em geral, ocorrem pelo fato de que tais mudanças podem produzir implicações nos papéis sociais pré-estabelecidos na interação médico-paciente.

Palavras-chave: Humanização do Parto; Violência Obstétrica; Saúde das Mulheres; Mulheres na Política; Políticas de Saúde.

ABSTRACT

The study aims to understand the political mobilizations of organized women for the humanization of childbirth care together with the public authorities. The research development took place in three main stages. The first, considered exploratory research, focused on the online information currency analysis in groups and virtual communities centered on the humanization of childbirth (cyberspace analysis); the second approaching the legislation and other norms published between 1988 and 2019 by public institutions driving healthcare for pregnant women (documentary research); and the third on debates in political deliberation spaces, such as public hearings, voting on bills and meetings of "CPIs", i.e. parliamentary commission of inquiry (from the ethnography of events). The work of women's organizations keeps issues related to pregnant women's rights present on the political agenda in different deliberative arenas in the country, such as City Councils, Legislative Assemblies, the National Congress, and the Ministry of Health. Some conflicts are part of this process, mainly involving class councils representing medicine and nursing professionals, unions, "doula" (birth assistant) associations, social movements, and NGOs, in addition to the justice institutions work, in which disputes are brought to court, such as Public Defenders, "OAB" (Bar Association or Bar Council in English-speaking countries), Public Ministry and Courts, which demonstrates the actors' plurality and interests involved in the discussion. It was observed that conflicts, in general, occur because such changes can produce implications in pre-established social roles in the doctor-patient interaction.

Keywords: Childbirth Humanization; Obstetric Violence; Women's Health; Women in Politics; Health policies.

INTRODUÇÃO

Ao longo das últimas três décadas construiu-se um conjunto de direitos e políticas públicas voltadas para a assistência à saúde da mulher gestante no Brasil. Parte dessa construção decorre de debates internacionais relacionados aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres enquanto direitos humanos, de onde emergem preocupações relacionadas às taxas de mortalidade materna e neonatal, taxas de prematuridade, de cirurgias cesarianas. Além da discussão relacionada a maus tratos e violência institucional, denominada como violência obstétrica, que leva a discussões correlatas, envolvendo a interseccionalidade entre gênero, raça e classe.

No Brasil, o debate a respeito desses temas concentra-se sob a bandeira da Humanização do Parto, como uma proposta de modelo de atenção à saúde da mulher gestante em contraposição ao chamado modelo médico tecnocrático, que seria “caracterizado pela primazia da tecnologia sobre as relações humanas” (DINIZ, 2005). Esta disputa traduziu-se como um modelo de atenção de incentivo ao parto normal, contra outro modelo defensor da cirurgia cesariana. Porém envolve uma complexidade de elementos para além dessa binariedade.

Como apontado por Diniz (2005), o termo Humanização do Parto encontra sentidos variados, onde cada um “explicita uma *reivindicação de legitimidade* do discurso”, que entram em divergências e convergências. A partir do estudo dos discursos e práticas entre profissionais e usuárias em duas maternidades consideradas humanizadas no início dos anos 2000, a autora categorizou algumas das interpretações encontradas entre suas interlocutoras para o termo: a) Humanização como *legitimidade científica*; b) Humanização como *legitimidade política* da reivindicação e defesa dos direitos das mulheres (das crianças, e famílias); c) Humanização referida ao resultado da tecnologia adequada na saúde da população (*legitimidade epidemiológica* ou de saúde pública); d) Humanização como *legitimidade profissional e corporativa*; e) Humanização referida à *legitimidade financeira* dos modelos de assistência, da racionalidade no uso dos recursos; f) Humanização referida à *legitimidade da participação da parturiente nas decisões sobre sua saúde* (relação entre profissional e paciente); g) Humanização como direito ao *alívio da dor* (DINIZ, 2005, p. 633).

A mulher na medicina

A história da produção de conhecimento sobre o corpo da mulher é marcada por representações de fragilidade e inferioridade, em comparação aos homens. Para além das doutrinas religiosas acerca do feminino, o discurso médico-científico contribuiu para a legitimação do imaginário ocidental sobre as mulheres e seus papéis sociais (MARTINS, 2004). Ao atrelar sua condição social à condição orgânica reprodutiva, a medicalização do corpo feminino ditou condutas de ordem moral às mulheres, incidindo como agentes de controle social (VIEIRA, 1999).

No chamado processo da modernidade, as ciências biológicas e a medicina construíram uma autoridade especializada na produção de conhecimento sobre as populações, em um contexto de preocupação com o progresso das nações. A racionalidade e a busca da verdade se estabeleciam e se traduziam no desenvolvimento dos estudos anatômicos, das medições dos corpos e estatísticas populacionais. A figura do médico como consultor do Estado e das famílias se fortaleceu a partir de discursos de intervenção para a resolução de doenças e epidemias que assolavam as populações (MARTINS, 2004).

Um conceito que ganhou força na Europa direcionava às preocupações em relação ao desenvolvimento saudável dos povos para o elemento da hereditariedade, a partir do “*Tratado das degenerescências físicas, intelectuais e morais da espécie humana e das causas que produzem essas variedades doentias*”, publicado em 1857 pelo alemão Benedict-Augustin Morel (1809-1873). Por meio da hereditariedade, desvios considerados doentios de ordem física, intelectual ou moral seriam transmitidos aos descendentes, somando-se a cada geração, o que possibilitaria um ciclo progressivo de transmissibilidade e degeneração da espécie humana. Entre as propostas de Morel (1857) está a necessidade de identificar e classificar as causas das degenerescências, para assim formular regras de profilaxia, higiene e tratamento.

No Brasil, a produção médico-científica a partir do final do século XIX apostava na urgência de trazer elementos de uma medicina preventiva, de caráter eugênico¹ ou higiênico para o dia a dia das instituições e da população com o

¹ Eugenia é considerada um movimento científico, político e social. A palavra *eugenia* foi “inventada pelo cientista britânico Francis Galton em 1883 o grego *eugen-s* (‘bem nascido’) para representar as possíveis aplicações sociais do conhecimento da hereditariedade para obter-se uma desejada ‘melhor reprodução’. Outros definiram a eugenia como um movimento pelo ‘aprimoramento’ da raça

objetivo de possibilitar esperanças no desenvolvimento do país. Entre controvérsias e consensos relacionados ao papel da miscigenação para um processo de degeneração do povo brasileiro, os médicos encontraram nas ideias higienistas ou eugênicas de prevenção uma possibilidade para a construção de uma população formada por homens fortes.

Nesse contexto, a função reprodutiva das mulheres apresenta-se como ponto de atenção na implementação de estratégias para uma educação higiênica ou eugênica. Enquanto os médicos adquiriram um crescente papel político e se apresentavam enquanto especialistas em mulheres, campanhas e propagandas estimulavam a higiene familiar. Um processo que construiu a figura do médico da família, capaz de penetrar no cotidiano familiar e orientar cuidados e condutas com o corpo da mulher e das crianças (COSTA, 1999).

As especializações da obstetrícia e da ginecologia buscaram nesse cenário legitimações para sua atuação junto às mulheres no processo da gravidez e do parto, um lugar tradicionalmente reservado às mulheres das famílias e das comunidades, encontrado, por exemplo, no ofício das parteiras. O desenvolvimento dos estudos anatômicos, os manuais elaborados por médicos europeus sobre o corpo da mulher, as técnicas de medição e os instrumentos de intervenção criados para auxiliar partos complicados, produziram discursos de enaltecimento ao poder dos médicos. Na disputa estabelecida, os médicos tornavam-se detentores de saber e racionalidade capazes de enfrentar as dificuldades impostas pela natureza conturbada das mulheres, enquanto a atuação das parteiras passava por um processo de deslegitimação (MARTINS, 2004).

No Brasil, a institucionalização da medicina seguiu caminho parecido, o que incluiu mudanças nas legislações, ocorridas em um período que médicos se organizavam a partir da Faculdade de Medicina, da Academia Imperial de Medicina e de revistas especializadas. As parteiras foram desqualificadas e passaram a uma posição subalterna sendo treinadas e submetidas à autoridade médica (PIMENTA, 2004).

Às mulheres estava reservado o papel da reprodução, limitadas ao ambiente da vida privada. A educação feminina quando pautada, estava relacionada à

humana, vale dizer, pela preservação da 'pureza' de determinados grupos" (STEPAN, 2005). No Brasil, as palavras eugenia e higiene, no início do século XX, foram costumeiramente utilizadas como sinônimas pela produção médico-científica.

educação higiênica para os cuidados com a família e a casa. Como aponta Martins (2004), não existem mães da medicina da mulher, como existem pais.

As mulheres nos bancos das faculdades de medicina, assim como, ocupando caldeiras de gestão e política são experiências recentes no curso da história. A organização social das mulheres nas últimas décadas ao emplacar mudanças relacionadas à representatividade nos espaços de poder reservado aos homens, constrói um caminho de exigências por direitos associados aos próprios corpos. No campo da saúde estão em disputas questões vinculadas à saúde mental e física, entre elas, as que englobam a saúde sexual e reprodutiva, envolvendo acesso a métodos contraceptivos, ao aborto seguro e à assistência à gestação e parto.

O desenho da pesquisa

Com o objetivo de compreender as mobilizações políticas de mulheres organizadas pela humanização da assistência ao parto junto ao poder público, desde a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), e o papel que desempenham no debate público sobre os direitos das mulheres gestantes, esta pesquisa buscou adentrar cenários que fossem capazes de apresentar perspectivas para análise do panorama da construção das políticas de saúde voltadas para as mulheres.

O caminho proposto para o desenvolvimento da pesquisa partiu de três etapas principais, apresentando, primeiramente, o teor de uma pesquisa exploratória, a partir da análise de *ciberespaços*, que teve como finalidade identificar a circulação *online* de informações em grupos e comunidades virtuais voltadas para a humanização do parto.

Em seguida, tem-se as abordagens de uma pesquisa documental, que incidiu sobre legislações e demais normas publicadas entre 1988 e 2019 por órgãos públicos que orientam a assistência à saúde das mulheres gestantes nas esferas estaduais e federais. A busca foi realizada junto aos endereços eletrônicos do Ministério da Saúde, Congresso Nacional, Assembleias Estaduais, Conselhos Federais e Regionais de Medicina e Enfermagem, com o objetivo de fazer um levantamento do conjunto de normas e políticas públicas em saúde, e dos direitos previstos às mulheres gestantes

Já a terceira etapa da pesquisa valeu-se de trabalho etnográfico em eventos públicos acompanhando uma das estratégias de ativistas pela humanização do parto em atuar em espaços de deliberações políticas, entre eles os parlamentos, o que permitiu observar uma diversidade de personagens e instituições envolvidas com o tema em interação e o processo de tomadas de decisões nessa arena decisória.

Alguns conflitos fazem parte desse processo, abarcando, principalmente, conselhos de classe que representam profissionais de medicina e enfermagem, associações de doulas², movimentos sociais e ONGs, além da atuação de instituições de justiça, como Defensorias Públicas, Ordem de Advogados do Brasil (OAB), Ministério Público e Tribunais de Justiça, quando as controvérsias são judicializadas.

O estudo aqui apresentado partiu de uma perspectiva de que organizações compostas majoritariamente por mulheres têm incentivado o debate público sobre a noção de humanização do parto nas últimas décadas. E, desta forma, mantêm temas relacionados aos direitos das mulheres gestantes em pauta em espaços de decisão política, não sem oposição, sobretudo, por parte de setores do campo médico, considerados conservadores.

A tese foi desenhada em quatro capítulos. No primeiro capítulo são apresentadas as principais motivações para a realização do estudo, assim como, aspectos históricos do Movimento pela Humanização do Parto e do conceito “Violência Obstétrica”. Em seguida, as escolhas metodológicas utilizadas durante a pesquisa, propondo contar o caminho percorrido pelo estudo. O segundo capítulo traz resultados da pesquisa documental sobre as normas publicadas entre 1988 e 2019 relacionadas ao tema, buscando indicar características dos textos analisados e contextos de suas publicações. O terceiro capítulo discorre sobre os eventos públicos analisados na Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro (ALERJ), onde estiveram pautadas legislações relacionadas à Humanização do Parto, entre eles, audiências públicas e votações de projetos de lei, os quais mobilizaram a

² As doulas são profissionais que atuam no cenário do parto com objetivo de levar conforto e apoio às parturientes. Não são responsáveis por “fazer o parto”. Palavra de origem grega, carrega o significado de “a mulher que serve”. Mas a atuação delas junto às grávidas costuma anteceder o parto, preparando mulheres e casais com informações durante a gestação e também no pós-parto. Com formações variadas encontramos durante o percurso da pesquisa doulas psicólogas, professoras, fisioterapeutas, advogadas, enfermeiras, educadoras perinatais e terapeutas ocupacionais. Suas associações têm protagonizado mobilizações pela humanização do parto na última década, juntamente a outras categorias profissionais e usuárias dos sistemas de saúde.

participação de grupos de interesse nos temas em debate. Por fim, o quarto capítulo, focou no desenrolar da CPI, executada entre março e outubro de 2019 na ALERJ, que investigou a alta ocorrência de morte neonatal em um hospital do estado do Rio de Janeiro, após manifestações de mulheres e familiares em luto ganharem visibilidade e repercussão midiática.

O que se tem abaixo é uma espécie de “somatório” do que se pesquisou nesses anos, com os sentimentos e aflições acionados, em uma conjuntura nada favorável, seja para as pesquisas em ciências humanas, no jogo de interesses jogado na transição para o atual governo, seja para mobilizações políticas por direitos, onde os espaços de reivindicações ficaram mais estreitos.

Onde está a autora?

A autora não queria aparecer. Eu não queria aparecer. É possível que tenha conseguido durante a maior parte da escrita. Os documentos, legislações, quadros apontam o bruto da pesquisa, as informações secas coletadas durante horas incontáveis e invisíveis. De longe, a parte mais fácil da pesquisa, quando me sentia explorando as páginas, os *sites*, as redes, garimpando, organizando.

Quando esta etapa chegava ao fim, após quase dois anos de pesquisa, antes de ir à campo, engravidei. Depois do susto de saber da criança vindo, o susto de perdê-la. O horror de tê-la sem vida dentro de mim, sob o diagnóstico de aborto retido. O embrião parou de desenvolver, mas meu útero o manteve.

Eu tentei não aparecer, pois assim, seria menos difícil seguir a escrita. Mas, de alguma forma, não achava honesto com a leitora ou leitor deixar oculto o fato de que grande parte da pesquisa foi realizada após a experiência de uma perda gestacional e das violências que interpreto ter sofrido quando procurei por assistência hospitalar. Dito isto, a autora está por aqui. Por vezes, camuflada. Por vezes, exposta.

CAPÍTULO I

TRAJETÓRIAS PERCORRIDAS NA PESQUISA

A construção das perguntas desta tese começou a se desenhar a partir de 2015, ano que concluí o mestrado em História das Ciências e da Saúde pela Casa de Oswaldo Cruz (COC/FIOCRUZ). Neste período estive em contato com disciplinas e estudos que buscavam desvendar trajetórias das ciências biomédicas e demais práticas terapêuticas utilizadas pelas populações brasileiras ao longo da história, debruçando-se ainda sobre a história das doenças, políticas, instituições e sistemas de saúde.

Até esse momento, havia me dedicado a pesquisas relacionadas ao sistema manicomial, reflexões relacionadas a processos de medicalização da *loucura*, discursos e práticas da medicina nesse campo, à noção de poder-saber médico (FOUCAULT, 1979), a questões que relacionam diagnósticos e estigmas (GOFFMAN, 2010; ROSENBERG, 2002), a teorias que disputavam raça como elemento de degeneração no campo da psiquiatria brasileira (SCHWARZ, 1993; HOCHMANN & LIMA, 2006; CAPONI, 2012), e às construções do movimento antimanicomial e Reforma Psiquiátrica (LUCHMANN & RODRIGUES, 2007; AMARANTE, 2009).

O tema dos direitos à saúde das mulheres gestantes passou a chamar minha atenção quando mulheres do meu convívio³ engravidaram e compartilharam suas experiências sobre as assistências aos pré-natais, partos e pós-partos, narrando vivências em comum. Essas conversas informais trouxeram relatos de experiências das mulheres em interações com o mundo médico, as descrições das consultas⁴, exames, internações e partos, expressando insatisfações recorrentes. E o termo violência obstétrica passou a aparecer. Não questionei a expressão violência obstétrica quando a ouvi, não questionei se as experiências expostas como violência eram ou não violências, assumi que se elas entendiam terem sofrido violência, elas

³ À época, estudantes ou recém-formadas em universidades públicas, na faixa etária entre 20 e 30 anos.

⁴ Sobre interação entre profissionais e pacientes em consulta médica como *drama social*, ver FERREIRA (2011).

havia sofrido. E a palavra obstétrica apenas qualificava o ato violento ao contexto da assistência à gestação e parto. A mim soou como autoexplicativo.

Das experiências que ouvia, a expressão referia-se a situações consideradas abusivas em diferentes etapas do ciclo gravídico, incluindo em casos de assistência ao abortamento, nos serviços públicos e privados. Sobre a assistência privada, as insatisfações relatadas, informalmente, referiam-se a negativas de médicos em realizar partos normais, condicionando as escolhas das mulheres. Assim como, a ocorrências de diagnósticos forjados durante o pré-natal, para forçar a indicação de cesariana, sem chance de recusa das mulheres. Já os relatos de violência em partos normais na rede privada eram marcados pela realização de episiotomia⁵ por conveniência.

Sobre a assistência pública, essas mulheres contaram da sensação de abandono durante o trabalho de parto ou abortamento, devido à ausência de profissionais, tanto da enfermagem, quanto da medicina nas enfermarias. Sendo comum relatos de mulheres em trabalho de parto sozinhas por horas, dando assistência umas às outras. Relatos também de proibição de acompanhante durante o parto; procedimentos, como episiotomias e manobra de Kristeller realizados sem comunicação; limitação de posições das mulheres durante o parto, e, ainda, problemas relacionados à assistência à amamentação durante o pós-parto.

Esses exemplos narrados, informalmente, em conversas entre mulheres são utilizados aqui apenas como testemunho das motivações que me despertaram para o tema dos direitos das mulheres no contexto do parto e gestação. Ouvir relatos parecidos de mulheres espectros tão diferentes, embora da mesma faixa etária, expondo sofrimentos relacionados à assistência que receberam durante o ciclo gravídico, acendeu em mim um alerta e dúvidas sobre quais direitos as mulheres possuem no contexto da assistência à gestação e quais estariam sendo negligenciados.

Tais relatos, anteriores à pesquisa de doutorado, sem métodos ou planejamento, feitos em esquinas, corredores ou na beira de berços durante visitas a recém-nascidos, inspiraram esta pesquisa. E, logo no início das buscas sobre

⁵ Corte realizado durante o trabalho de parto na musculatura entre a vagina e o ânus, muitas vezes, sem anestesia, com a justificativa de aumentar a passagem para o nascituro e evitar lacerações. Algumas profissionais ativistas da humanização afirmam que não realizam o procedimento há anos e o consideram uma mutilação vaginal.

violência obstétrica foi possível encontrar na literatura produzida sobre o tema relatos com características muito parecidas.

As bibliografias sobre o tema descrevem-nos a partir de estudos que utilizaram diferentes métodos de coleta de informações, como questionários (VENTURI & GODINHO, 2013; SENA, 2016), etnografias em grupos de gestantes, maternidades e/ou casas de parto (RODRIGUES, 2015; CARNEIRO, 2017; MENDONÇA, 2018) entrevistas com profissionais e usuárias (AGUIAR, 2010; DOMINGUES, 2016), análise de relatos em *ciberespaços* (CARNEIRO, 2011; SENA & TESSER, 2016; GONÇALVES, 2014) e análises documentais dos acórdãos do Supremo Tribunal Federal (STF), do Superior Tribunal de Justiça (STJ) e de Tribunais de Justiça (TJs) (VELOSO & SERRA, 2016), por exemplo.

Longe de serem problemas individuais ou exceções, algumas práticas cotidianas da assistência à saúde das mulheres gestantes são identificadas por muitas como abusivas. Apesar de entender que a classificação de violência possui variantes e, com isso, ações percebidas e interpretadas como violências ou violências obstétricas por algumas mulheres não são por outras, os dados apresentados pelos estudos que consideram essa categoria implicam a existência de um problema público.

Podemos pensar sobre problema público a partir da abordagem utilizada por Valpassos (2018), que trata aborto enquanto problema público ao deixar de ser uma questão referente à esfera individual e alcançar a dimensão do coletivo, convertendo-se em “objeto de reflexão e disputa”. Enquanto problema público, por exemplo, o aborto é apresentado ao debate, em que “discursos e posicionamentos morais de condenação ou apoio são acionados” (2018).

Na mesma esteira, as narrativas sobre violência obstétrica apontavam não se tratar de casos isolados, restritos ao universo particular. Expostas ao debate público, as queixas das mulheres, que se sentem violentadas e se organizam com propostas de mudanças para o cenário da assistência, encontram interpretações e posicionamentos variados, despontando em disputas que envolvem instituições, órgãos públicos, atores e atrizes de diferentes campos de atuação.

Nesse contexto, surge meu empenho por compreender as movimentações por direitos relacionados à assistência ao parto. As perguntas se desenhavam: Quais são os direitos das mulheres durante a assistência à gestação? Como esses

direitos foram construídos? Quais agentes e instituições envolvidas? Quais as demandas dos movimentos pela humanização? Quais as políticas públicas e normativas voltadas à humanização da assistência? Quais órgãos regulam sobre o tema? Qual o papel dos movimentos sociais na formulação dessas políticas? Como ocorrem os debates sobre o tema na esfera política? Quais conflitos e controvérsias se destacam nesse processo?

Essas questões foram analisadas a partir de conhecimentos das ciências sociais em saúde, contemplando a relação entre setores do Estado e organizações da sociedade civil na construção de direitos, com a especificidade de se tratar de um tema que, a partir da intersecção provocada pela categoria de violência obstétrica, envolve os campos de Saúde das Mulheres e de Violência contra as Mulheres.

O desenvolvimento da pesquisa se deu em três etapas principais onde foram utilizadas diferentes metodologias de análise, de acordo com as necessidades e perguntas do estudo. A primeira fase, considerada como pesquisa exploratória debruçou-se sobre a análise da circulação *online* de informações em grupos e comunidades *virtuais* voltadas para a humanização do parto (análise de *ciberespaços*); a segunda incidiu sobre legislações e demais normas publicadas por órgãos públicos que orientam a assistência à saúde da mulher gestante (pesquisa documental); e a terceira sobre debates corridos em espaços de deliberação política (etnografia de eventos). As metodologias de análise utilizadas serão apresentadas e justificadas no decorrer deste capítulo.

Entendendo a importância de compreender certas discussões que circundam os termos “Humanização do Parto” e “Violência Obstétrica”, este capítulo apresenta, primeiramente, aspectos históricos da formulação e uso desses conceitos, e em seguida os desdobramentos metodológicos da pesquisa, indicando os passos percorridos nos últimos anos dedicados ao tema.

I.1. Movimento pela Humanização do Parto no Brasil

Nas últimas décadas o ideário da Humanização do Parto conquista cada vez mais espaço em debates públicos em diversos países, apresentando-se por meio das mídias, dos movimentos sociais ou construções de leis e políticas públicas

específicas para essa temática. Entre suas múltiplas interpretações é considerado “um termo estratégico, menos acusatório, para dialogar com os profissionais de saúde sobre a violência institucional” (DINIZ, 2005, p. 635).

No Brasil, considera-se que iniciativas por mudanças no modelo de assistência ao parto ocorreram entre o final da década de 1970 e o decorrer dos anos de 1980. Eram projetos criados, principalmente, em universidades, grupos de profissionais de medicina e enfermagem, bem como, por organizações de mulheres, preocupadas em transformar determinadas práticas que consideravam ineficientes e prejudiciais à saúde (RATTNER, SANTOS, LESSA & DINIZ, 2010).

Importante assinalar que àquela época o país era organizado a partir de um regime militar, com limitações ao direito de associação, um contexto em que reuniões de organizações de mulheres, em geral, ocorriam evitando aparições públicas. O feminismo ocidental vivia a chamada Segunda Onda⁶, “quando a preocupação com a igualdade estendeu-se das leis aos costumes, focalizando temas como sexualidade, violência, mercado de trabalho” (GOHN, 2007, p.46). Brasileiras em situação de exílio estiveram em contato com movimentos de mulheres dos EUA, Europa e outros países da América Latina, o que intensificou as organizações brasileiras por igualdade de direitos, principalmente, a partir da Lei de Anistia em 1979 e o retorno de lideranças exiladas (BRITO, 2014).

A partir do ano de 1979 acentuaram-se as críticas ao modelo tecnocrático de assistência ao parto, impulsionado pela denominação de Ano Internacional da Criança. Neste contexto, criou-se o Comitê Europeu voltado à redução da Mortalidade Perinatal e Materna, desencadeando outros grupos de trabalho em colaboração internacional, que atuaram em revisões sistemáticas de estudos relacionados à eficácia e segurança das práticas (DINIZ, 2005). Este cenário formou as premissas do movimento da Medicina Baseada em Evidências (MBE), questionando práticas da assistência que não encontravam legitimidade científica. O que, posteriormente, rendeu críticas dentro do próprio movimento, porque se apresentou como um novo paradigma, mas não rompeu com o pensamento biomédico totalizador em um contexto de hierarquização de saberes (DINIZ, 2005; VASCONCELLOS-SILVA & CASTIEL, 2005; RATTNER, 2009; MENDONÇA, 2015).

⁶ Considerando-se como Primeira Onda, as mobilizações ocorridas entre os séculos XVIII, XIX e XX relacionadas ao “reconhecimento legal da igualdade de direitos” entre mulheres e homens, incluindo-se os direitos políticos, como direito ao voto (GOHN, 2007, p.46).

Nesse período de intensos debates, também se consolidava no Brasil o Movimento de Reforma Sanitária com propostas de mudanças estruturais⁷ para a área da saúde. Com princípios de equidade, universalidade e integralidade da atenção, contribuiu para a construção do SUS, que foi instituído com a promulgação da Constituição de 1988 (MAIA, 2010). Teve importante contribuição para esse processo a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984, através do Ministério da Saúde, com significativa participação de movimentos feministas em sua formulação (BRITTO, 2014).

No mesmo ano, a realização do Primeiro Encontro Nacional de Saúde da Mulher, resultou na elaboração da *Carta de Itapecerica*, assinada por 70 grupos de mulheres vinculadas ao campo da saúde. O texto da carta apresentou-se como uma denúncia e fez indicações para a resolução de problemas na área da saúde da mulher, com uma proposta de transformações de visão do próprio sistema de saúde, exigindo a participação efetiva das mulheres na construção e implantação de projetos (BRITTO, 2014,).

Esse debate envolve as possibilidades de mudanças de práticas e modelos de assistência ao parto, mas também de transformações socioculturais relacionadas às representações das mulheres na sociedade, a partir das exigências de inclusão nas decisões políticas estratégicas sobre o tema.

Outro momento importante para a crescente discussão foi a realização da *Conferência sobre Tecnologia Apropriada para o Parto*, ocorrida em Fortaleza (CE) em 1985, incentivada pelo Comitê Europeu da Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS). Este evento resultou na elaboração da *Carta de Fortaleza*, acentuando problemas e propostas mais específicos relacionados à humanização do parto (DINIZ, 2005).

De acordo com Rattner (2009), críticas eram feitas à abordagem mecânica da assistência ao parto, enquanto herança do desenvolvimento industrial do século XX, que no setor da saúde teria levado à maior atenção e investimento ao “componente técnico”, a partir de uma noção de racionalidade industrial com objetivos focados na

⁷ Esse “novo contexto impulsionou reformas na estrutura e modo de operação do Estado nacional e das políticas sociais, com reflexo nas instituições federativas e nas relações intergovernamentais”, de modo que, a partir da nova Constituição Federal, o Ministério da Saúde unificou o comando nacional sobre a política de saúde, caracterizando uma “atuação federal na coordenação federativa”, em uma realidade de descentralização da gestão e das políticas da saúde, realizada de forma integrada entre a União, estados e municípios. (VIANA; MACHADO, 2009, p.808)

produtividade, em detrimento do “componente do cuidado”. Onde a cirurgia cesariana se encaixa pela possibilidade de partos mais rápidos, com previsibilidade de duração, o que permitiria maior controle dos profissionais e a realização de um número maior de partos em menos tempo. Abordagem observada em livros manuais da obstetrícia, que fazem, por exemplo, uso de metáforas relacionando o corpo da mulher e o parto a máquinas, motor, linha de montagem, processo de produção (RATTNER, 2009).

Iniciativas espalhadas pelos estados brasileiros relacionadas à humanização do parto se organizaram oficialmente em 1993 como uma rede de atuação, a partir da reunião na cidade de Campinas (SP) de grupos envolvidos com o tema, com o objetivo de fazer uma avaliação da assistência ao parto no país. Deste encontro resultou a *Carta de Campinas*, que apresenta a criação da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa), agregando um conjunto de grupos e iniciativas de profissionais da saúde disseminadas pelo país. O documento também é considerado uma denúncia às “circunstâncias de violência e constrangimento em que ocorria a assistência à saúde reprodutiva”, apresentando uma proposta de modelo humanizado para atuação dos profissionais e de gestão dos programas de saúde (REHUNA, 1993, p.1).

A ReHuNa foi organizada em núcleos e secretarias executivas em diferentes estados brasileiros, como Goiás, Pernambuco, São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e no Distrito Federal. Ao longo de sua atuação utilizou diversas estratégias visando a sensibilização da sociedade para o tema e a manutenção das demandas pelo parto humanizado na esfera política. Organizou encontros nacionais e locais, cursos e capacitações para profissionais da saúde; publicações científicas e tradução de livros; produção de documentários; campanhas nacionais e internacionais pela humanização do parto; firmou acordos com o poder público, universidades e instituições de saúde, participando de propostas de projetos de leis e envolvendo-se na elaboração de políticas do Ministério da Saúde (RATTNER, SANTOS, LESSA & DINIZ, 2010).

Enquanto isso, a colaboração internacional atuava em publicações de revisões dos procedimentos, classificando-os por efetividade e segurança, o que levou a OMS a publicar a síntese dos estudos que apontavam para a necessidade de mudanças na assistência ao parto, que ficou conhecida como *Recomendações*

da OMS (1996), documento que passa constantemente por atualizações e novas publicações. Amplamente utilizado e disseminado entre as organizações relacionadas à humanização do parto, foi publicado no Brasil como “Assistência ao Parto Normal – Um Guia Prático” pelo Ministério da Saúde e enviado aos profissionais ginecologistas obstetras e enfermeiras obstetras no ano 2000 (DINIZ, 2005).

Além das iniciativas institucionais, uma ferramenta passou a ser utilizada mais intensamente pelas ativistas no final da década de 1990, a internet, criando práticas de troca de informações, inicialmente, por meio de listas de e-mail. A “novidade política” é o fato de que a maioria dessas listas foi criada por consumidoras organizadas, em geral, de classes médias (DINIZ, 2005, p.631). No decorrer das últimas décadas ampliou-se a participação de mulheres usuárias dos sistemas de saúde em grupos de discussão sobre o tema. O desenvolvimento de tecnologias de comunicação, a criação e popularização de novas formas virtuais de interação são utilizadas ativamente por esses grupos.

As listas de e-mail inspiraram comunidades virtuais em plataformas como *Orkut*, *Facebook*, *Instagram* e *Whatsapp*, que possibilita maior disseminação de informação, tanto sobre as questões fisiológicas relacionadas ao parto e à gravidez, quanto sobre os direitos das mulheres gestantes. Isto faz com que tal estratégia torne-se, cada vez mais, ferramenta chave para a articulação dos movimentos. Em casos de publicações que geram grande repercussão na internet, mídias consideradas mais tradicionais, como a televisão, pautam o tema em seus programas, expandindo o alcance das informações.

Essas mobilizações contribuem para manter o tema da humanização do parto na agenda política, além de incidir em mudanças a respeito da percepção sobre o parto e a maternidade na sociedade, ao passo que os debates alcançam maior número de pessoas⁸. Esses elementos apontam a importância da comunicação para a discussão proposta.

Um dos principais dados discutidos no Brasil quando se trata de assistência ao parto é a taxa de cesariana. O país se mantém como um dos países com maiores

⁸ Apesar de ver uma movimentação plural nos debates das redes virtuais, não se pode ignorar que grande parte da população não tem acesso à internet e/ou não é alfabetizada. Segundo dados do IBGE, 63,4 milhões de brasileiros não acessam à internet (IBGE, 2018) e 11,8 milhões de brasileiros acima de 15 anos não são alfabetizados (IBGE, 2017).

porcentagens dessa modalidade cirúrgica, apesar de os últimos dados disponíveis pelo Ministério da Saúde (MS) em 2017 apontarem uma redução de 1,5% nas taxas referentes a 2015. Da totalidade de partos ocorridos naquele ano, 55,5% foram via cirurgia cesariana e 44,5% partos normais (PORTAL MS, 2017)⁹. Comparando as taxas da assistência pública e privada percebe-se a disparidade, na rede privada o parto via cesariana manteve média acima de 80% entre 2007 e 2015, enquanto o SUS manteve em média 40% dos partos por cesáreas (ANS, 2015)¹⁰.

O editorial da revista *The Lancet* (2018) em publicação dedicada ao que denomina “epidemia global de cesariana” aponta que, atualmente, o Brasil é o segundo país do mundo em cesáreas, atrás apenas da República Dominicana. A América Latina é a região com maiores taxas. Ainda, segundo os dados divulgados, entre o total de 6,2 milhões do que consideram como cesarianas desnecessárias realizadas por ano no mundo, metade ocorrem no Brasil e na China¹¹. A recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), desde 1985, é que os países mantenham uma porcentagem de 10% a 15% de cirurgias cesarianas por ano, sendo que “essa taxa surgiu de uma declaração feita por um grupo de especialistas em saúde reprodutiva durante uma reunião promovida pela OMS em 1985, em Fortaleza” (WHO, 2015).

Ao longo dos anos surgiram diversas organizações em atuação pelos direitos das mulheres gestantes no Brasil, onde os sentidos da humanização do parto se relacionam e se definem. São ONGs, movimentos sociais, grupos de pesquisas e associações de profissionais colocando em pauta debates sobre: a) Direito a acompanhante; b) Direito a atendimento digno e não-violento; c) Protagonismo da mulher ou do binômio mãe-bebê na assistência; d) Direito à informação; e) Redução de cesáreas e episiotomias; f) Direito à presença de doulas durante o parto; entre outros. O termo Humanização não se limita ao parto, e os anos 2000 foram marcados por políticas federais voltadas à humanização dos serviços em saúde,

⁹ Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2017/marco/pela-primeira-vez-numero-de-cesarianas-nao-cresce-no-pais#:~:text=O%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde%20comemora%20que%20pela%20primeira,Brasil%2C%2055%2C5%25%20foram%20ces%C3%A1reas%20e%2044%2C5%25%20partos%20normais>. Acesso em 17/02/2022.

¹⁰ Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/qualidade-da-saude/em-seis-meses-hospitais-revertem-taxas-de-cesareas-de-10-anos>. Acesso em: 17/02/2022

¹¹ Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)32394-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32394-8/fulltext). Acesso em 17/10/2021.

como será abordado no segundo capítulo, dedicado a legislações e políticas públicas.

As demandas e mobilizações dos movimentos despertam conflitos entre grupos de profissionais que atuam na assistência ao parto, na disputa que envolve as pressões por mudanças do modelo tecnocrático ao humanizado, conflitos esses que serão apresentados ao longo dos capítulos. Os embates ocorrem, principalmente, entre conselhos, sindicatos, ONGs, movimentos sociais, grupos de pesquisa e associações que representam médicos(as), enfermeiros(as), doulas, parteiras, pesquisadores, entre outros profissionais.

O ideário da Humanização quando passa a orientar algumas políticas públicas nas últimas décadas não chega sem dilemas nas pontas dos serviços. Alguns desafios para a implementação das diretrizes desenhadas estão em debate, entre eles: a) a formação profissional majoritariamente voltada ao ensino tecnocrático, principalmente nas faculdades de medicina; b) a ingerência de fenômenos que operam pela distinção, como sexismo, racismo e classismo, acionados nas interações entre profissionais e pacientes, que se traduzem em violências na assistência; c) a questão do próprio ideário da humanização partir de classes médias, de múltiplas interpretações, e não ser uma categoria tão popularizada quanto às noções que abrangem o modelo tecnocrático, levando a conflitos e choques de interpretações na relação entre equipe e usuárias do sistema em unidades de saúde consideradas humanizadas (DINIZ, 2005; CARNEIRO, 2017; MENDONÇA, 2018)

I.1.1. Aspectos históricos do termo “Violência Obstétrica”

O termo *Violência Obstétrica* foi utilizado na última década na construção de legislações em estados e municípios brasileiros, produções acadêmicas, campanhas do Ministério da Saúde, Secretarias, Ministério Público Federal, dentre outras instituições. Atualmente, não existe no Brasil uma lei federal que trate especificamente de violência obstétrica, como ocorre em países vizinhos, como Venezuela (Lei nº 38.668/2007) e Argentina (Lei nº 26.485/2009).

Apesar da disseminação do uso do termo ser recente, o debate sobre violências ocorridas durante a assistência ao parto pode ser evidenciado desde os anos 1950. Nos EUA, por exemplo, uma publicação na revista *Ladies Homes Journal*, intitulada “*Crueldade nas Maternidades*”, resultou no envio de grande volume de cartas de leitoras com narrativas semelhantes de violência durante o parto. Na mesma década, foi criada no Reino Unido a “Sociedade para Prevenção da Crueldade contra as Grávidas” (DINIZ et al, 2005).

O debate contemporâneo acerca do parto surge a partir dos questionamentos de mulheres e profissionais da saúde com relação a maus tratos e violência institucional na assistência, que nos últimos anos foram agrupados sob o termo “violência obstétrica”. Com denúncias e percepções de maus tratos questiona-se o modelo que envolve as práticas, princípios e estrutura da assistência oferecidos às mulheres gestantes. Questionamentos que podem ser associados a outros que faziam e ainda fazem as mulheres, com relação às representações, papéis e tratamentos designados a elas na sociedade, à noção de dominação masculina ou supremacia masculina, projetados nas diversas esferas da vida social, o que inclui a interação das mulheres com o universo médico hospitalar (COSTA, 1999).

Um exemplo de como a violência obstétrica é descrita nas legislações brasileiras pode ser observado a partir da lei do estado de Santa Catarina, nº 17.097 de 17 de janeiro de 2017, primeira do tipo no Brasil, que dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica. Esta, definida 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” (SANTA CATARINA, 2017, p.01).

O artigo 3º da lei apresenta 21 condutas consideradas como ofensa verbal e física na assistência ao parto e pré-natal. Para melhor visualização, o artigo foi destacado abaixo na íntegra:

Art. 3º. Para efeitos da presente Lei considerar-se-á ofensa verbal ou física, dentre outras, as seguintes condutas:
I – tratar a gestante ou parturiente de forma agressiva, não empática, grosseira, zombeteira, ou de qualquer outra forma que a faça se sentir mal pelo tratamento recebido;
II – fazer graça ou recriminar a parturiente por qualquer comportamento como gritar, chorar, ter medo, vergonha ou dúvidas;

III – fazer graça ou recriminar a mulher por qualquer característica ou ato físico como, por exemplo, obesidade, pêlos, estrias, evacuação e outros;

IV – não ouvir as queixas e dúvidas da mulher internada e em trabalho de parto;

V – tratar a mulher de forma inferior, dando-lhe comandos e nomes infantilizados e diminutivos, tratando-a como incapaz;

VI – fazer a gestante ou 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;

VII – recusar atendimento de parto, haja vista este ser uma emergência médica;

VIII – promover a transferência da internação da gestante ou parturiente sem a análise e a confirmação prévia de haver vaga e garantia de atendimento, bem como tempo suficiente para que esta chegue ao local;

IX – impedir que a mulher seja acompanhada por alguém de sua preferência durante todo o trabalho de parto;

X – impedir a mulher de se comunicar com o “mundo exterior”, tirando-lhe a liberdade de telefonar, fazer uso de aparelho celular, caminhar até a sala de espera, conversar com familiares e com seu acompanhante;

XI – 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;

XII – deixar de aplicar anestesia na parturiente quando esta assim o requerer;

XIII – proceder a episiotomia quando esta não é realmente imprescindível;

XIV – manter algemadas as detentas em trabalho de parto;

XV – fazer qualquer procedimento sem, previamente, pedir permissão ou explicar, com palavras simples, a necessidade do que está sendo oferecido ou recomendado;

XVI – após o trabalho de parto, demorar injustificadamente para acomodar a mulher no quarto;

XVII – submeter a mulher e/ou bebê a procedimentos feitos exclusivamente para treinar estudantes;

XVIII – submeter o bebê saudável a aspiração de rotina, injeções ou procedimentos na primeira hora de vida, sem que antes tenha sido colocado em contato pele a pele com a mãe e de ter tido a chance de mamar;

XIX – retirar da mulher, depois do parto, o direito de ter o bebê ao seu lado no Alojamento Conjunto e de amamentar em livre demanda, salvo se um deles, ou ambos necessitarem de cuidados especiais;

XX – não informar a mulher, com mais de vinte e cinco anos ou com mais de dois filhos sobre seu direito à realização de ligadura nas trompas gratuitamente nos hospitais públicos e conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS);

XXI – tratar o pai do bebê como visita e obstar seu livre acesso para acompanhar a parturiente e o bebê a qualquer hora do dia (SANTA CATARINA, 2017).

Outros estados e municípios brasileiros aprovaram legislações semelhantes sobre violência obstétrica, porém, em certos casos a diferença no conteúdo deve-se

a vetos a determinados artigos dos projetos de lei apresentados às assembleias estaduais e câmaras municipais.

Um conflito foi gerado, por exemplo, no município de Curitiba, quando foi aprovado um projeto de lei pela Câmara dos Vereadores que “dispõe sobre a veiculação de informação às gestantes, com o objetivo de protegê-las contra a violência obstétrica”. Na ocasião, o projeto de lei foi sancionado pelo prefeito, porém com o veto do artigo 2º que especificava as condutas consideradas violência obstétrica (Lei nº 14.598/2015), como faz o artigo 3º da Lei Estadual nº 17.097/2017 de Santa Catarina, destacado acima.

O veto aconteceu após a Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Paraná ter se mobilizado contra o texto, o que gerou manifestações de movimentos sociais pela manutenção do artigo alegando que sem o texto a lei perdia o efeito por não descrever quais os procedimentos e comportamentos poderiam ser caracterizados como violência obstétrica. Uma petição *online* chegou a ser organizada por um grupo de doulas contra o veto, assinada por 1.772 pessoas¹², porém as movimentações não tiveram sucesso e o veto foi mantido. Um exemplo bem desenhado de dois grupos contrários mobilizando forças/recursos materiais e argumentativos em uma disputa pública.

Klujnsza (2019) trabalha em sua tese a construção social da categoria violência obstétrica, buscando entender a dimensão moral do que é representado por essa expressão. Sua argumentação aponta que são muitas as percepções do que pode ou não ser considerado violência obstétrica. De acordo com a autora, “os fatos que ‘definem’ – e quem os define – a violência obstétrica sempre existiram, mas nem sempre foram (e continuam não sendo muitas das vezes) compreendidos como formas de ‘violência contra a mulher’ ou como ‘violação dos direitos humanos’.” Sua reflexão sugere que essa complexidade de definição demonstra o quanto a prática médica é sujeita a interpretações. A partir do trabalho de Douglas & Wildavsky (2012), aponta o “caráter de negociação simbólica dos grupos que coexistem numa mesma sociedade”, abordando a discussão da “noção do risco” como uma

¹² Ver em: AVAAZ. Gustavo Fruet, prefeito de Curitiba, pedimos que não vete o Projeto de lei do Colpani sobre Violência Obstétrica. Disponível em: <https://secure.avaaz.org/po/petition/Gustavo_Fruet_prefeito_de_CuritibaPR_Pedimos_que_nao_vete_o_Projeto_de_Lei_do_Colpani_sobre_Violencia_Obstetrica/?nRSdvbb> Acesso em 01/03/2020

construção coletiva, que seleciona perigos e riscos aceitáveis, a partir das noções de certo e errado. Percepções que “dependem de categorias culturais e o estabelecimento do consenso a respeito das ameaças mais preocupantes” (KLUJSZA, 2019, p. 184).

Esta variedade de percepções em relação ao que é ou não violento não é uma característica específica da violência obstétrica. Cardoso de Oliveira (2008) aborda essa temática a partir da pergunta base “existe violência sem agressão moral?”, apontando como o entendimento de um ato enquanto violento passa pela dimensão moral, o que envolve a intenção da ação e os sentimentos gerados. O autor apresenta o conceito de insulto moral a partir de duas características, primeiro, como uma agressão que não pode ser traduzida em evidências materiais, segundo, sempre implicando na desvalorização ou negação da identidade do outro (CARDOSO DE OLIVEIRA, 2008, p. 136). E levanta crítica às dificuldades que o judiciário tem ao lidar com conflitos que não apresentam a objetividade do previsto nas leis.

Nesse ponto, vale observar como a Lei nº 17.097/2017 do Estado de Santa Catarina, em destaque acima, parece tentar indicar essa dimensão moral da violência obstétrica, ao defini-la como ato que ofende (física e verbalmente) e pontuar condutas consideradas ofensivas. Entre as descrições encontram-se indicativos como “fazer graça [...]”, “tratar de forma inferior [...]”, “não ouvir [...]”, “se recusar [...]”, “impedir [...]”, “submeter [...]”, “não informar [...]”, entre outros. Dessa forma, o que está definido como violência obstétrica vai muito além da agressão física.

Oliveira (2008) analisa a partir de três contextos etnográficos distintos, e aponta que a percepção de insulto moral nos três está relacionado à dimensão dos sentimentos. Com esse entendimento, indica a importância da “evocação dos sentimentos e a mobilização das emoções dos atores na apreensão do significado social dos direitos” (CARDOSO DE OLIVEIRA, 2008, p. 136). Assinalando como a percepção do insulto encontra-se na atitude de distanciamento, no ato de desconsideração, provocando ressentimento e indignação.

Nessa interpretação, a intencionalidade assume papel central. Causar dor com intenção ou sem intenção gerariam percepções diferentes quanto a caracterização de uma agressão. Complemento que, causar dor com

desconsideração ou com consideração também geram percepções diferenciadas quanto a ação e o ator.

Em 2011, a pesquisa *Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Públicos e Privados* da Fundação Perseu Abramo e SESC, analisou, entre outras questões, a incidência de violência obstétrica, apresentando que 25% das entrevistadas declararam ter sofrido algum tipo de violência no atendimento ao parto (VENTURI & GODINHO, 2013). Apesar do número elevado, pesquisas qualitativas indicam que nem sempre as mulheres em trabalho de parto identificam abusos sofridos enquanto violências, e quando assim identificam poucas formalizam uma denúncia, por diversas e complexas razões e circunstâncias, o que leva a uma subnotificação das ocorrências. O fato de a violência obstétrica não ser tipificada no Brasil dificulta a quantificação dos casos denunciados. Em situações de efetivação das denúncias, elas podem ser enquadradas como “homicídio, lesão corporal, constrangimento ilegal, ameaça, maus-tratos, calúnia, difamação e injúria” (VELOSO & SERRA, 2016, p.24).

Profissionais da saúde, movimentos sociais e pesquisas acadêmicas também têm abordado a relação entre violência obstétrica e racismo no Brasil, apresentando resultados que sinalizam para desigualdades na atenção a mulheres negras e brancas durante o ciclo gravídico, discriminações no atendimento que indicam a necessidade de pensar violência obstétrica também a partir de um recorte racial (LEAL, *et al*, 2005; REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012; DINIZ, *et al*, 2016; ASSIS, 2018;). Outros estudos tratam da questão racial no campo da saúde de forma mais abrangente, como em López (2012), que a partir do conceito de racismo institucional, propõe a realização de estudos qualitativos de abordagem etnográfica para que se busque entender os mecanismos operados pelo racismo no cotidiano das instituições.

Em 2014, uma campanha do Ministério da Saúde, chamada “SUS sem Racismo”, sob o *slogan* “Racismo faz mal à saúde. Denuncie!”, causou reação do Conselho Federal de Medicina (CFM). Durante a campanha, o MS divulgou em cartazes alguns dados referentes à desigualdade racial na assistência ao parto no SUS, onde apontava que: a) 60% das vítimas de mortalidade materna no país são mulheres negras - entre as mulheres brancas, o número é de 34%; b) 27% das mulheres negras tiveram acompanhantes durante o parto, enquanto ao lado das

mulheres brancas esse número chega aos 46,2%; e c)“uma mulher negra recebe menos tempo de atendimento do que uma mulher branca” (BLOG DA SAUDE, 2014)¹³.

Na ocasião, o CFM publicou uma nota de repúdio à campanha afirmando que, com ela, o Ministério da Saúde insinuava que o médico e os outros profissionais diferenciam os pacientes pela raça e “desconsidera problemas estruturais que atingem toda a população” (CFM, 2014)¹⁴. Argumento de cunho parecido é utilizado pelas entidades médicas em críticas relacionadas ao uso do termo “violência obstétrica”, e evidenciam conflitos existentes dentro do campo médico, e entre outras categorias de profissionais da saúde, organizações de mulheres e demais entidades.

Em 2019, as críticas do CFM à expressão “violência obstétrica” foram acatadas pelo Ministério da Saúde, na gestão do governo de Jair Bolsonaro, que publicou no dia 03 de maio de 2019 o Despacho nº 9087621/2019 em resposta a uma solicitação de posicionamento oficial quanto ao uso do termo “violência obstétrica”. Seu conteúdo considera o termo inadequado, apontando a investida do Ministério em estratégias para a “abolição do seu uso”, justificada 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” (BRASIL, 2019, p.01).

Este fato, expresso normativamente, demonstra uma ruptura da pasta em relação ao que assinalava nas últimas décadas sobre o tema, quando reconhecia o uso do termo violência obstétrica, ao menos em campanhas¹⁵ pela proteção das mulheres, o que acarreta a intensificação de conflitos entre as entidades contrárias e

¹³ A reportagem encontrava-se no endereço eletrônico: <http://www.blog.saude.gov.br/34777-campanha-mobiliza-a-populacao-contra-o-racismo-no-sus.html>. Durante o governo Bolsonaro dados e reportagens relacionados à saúde foram realocados para outros endereços ou não estão mais disponíveis. Atualmente esta reportagem pode ser acessada a partir do site da Universidade Aberta do SUS (UNASUS): <https://www.unasus.gov.br/noticia/campanha-mobiliza-populacao-contra-o-racismo-no-sus>. Acesso em: 22/02/2022

¹⁴Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/cfm-repudia-campanha-do-governo-sobre-o-racismo/>. Acesso em: 15/02/2022

¹⁵Disponível em: http://www.blog.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=53079&catid=579&Itemid=50218. (2) <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/53272-parto-humanizado-e-violencia-obstetrica-informacao-para-ter-seus-direitos-garantidos>. Acesso em: 08 ago. 2019. Acesso indisponível em 15/02/2022. Durante o governo Bolsonaro dados e reportagens relacionados à saúde foram realocados para outros endereços ou não estão mais disponíveis.

favoráveis às expressões da corrente de humanização do parto, que utiliza e divulga o termo.

Um dos principais aspectos que antecedem essa decisão é a postura de conselhos de medicina, sociedades de obstetrícia e sindicatos médicos, constantemente contrários ao uso do conceito. Em dezembro de 2018, o CFM publicou o Parecer nº 32/2018, cujo conteúdo afirma que a expressão ‘violência obstétrica é “uma agressão contra a medicina e especialidades de ginecologia e obstetrícia, contrariando conhecimentos científicos consagrados, reduzindo a segurança e a eficiência de uma boa prática assistencial e ética” (CFM, 2018, p.01). O parecer ocorreu em resposta à consulta do CRM-DF a respeito da “proliferação de leis sobre ‘violência obstétrica’.” Esse parecer de 2018 foi citado em nota do Ministério da Saúde em 2019 dirigida a jornalistas após a repercussão do Despacho nº 9087621/2019, justificando que este teria sido redigido “acompanhando a instrução [parecer nº 32/2018] e atendendo ao apelo de entidades médicas” (CANCIAN, 2019, p.01)¹⁶.

Esta decisão do MS provocou reações diversas em entidades brasileiras envolvidas com o tema, que se manifestaram por meio de notas de apoio ou repúdio. Sindicatos de médicos e conselhos de medicina como Conselho Federal de Medicina (CFM), Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ) e Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), por exemplo, exprimiram apoio ao desuso do termo. Já, manifestações contrárias à posição do Ministério da Saúde partiram do Ministério Público Federal (MPF), Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), Associação Nacional dos Defensores Públicos Federais (ANADEF), Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), Conselho Nacional de Enfermagem (COFEN), associações de doulas, organizações da sociedade civil e demais entidades. Mais detalhes desse conflito serão apresentados durante o Capítulo II.

Os posicionamentos evidenciados nesse episódio apresentam-se mais uma vez em um contexto de disputas envolvendo o tema de humanização da assistência ao parto, indicando controvérsias científicas e conflitos políticos e profissionais entre

¹⁶ Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2019/05/ministerio-da-saude-veta-uso-do-termo-violencia-obstetrica.shtml>. Acesso em: 15/02/2022

os grupos envolvidos, que se manifestam na formulação de políticas públicas e serão aprofundados durante as discussões dos capítulos. Este texto introdutório teve por objetivo apresentar e contextualizar alguns dos temas que serão debatidos ao longo da tese, entendendo a importância de se compreender características e conceituações sobre o Movimento pela Humanização do Parto, assim como, entendimentos a respeito da expressão Violência Obstétrica, que atravessa os debates nos caminhos percorridos pela pesquisa.

I.2. Conhecendo *ciberespaços* sobre Humanização do Parto

Para além dos relatos dos partos e das assistências, despertou meu interesse a maneira pela qual as mulheres que decidiam manter a gestação buscavam por informações relacionadas à assistência à saúde. Elas precisavam decidir sobre onde fazer o pré-natal, onde parir, com quem parir, de que forma parir, e assim, conversavam entre si, liam, assistiam documentários, entravam em grupos *online* sobre o tema, encontravam informações sobre o cuidado com o corpo, sobre direitos, sobre profissionais de saúde. E, assim, os temas da Humanização do Parto e dos direitos das mulheres mostravam-se cada vez mais presentes. Com essa carga de informações precisavam tomar decisões, muitas vezes, em poucos dias ou semanas.

Com o tema de estudo definido, a construção da tese teve início a partir da observação de grupos *online* e *homepages* do *Facebook* reservados a debates sobre humanização do parto, a fim de acompanhar as informações que corriam nesses locais. Estas análises tiveram início durante a elaboração do projeto de pesquisa nos meses finais do ano de 2016.

Através da ferramenta de busca do *Facebook* foram utilizadas as palavras-chave: “parto humanizado” e “parto normal”, de forma que pudesse abranger maior volume de informação possível. Os grupos disponíveis à época selecionados para acompanhamento das postagens foram: a) “Parto Humanizado – Brasil”; b) “Parto Normal”, ambos de abrangência nacional; c) “Parto Humanizado – Ceará”; d) “Parto Humanizado – ES”; e) “Parto Humanizado São Paulo Capital”, estes mais focalizados em estados e municípios específicos.

Entre os materiais observados em circulação encontravam-se relatos pessoais, cartilhas, reportagens, vídeos, legislações e cartazes compartilhados entre mulheres. As redes sociais *virtuais* se destacam no desenvolvimento desse debate por meio de trocas de informações e conhecimentos (CARNEIRO, 2011, GONÇALVES, 2014). Nesses casos, são utilizadas principalmente por mulheres gestantes em busca de informações variadas sobre gravidez e maternidade, relacionadas ao corpo, direitos, parto, profissionais e políticas de saúde. Assim como, são utilizadas como ferramenta pedagógica e mobilizadora pelos movimentos sociais de humanização do parto, atuando em determinados casos como mecanismos de pressão junto ao poder público, quando, por exemplo, os espaços são utilizados para convocar à participação em petições *online* ou manifestações dirigidas a setores do Estado e autarquias. O que foi possível identificar em casos de aprovações e vetos a projetos de leis ou publicações de normativas de conselhos de classe em diversos estados e na capital do país.

Estudos importantes têm sido desenvolvidos com foco no ambiente virtual, refletindo sobre o papel da comunicação e suas tecnologias para o debate público. Richard Miskolci (2011), em suas contribuições metodológicas para pesquisas sobre o uso da internet, reflete como o “impulso para usar as mídias digitais se origina de necessidades e interesses *off-line*, mas elas modificam a busca e o horizonte de possibilidades dos agentes” (MISKOLCI, 2011, p.18). Essas necessidades e interesses *off-line* seriam as demandas da realidade social, identificadas e expostas ao debate *online*, o que possibilita a formação de opiniões e decisões a partir dessas interações. No caso aqui discutido trata-se de pendências relacionadas ao direito à saúde das mulheres que são expandidas ao ambiente virtual atingindo pessoas interessadas ou que passam a se interessar pelo tema. Neste sentido, os estudos sobre associações de pessoas por meio da internet propostos por Manuel Castells (2013) apontam como a população cria através da internet espaços de autonomia onde pautam questões e se organizam, em contrapartida a controles e monopólios das comunicações e informações ao longo da história, comandados por grupos específicos, como empresas privadas ou setores dos Estados (CASTELLS, 2013, p.10).

Se o uso da internet se torna fundamental para a circulação de informações que não chegam à população por outros meios, também foi essencial para a

pesquisa que constrói esta tese. Por meio dessa ferramenta foram realizadas consultas de documentos, levantamento bibliográfico, acompanhamento dos grupos *online*, acesso a matérias jornalísticas, observação de palestras, debates e audiências públicas com transmissão *online*, além da facilitação do acesso a uma variedade de instituições e personagens envolvidas com o tema.

I.3. Pesquisa documental: o arcabouço normativo

Como observado, a primeira fase da pesquisa buscou entender a produção acadêmica a respeito dos direitos e das práticas em saúde na assistência às mulheres gestantes, assim como, acompanhar a movimentação *online* de informações entre mulheres conectadas por interesses relacionados ao ciclo-gravídico.

O segundo momento da pesquisa, valendo-se de pesquisa documental, focou em realizar um estudo qualitativo a partir de documentos públicos e oficiais, como portarias, leis, projetos de leis, resoluções e pareceres, publicados pelos órgãos competentes nas esferas estaduais e federais. Escolheu-se por não fazer este levantamento a nível municipal pela grande quantidade de municípios do país (5.570 municípios), entendendo que os dados estaduais e federais seriam suficientes aos objetivos da tese.

A pesquisa documental seguiu algumas premissas, como a realização de uma análise preliminar através de: a) identificação de fontes potenciais de informação; b) realização de um inventário das informações disponíveis; c) identificação dos autores dos documentos; d) identificação dos conceitos-chave empregados nos textos (CELLARD, 2012: 299-303).

Acompanhando o entendimento de Bardin (2002), a análise documental buscou transformar documentos primários (publicados originalmente) em materiais secundários, que são representações daqueles. O conjunto de operações realizadas a partir das fontes primárias tem o objetivo de facilitar ao leitor a visualização e compreensão do conteúdo original, “de tal forma que este obtenha o máximo de informação (aspecto quantitativo), com o máximo de pertinência (aspecto qualitativo)” (BARDIN, 2002, p.45).

Dessa forma, a segunda etapa do estudo focou no levantamento do universo normativo que incide sobre os direitos das mulheres gestantes e orienta políticas

públicas voltadas a assistência à saúde da mulher durante o ciclo gravídico. Para isto, identificou-se os seguintes órgãos com poder normativo sobre o tema no país.

A nível federal e estadual: (1) Ministério da Saúde (MS), como órgão do Poder Executivo Federal responsável pela organização e elaboração de planos e políticas públicas; (2) Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), como agência reguladora vinculada ao MS, com a função de regulamentar o mercado de planos privados de saúde; (3) Congresso Nacional, como titular do Poder Legislativo Federal, responsável por legislar sobre matérias de competência da União; (4) Assembleias Legislativas dos Estados Federados e Câmara Distrital, como órgãos de poder legislativo dos respectivos estados brasileiros e Distrito Federal; (5) Conselho Federal de Medicina (CFM), como autarquia federal com atribuições de fiscalização e normatização da prática médica, e seus respectivos Conselhos Regionais de Medicina (CRMs), sediados nas capitais dos estados; e (6) Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), como autarquia com atribuições de fiscalizar e normatizar o exercício dos profissionais de enfermagem, e seus respectivos Conselhos Regionais de Enfermagem (CORENs).

Pensar na pluralidade de atores e interesses que orbitam sobre esse tema não é tarefa simples e, por consequência, imprime recortes e justificativas. Definidos assim, como *locus* de pesquisa sobre os emitentes de normas essas seis unidades de pesquisa, não se desconsidera que outras esferas (como os governos municipais) emitem normas, com o alcance que lhes é pertinente. Esse universo normativo ressalta a complexidade do tema, envolvendo entes federados e instituições públicas e privadas, com interesses diversos. O que se pretende com esse passo é tentar compreender para qual direção esses diferentes entes e instituições apontam, tendo como norte para essa tese, os direitos das mulheres gestantes.

Esses procedimentos tiveram início no ano de 2017 e foram atualizados nos anos seguintes, de acordo com a publicação de novas normativas de interesse à pesquisa. Como se trata de uma busca que envolve um conjunto amplo de fontes de emissão dessas normativas adotou-se um limite de caráter temporal para essa busca. Foram selecionados documentos publicados após a promulgação da Constituição Federal em 1988, que consagra o direito à saúde como direito fundamental e cria o SUS (regulamentado pela Lei 8.080 de 1990), com um recorte

de tempo que se encerra com as publicações de dezembro de 2019, reservando o ano de 2020 à análise do material. Assim, as eventuais normas que possam ter sido promulgadas após esse período não serão objeto de análise para o desenvolvimento do estudo. Sendo assim, esta etapa da pesquisa utiliza como metodologia a análise documental de um conjunto de normas, ao longo de 31 anos, selecionadas entre os anos de 1988 e 2019.

O levantamento desse material foi realizado através de sites oficiais dos órgãos citados anteriormente, a partir da busca pelas seguintes palavras-chave: (1) parto; (2) gravidez; (3) mortalidade materna; (4) humanização do parto; (5) violência obstétrica.

Os quadros de normas foram organizados de acordo com cada instituição que as publicou, apresentando as matérias por ordem cronológica de publicação, com a descrição do assunto tratado em cada uma. A seleção e organização deste material possibilitaram a identificação de dados importantes à pesquisa. Primeiramente, foi possível observar quais instituições têm legislado a nível federal e estadual sobre saúde da mulher gestante, e a partir da análise das normas foram identificados os principais temas tratados por cada instância de deliberação, como conduziram e definiram cada questão nos textos publicados.

Apesar desta fase da pesquisa escolher como metodologia a análise de documentos públicos e oficiais, os resultados apresentados por ela foram confrontados com os resultados das demais etapas e metodologias de pesquisa que utilizaram também documentos não oficiais, como os coletados nos grupos virtuais de interações entre mulheres.

I.4. Etnografia de eventos: o debate em espaços políticos de deliberação

O objetivo da pesquisa é compreender a atuação das mulheres organizadas por direitos relacionados ao parto. Uma das estratégias utilizadas pelos movimentos de humanização, tanto no Brasil, como em outros países, passa pela atuação em espaços de debates e deliberações públicas, entre eles, os parlamentos. Deste modo, foi fundamental acompanhar as interações e discussões geradas pela participação de mulheres com tais bandeiras nessas arenas, tendo como método a

etnografia de eventos. Este passo permite identificar uma diversidade de personagens e instituições envolvidas com o tema em tomadas de decisões.

A esta altura da pesquisa (em 2018), acompanhava um maior número de *homepages* relacionados ao tema através do *Facebook*, incluindo perfis de associações e ONGs voltadas à humanização do parto e direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Seleccionava-os a partir de buscas específicas que fazia por nomes de organizações. Por vezes, conhecia-os quando eram divulgados por outros perfis, o que evidenciava o desenho das redes de trocas. Sendo assim, encontrava alguns perfis a partir da busca que fazia por eles, assim como, era “encontrada” por muitos deles.

Neste contexto, chamou atenção a convocatória feita em alguns dos perfis para a participação em eventos na ALERJ que discutiriam direitos relacionados ao parto. A Assembleia mostrou-se como uma possibilidade de acompanhar presencialmente parte do desenrolar de uma trama complexa, que se movimenta a partir de uma pluralidade de atores/atrizes, redes e instituições pelo país. Assim, o estudo foi se desenhando como uma pesquisa em saúde que escolheu como campo de observação etnográfica uma das assembleias legislativas estaduais, o que acompanhava uma das estratégias dos movimentos pela humanização do parto em atuar nesses espaços.

Portanto, diferentemente das pesquisas que priorizaram os dados etnográficos obtidos nos locais onde as políticas, práticas e entendimentos da assistência são exercidos, como é o caso das unidades de saúde, maternidades e casas de parto, este estudo priorizou os debates no campo político, que atuam na construção e avaliação de parte das normas que as circundam.

Foi possível, assim, acessar como são inseridos nesse espaço outros setores e órgãos públicos em interação com o poder legislativo. Entre eles: a) grupos profissionais com poder normativo e diretamente ligados à assistência ao parto, como são os casos dos conselhos de medicina e enfermagem; b) órgãos públicos que lidam com denúncias de violações de direitos, como as Defensorias Públicas e Ministério Público; c) setores do poder executivo responsáveis por normatizar e gerir políticas de saúde, como são as secretarias de saúde; d) organizações da sociedade civil.

Esta fase da pesquisa foi realizada entre dezembro de 2018 e dezembro de 2019 na ALERJ, a partir da participação em eventos que tiveram como pauta a assistência à saúde da mulher gestante, entre eles, votações de projetos de leis, audiências públicas, reuniões e oitivas de uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI). Essa inserção no campo possibilitou maior proximidade com os debates políticos e públicos a respeito do tema, os contextos das argumentações utilizadas, as propostas e ações apresentadas, assim como, os conflitos e parcerias ocasionados pelas interações, que fazem parte do processo de construção de políticas públicas e normas sobre a questão.

Importante destacar que não foi realizada uma etnografia do dia a dia de trabalho na ALERJ, por não ser este o foco da pesquisa, priorizou-se acompanhar os eventos públicos que discutiram temas relacionados ao parto, visando as interações entre setores do Estado e organizações da sociedade civil ocorridas nesses espaços, com atenção aos bastidores das relações entre os envolvidos. Metodologia semelhante pode ser encontrada em etnografias de audiências públicas que pautaram o aborto de fetos anencéfalos no STF e na Câmara dos Deputados (LUNA, 2018; VALPASSOS, 2018).

Sobre estudos que utilizam esferas do Estado como campos de pesquisa, Ciméia Bevilaqua (2003) propõe reflexões sobre questões éticas e metodológicas relacionadas aos trabalhos etnográficos. Dentre os pontos apresentados aborda um possível problema relacionado à identificação de informantes, pois, as informações fruto das observações permitem o reconhecimento dos sujeitos citados, devido aos cargos e posições públicas ocupadas por eles, mesmo que seja utilizada a estratégia de aplicar nomes fictícios. A resposta que apresenta a esse possível dilema indica que “o que está em jogo nesses contextos não é apenas o compromisso ético do antropólogo com os sujeitos de sua pesquisa, mas também, por via indireta, o próprio desenvolvimento teórico desse novo campo de estudos” (BEVILAQUA, 2003, p. 52). Diante às reflexões que a autora provoca, algumas escolhas foram tomadas para trabalhar as descrições do campo. Primeiramente, escolheu-se manter os nomes de autoridades públicas e representantes de instituições do Estado. Como sugere a pesquisadora, se decidisse por omitir deste estudo, por exemplo, qual assembleia estadual ou quais os sujeitos observados em suas funções, a comunicação da pesquisa perderia importantes contextualizações. Outra escolha foi

não descrever possíveis acusações realizadas por determinadas pessoas a outras nos bastidores, ou seja, fora do microfone e das falas oficiais.

A partir dos métodos utilizados foi possível articular os resultados obtidos em cada etapa do estudo. Articular, portanto, a existência de um extenso arcabouço normativo com as trocas de informações no universo *online* e as disputas ocorridas na arena política. Estas que também são expostas e debatidas virtualmente, a partir, de publicações e compartilhamentos de notas de repúdio e petições *online*, permitindo identificar e observar a atuação de organizações, instituições e agentes públicos, seus posicionamentos e processos de tomadas de decisão referentes aos temas pautados.

A seguir, dados coletados durante a pesquisa serão apresentados, fazendo-se as devidas contextualizações relacionadas aos períodos trabalhados, conjunturas políticas e atores e atrizes presentes nos processos.

CAPÍTULO II

DIREITOS DAS GESTANTES: LEGISLAÇÕES, NORMAS E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Ao longo das últimas três décadas foi construído um conjunto de normas e políticas públicas voltadas para a assistência à saúde da mulher gestante no Brasil. Com o objetivo de compreender os direitos previstos nesse universo de normativas e os debates que os envolve, a partir do recorte da pesquisa que privilegia a atenção ao parto, elegeu-se para análise: I- Normas publicadas pelo Ministério da Saúde; II- Normas publicadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); III- Leis em vigor aprovadas pelo Congresso Nacional; IV- Projetos de Leis em tramitação no Congresso Nacional; V- Leis em vigor aprovadas por Assembleias Legislativas estaduais; VI- Projetos de Leis em tramitação nas unidades federativas; VII- Normas do Conselho Federal de Medicina (CFM) e suas representações regionais; VIII- Normas do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN).

Foram selecionados materiais publicados desde a criação do Sistema Único de Saúde em 1988, com a promulgação da Constituição Federal Brasileira, até o ano de 2019. As buscas nos acervos virtuais das instituições utilizaram as seguintes palavras-chave: (1) parto; (2) gravidez; (3) mortalidade materna; (4) humanização do parto; (5) violência obstétrica.

As normas selecionadas tratam da assistência à saúde das mulheres durante o pré-natal, parto e pós-parto imediato. Para melhor visualização, cada conjunto de normas foi organizado por quadros, de acordo com a instituição de origem, e ordenadas pelo ano de publicação.

A análise das normas em vigor e dos projetos de leis em tramitação aponta algumas tendências de abordagens das instituições ao longo do período analisado. E a partir dessas observações foram escolhidos, dentro do recorte de tempo de análise proposto, cinco momentos enquanto marcos no processo de construção de políticas públicas e regulamentações da assistência a saúde da mulher gestante, voltada para o parto: I) Criação do SUS, em 1988; II) CPI da Mortalidade Materna conduzida pela Câmara de Deputados, em 2000; III) Condenação do Brasil pelo

Comitê da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW/ONU), em 2011; IV) A Marcha Nacional pela Humanização do Parto, em 2012; V) As eleições estaduais e federais para cargos do executivo e legislativo, em 2018. A decisão por destacar tais momentos históricos enquanto marcadores de tendências para a produção normativa se dá pois estão sendo considerados como impulsionadores de determinadas políticas públicas, ou, como indicativos de rupturas a modelos anteriores de assistência.

II.1. Ministério da Saúde e Agência Nacional de Saúde Suplementar

A criação do SUS e sua regulamentação através da Lei 8080/1990, levaram o Ministério da Saúde na primeira década de 1990 a reorganizar a assistência. Os atos normativos analisados demonstram, inicialmente, preocupação com a ampliação da assistência básica e redução da mortalidade materna, encaminhando propostas específicas pela redução das taxas de cirurgia cesariana e criando estratégias de incentivo ao parto normal.

Por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, e o Programa Saúde da Família, em 1994, por exemplo, previa-se maior contato entre os profissionais, os serviços de saúde prestados e as comunidades. Para a saúde reprodutiva das mulheres, os programas incluem visitas domiciliares dos agentes de saúde e ações educativas de prevenção e promoção da saúde na atenção pré-natal e puerperal.

Ao final da década, o MS formulou iniciativas pela redução das taxas de cesarianas e pela criação de Casas de Parto Normal (CPN), com base em portarias publicadas em 1998 e 1999. A partir dos anos 2000 as ações se intensificaram com a criação de um conjunto de iniciativas como: Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (2000); Política Nacional de Humanização (2003); Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (2004); Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (2005); Regulamentação da presença de acompanhante (2005) (Quadro 01). É neste período que o termo Humanização e seus princípios entram como importante viés de orientação das políticas do MS, nomeando políticas nacionais de saúde.

Quadro 1: Conjunto de normas do Ministério da Saúde voltadas à assistência ao parto: 1988-2019

| Norma / Ano | Presidente/ Ministro da Saúde | Descrição |
|-------------------------|--|---|
| Portaria Nº 96/1994 | Itamar Franco/ Henrique Santillo | Desvincula o pagamento do pediatra no atendimento do recém-nascido em sala de parto, da conta hospitalar. |
| Portaria Nº 663/1994 | Itamar Franco/ Henrique Santillo | Declara a mortalidade materna como um dos problemas prioritários de saúde pública. |
| Portaria Nº 1.113/1994 | Itamar Franco/ Henrique Santillo | Inclui na Tabela SIH/SUS (Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do SUS), código referente à cirurgia obstétrica VI, parto normal, cesariana. cirurgia obstétrica VII, consulta médica pré-natal. |
| Resolução Nº 174/1995 | Fernando Henrique/ Adib Jatene | Estabelece que a Comissão Tripartite reveja a questão do pagamento diferenciado na tabela SIH/SUS, entre o pagamento do parto normal e parto cesáreo. |
| Portaria Nº 94/1998 | Fernando Henrique/ José Serra | Determina a AIH (Autorização de Internação Hospitalar) sistemática de apresentação e rejeição das AIHs de parto |
| Portaria Nº 163/1998 | Fernando Henrique/ José Serra | Regulamenta a realização do procedimento Parto Normal sem Distócia realizado por Enfermeiro Obstetra. |
| Portaria Nº 2.815/1998 | Fernando Henrique/ José Serra | Inclui na Tabela SIH/SUS o grupo de procedimento e o procedimento Parto Normal sem Distocia realizado por enfermeiro obstetra e altera os valores dos grupos de procedimentos Cirurgia Obstétrica |
| Portaria Nº 2.816/1998 | Fernando Henrique/ José Serra | Determina que no Programa de Digitação de Autorizações de Internação Hospitalar, SISAIH01, seja implantada crítica visando o pagamento do percentual máximo de cesarianas, em relação ao total de partos por hospital. |
| Portaria N.º 2.883/1998 | Fernando Henrique/ José Serra | Cria o Prêmio Galba de Araujo destinado ao reconhecimento do estabelecimento de saúde integrante da rede SUS com destaque no atendimento obstétrico e neonatal. |
| Portaria Nº 174/1999 | Fernando Henrique/ José Serra | Desvincula os honorários relativos ao atendimento ao recém-nascido na sala de parto pelo pediatra neonatologista, dos Serviços Hospitalares da AIH em hospitais amigo da criança, grupo 35.100.06-0 Cirurgia Obstétrica VI e grupo 35.100.07-9 – Cirurgia Obstétrica VII. |
| Portaria Nº 888/1999 | Fernando Henrique/ José Serra | Institui o Projeto Casas de Parto e Maternidades Modelo. |
| Portaria Nº 985/1999 | Fernando Henrique/ José Serra | Cria o Centro de Parto Normal-CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, para o atendimento à mulher no período gravídico-puerperal. |
| Portaria Nº 466/2000 | Fernando Henrique/ José Serra | Estabelece modelo de “Pacto para Redução das Taxas de Cesarianas”. |
| Portaria Nº 569/2000 | Fernando Henrique/ José Serra | Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento |
| Portaria Nº 570/2000 | Fernando Henrique/ José Serra | Institui o Componente I do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - Incentivo à Assistência Pré-natal no âmbito do Sistema Único de Saúde. |
| Portaria Nº 571/2000 | Fernando Henrique/ José Serra | Institui o Componente II do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal |
| Portaria Nº 572/2000 | Fernando Henrique/ José Serra | Institui o Componente III do Programa de Humanização no Pré-Nascimento – Nova Sistemática de Pagamento à Assistência ao Parto. |
| Portaria Nº 2080/2001 | Fernando Henrique/ José Serra | Estabelece que as unidades federadas que desejarem aderir ao pacto para redução das taxas de cesarianas poderão apresentar as suas propostas de adesão. |
| PNH/Humaniza SUS 2003 | Lula/ Humberto Costa | Política Nacional de Humanização. |
| Portaria Nº 652/2003 | Lula/ Humberto Costa | Fica instituída a Comissão Nacional de Mortalidade Materna. |
| Portaria Nº 653/2003 | Lula/ Humberto Costa | Estabelece que o óbito materno passe a ser considerado evento de notificação compulsória para a investigação dos fatores determinantes e as possíveis causas destes óbitos. |

| | | |
|--|--------------------------------------|---|
| Portaria Nº 822/2003 | Lula/ Humberto Costa | Exclui da tabela de procedimentos especiais do SIH/SUS, o procedimento de código 95.007.01-6 - testes rápidos para triagem de sífilis e/ou hiv (por teste) e inclui procedimentos a serem lançados, exclusivamente, no campo serviços profissionais da AIH de parto normal e/ou cesariana. |
| Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal 2004 | Lula/ Humberto Costa | Compromisso em efetivar ações estratégicas pela redução da mortalidade |
| Portaria Nº 2.368/2004 | Lula/ Humberto Costa | Aprova, habilita e estabelece valores aos planos municipais de expansão de saúde da família para ações pela redução da mortalidade materna e neonatal do projeto de expansão e consolidação de saúde da família - PROESF. |
| Portaria Nº 386/2005 | Lula/ Humberto Costa | Aprova regimento interno da Comissão Nacional de Monitoramento e avaliação da implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. |
| Portaria Nº 427/2005 | Lula/ Humberto Costa | Institui a Comissão Nacional de Monitoramento e avaliação da implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. |
| Portaria Nº 470/2005 | Lula/ Humberto Costa | Aprova os planos municipais de ações para a redução da mortalidade materna e neonatal, no âmbito do projeto de expansão e consolidação da saúde da família – PROESF. |
| Portaria Nº 743/2005 | Lula/ Humberto Costa | Exclui os modelos vigentes dos seguintes laudos do SIH/SUS: - Laudo Médico para Emissão de AIH - Laudo de Enfermagem para emissão de AIH de Parto Normal |
| Portaria Nº 1.067/2005 | Lula/ Humberto Costa | Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal |
| Portaria Nº 1.147/2005 | Lula/ Humberto Costa | Aprova, habilita e estabelece valores aos planos municipais de expansão de saúde da família para ações pela redução da mortalidade materna e neonatal, no âmbito do projeto de expansão e consolidação da saúde da família - PROESF. |
| Portaria Nº 2.418/2005 | Lula/ Saraiva Felipe | Regulamenta a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o SUS |
| Portaria Nº 399/2006 | Lula/ Saraiva Felipe | Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. |
| Portaria Nº 1.119/2008 | Lula/ José Temporão | Regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos. |
| Portaria Nº 3.136/2008 | Lula/ José Temporão | Define o repasse de incentivo financeiro aos Hospitais Maternidade de Referência do SUS, para se adequarem aos requisitos de ambiência e humanização para atenção ao parto e ao nascimento. |
| Portaria Nº 3.441/2010 | Lula/ José Temporão | Altera o prazo para a execução dos projetos de adequação dos Hospitais Maternidade de Referência do Sistema Único de Saúde aos requisitos de ambiência e humanização para atenção ao parto e ao nascimento definido pela Portaria nº 3.136/GM, de 24 de dezembro de 2008 |
| Portaria Nº 68/2011 | Dilma Rousseff/ Alexandre Padilha | Institui benefício financeiro para apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto. |
| Portaria Nº 1.459/2011 | Dilma Rousseff/ Alexandre Padilha | Institui no âmbito do SUS a Rede Cegonha. |
| Portaria Nº 2.488/2011 | Dilma Rousseff/ Alexandre Padilha | Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, reorganização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários |
| Portaria Nº 904/2013 | Dilma Rousseff/ Alexandre Padilha | Diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN). |
| Portaria Nº 3.353/2013 | Dilma Rousseff/ Alexandre Padilha | Habilita municípios e estados a receberem recursos para reforma de: Centros de Parto Normal-CPN, Casas da Gestante Bebê e Puérpera-CGBP, Ambiência dos Serviços que Realizam Partos; de Leitos de Unidade Terapia Intensiva-UTI ADULTO, de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal-UTIN, de Unidades de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru; de Unidades de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional e Bancos de Leite Humano. |
| Portaria Nº | Dilma Rousseff/ | Habilita Municípios e Estados a receberem recursos para ampliação |

| | | |
|--------------------------|-----------------------------------|---|
| 3.354/2013 | Alexandre Padilha | de: Centros de Parto Normal-CPN, Casas da Gestante Bebê e Puérpera-CGBP, Ambiente dos Serviços que Realizam Partos; de Leitos de Unidade Terapia Intensiva-UTI ADULTO, de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal- UTIN, de Unidades de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru; de Unidades de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional e Bancos de Leite Humano. |
| Portaria Nº 415/2014 | Dilma Rousseff/ Arthur Chioro | Inclui o procedimento interrupção da gestação/ antecipação terapêutica do parto previstas em lei e todos os seus atributos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/ Próteses e Materiais Especiais do SUS. |
| Portaria Nº 1.210/2014 | Dilma Rousseff/ Arthur Chioro | Habilita Municípios e Estados a receberem recursos referentes aos Investimentos para reforma de Centro de Parto Normal (CPN). |
| Portaria Nº 2.562/2014 | Dilma Rousseff/ Arthur Chioro | Habilita Municípios e Estados a receberem recursos referentes aos Investimentos para ampliação de Centro de Parto Normal (CPN) e Ambiente em Serviços que realizam Partos. |
| Portaria Nº 11/2015 | Dilma Rousseff/ Arthur Chioro | Diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN). |
| Portaria Nº 206/2016 | Dilma Rousseff/ Marcelo Castro | Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. |
| Portaria Nº 2.937/2016 | Dilma Rousseff/ Marcelo Castro | Reforma e Ampliação de Centros de Parto Normal - CPN, Casas de Gestante Bebê e Puérpera - CGBP e Ambiente dos serviços que realizam parto, Unidades de Terapia Intensiva Neonatal - UTIN, Unidades de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional - UCINCo e Unidades de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru - UCINCa |
| Portaria Nº 353/2017 | Michel Temer/ Ricardo Barros | Aprova as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. |
| Portaria Nº 1.084/2017 | Michel Temer/ Ricardo Barros | Exclusão da crítica no SIH/SUS para registro de cesarianas dos Estados que não formalizaram a adesão ao Pacto pela Redução da Taxa de Cesariana. |
| Resolução Nº 42/2018 | Michel Temer/ Gilberto Occhi | Diretrizes e estratégias para elaboração do plano de enfrentamento da Mortalidade Materna e na Infância, no contexto da agenda 2030 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável |
| Despacho nº 9087621/2019 | Jair Bolsonaro/ Luiz Mandetta | O posicionamento oficial do Ministério da Saúde é que o termo "violência obstétrica" tem conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado no <i>continuum</i> gestação-parto-puerpério. |

Fonte: Elaborado pela autora

A intensificação de publicações a partir do ano 2000 pode ser justificada pelos estímulos e cobranças provocados pela realização da CPI da Mortalidade Materna na Câmara dos Deputados, encampada por organizações de mulheres, como o CFEMEA (Centro Feminista de Estudos e Assessoria), uma ONG atuante desde 1989 em Brasília pela regulamentação de direitos previstos na Constituição¹⁷, assim como, a Rede Feminista de Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos, constituída em 1991, com abrangência nacional que agrega ONGs, grupos acadêmicos, feministas, conselhos, fóruns e profissionais da saúde¹⁸. Desta forma, agem pressionando o poder público inserindo o tema dos direitos à saúde da mulher na agenda política.

¹⁷ Disponível em: <https://www.cfemea.org.br/index.php/cfemea/nossa-historia>. Acesso em: 10/11/2020.

¹⁸ Disponível em: <https://redesaude.org.br/institucional/>. Acesso em: 10/11/2020

Requerida desde 1996, pela dep. Fátima Pelaes (MDB), a CPI foi executada em 2000 com objetivo de construir o perfil das ocorrências de mortes maternas no país, indicando suas causas e condições. Apresenta em seu relatório recomendações a uma série de órgãos públicos, incluído o Ministério da Saúde, que intensifica a publicação de programas nacionais pautados em diretrizes da Humanização. Por este motivo consideramos a CPI como um dos marcos para a construção de políticas públicas voltadas à assistência ao parto, agregando debates que vinham ocorrendo nos anos que precederam a execução da CPI. O relatório final foi divulgado em 2001, entre seus apontamentos, adverte que 68% da mortalidade materna no Brasil ocorrem durante os partos, sendo que em 98% dos casos as mortes foram consideradas como evitáveis (BRASIL, 2001, p.3). O documento traz em suas conclusões preocupações relacionadas à formação médica, à logística dos serviços de saúde, à discriminação social, às desigualdades de gênero e ao problema da falta de continuidade de programas do Ministério da Saúde em todos os níveis. É possível observar como as CPIs têm um enorme potencial como instrumento de investigação e pressão, principalmente quando associada a estratégias de divulgação de seus trabalhos e resultados.

Como destaque da década de 2010 tem-se a criação da Rede Cegonha (2011); a reorganização da Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários (2011); Diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (2013, 2014, 2015); Diretrizes de Assistência à operação cesariana (2016); e Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (2017) (Quadro 01).

Já a pesquisa nos arquivos virtuais da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vinculada ao Ministério da Saúde, responsável por regular o setor privado, encontrou apenas duas normativas, uma súmula publicada em 2012 sobre cobertura do parto e do recém-nascido, e uma resolução publicada em 2015, que prevê direito de acesso à informação por parte das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico (Quadro 02). Uma normativa muito citada em grupos de mulheres nas redes sociais como sugestão às gestantes que buscam atendimento na rede privada e pretendem realizar parto normal. Seria, assim, uma estratégia na

esfera individual para evitar equipes que tenham taxas altíssimas de cesarianas (perto de 100%).

Autoras como Gonçalves (2014), Diniz, *et al* (2016) e Domingues (2016) apontam o papel de profissionais da saúde na mudança de escolha sobre via de parto durante a gestação na rede suplementar, ao observar mulheres que ao início da gravidez e das consultas do pré-natal demonstram preferência em ter parto normal e até o final são convencidas a optar por uma cirurgia cesariana. Um fenômeno que se mostra recorrente na rede privada de atenção. As explicações para a preferência dos médicos em atendimentos particulares pela cirurgia estariam ligadas à possibilidade de previsibilidade relacionada ao tempo, o que permite a realização de um maior número de partos, assim, maior rendimento, e adequação de sua agenda de atendimentos (PIRES *et al*, 2010; DINIZ *et al*, 2016)

Quadro 2: Normas da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) voltadas à assistência ao parto (1988-2019)

| Tipo de Legislação / Ano | Presidente/ Ministro da Saúde | Descrição |
|-----------------------------|--------------------------------------|---|
| Súmula Normativa Nº 25/2012 | Dilma Rousseff/ Alexandre Padilha | Cobertura assistencial do parto, a inscrição do recém-nascido, filho natural ou adotivo, ou sob guarda ou tutela, quanto a inscrição do menor adotado, sob guarda ou tutela, ou cuja paternidade foi reconhecida e do aproveitamento da carência e quanto aos prazos de carência e à cobertura assistencial do recém-nascido. |
| Resolução Nº 368/2015 | Dilma Rousseff/ Arthur Chioro | Dispõe sobre o direito de acesso à Informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar. |

Fonte: Elaborado pela autora

Alguns acontecimentos importantes marcaram esse período contribuindo para compreender a ampliação do debate sobre humanização do parto na agenda das políticas públicas em saúde no país. Em 2011 o Brasil foi condenado pelo Comitê para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW) das Nações Unidas, após o *Center for Reproductive Rights* (organização jurídica de âmbito global dedicada aos direitos reprodutivos) e a ONG *Advocacia Cidadã por Direitos Humanos* (com sede no município de São Paulo) apresentarem uma reclamação internacional perante o CEDAW sobre o atendimento negligenciado e discriminatório que levou à morte da brasileira Alyne Pimentel Teixeira, negra e de classe baixa, em um hospital privado no município de Belford Roxo/RJ em 2002. Foi

o primeiro caso sobre mortalidade materna a ser decidido por um órgão internacional dos direitos humanos (CEDAW, 2008).

Outro acontecimento em 2011 foi a pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo e o SESC sobre Mulheres e Gênero. A presidenta da ADoulasRJ em entrevista realizada em 2021 aponta uma virada no cenário da Humanização do Parto de 2011 para 2012, impulsionada pelos resultados dessa pesquisa. Um deles gerou a expressão “Uma em cada quatro brasileiras já sofreram violência obstétrica”.

De acordo com a presidenta da ADoulasRJ essa frase, resultado do estudo, repercutiu como se finalmente tivessem conseguido provar que acontecia algo de errado, “que existia uma situação de violência de que a gente não conseguia nominar ou indicar como acontecia ou se existia em proporções fora das relações individuais”¹⁹. O debate quanto a divulgação dos resultados da pesquisa teria levado a um crescimento de pessoas em busca de outra experiência de parto. Em seu entendimento, intensifica-se uma discussão sobre parto domiciliar nesse período impulsionada pela constatação da existência de uma violência obstétrica.

No ano posterior, ocorreu a “Marcha pela Humanização do Parto” em 16 cidades do país, simultaneamente, e é considerada um marco para o movimento. A pesquisadora Aline Gonçalves, ao analisar o papel da internet para a realização da Marcha, demonstrou como o grande número de visualizações do vídeo divulgado pela terapeuta ocupacional, Sabrina Ferigatto, de seu parto domiciliar desencadeou uma série de acontecimentos, debates e ações que levaram à Marcha (GONÇALVES, 2013). Após a repercussão do vídeo, o programa “Fantástico” da TV Globo exibiu uma reportagem sobre o tema no dia 10 de junho de 2012, onde o médico Jorge Kuhn afirmou ser favorável ao parto domiciliar, o que ocasionou uma advertência do CREMESP, após denúncia encaminhada pelo CREMERJ. Tais ações dos Conselhos foram consideradas contrárias à bandeira da humanização, geraram indignação e uma mobilização que levou à Marcha Pela Humanização do Parto, dias depois, em 17 de junho de 2012.

No mês seguinte do mesmo ano, o CREMERJ publicou duas normativas, a Resolução nº 265/2012 e Resolução nº 266/2012, que dispõem, respectivamente, sobre a proibição da participação do médico em partos domiciliares, e sobre a

¹⁹ Retirado de anotações de caderno de campo.

responsabilidade do Diretor Técnico em relação à assistência perinatal prestada por pessoas não habilitadas e/ou de profissões não reconhecidas na área da saúde, onde tal participação é vedada (GONÇALVES, 2013). A Justiça Federal anulou as resoluções do CREMERJ em 2014, resultado de uma ação do Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro (COREN).

Os posicionamentos evidenciados nesses episódios apresentam-se em um contexto de disputas envolvendo o tema de humanização da assistência ao parto, indicando conflitos profissionais e políticos entre os grupos envolvidos e controvérsias científicas, que acabam refletindo na formulação de políticas públicas. Por este motivo, além de fazer um levantamento extenso das legislações publicadas pelos órgãos competentes, a proposta deste capítulo é contextualizar algumas dessas publicações, o que foi possível, a partir da leitura de produções acadêmicas anteriores e matérias jornalísticas que abordaram alguns desses processos.

Esta pesquisa inseriu as eleições de 2018 como um dos momentos históricos que demarcam mudanças no trato dos temas relacionados à assistência ao parto por órgãos públicos. Uma das justificativas para esta decisão está na publicação do Despacho SEI/MS – 9087621/2019 pelo Ministério da Saúde em maio de 2019 sobre violência obstétrica, e a repercussão gerada marcada por expressões como *viés ideológico*, *histeria*, *pessoas radicais* e *feministas*, que apareceram como críticas às mulheres organizadas pela humanização, expressões essas que também estiveram presentes em discursos considerados ultraconservadores durante o pleito de 2018.

Mencionado no capítulo I, o documento do MS considera o termo violência obstétrica inadequado e aponta investida do Ministério em utilizar estratégias para a “abolição do seu uso”, justificada pela “impropriedade da expressão violência obstétrica” (BRASIL, 2019). Esse posicionamento do Ministério da Saúde logo nos primeiros meses do governo federal eleito em 2018 demonstrou uma ruptura da pasta em relação ao que assinalava nas últimas décadas sobre o tema (BULHÕES, CAMPOS & BARBOSA, 2020).

O texto citou como base o Parecer nº 32/2018 do CFM publicado em dezembro de 2018, cujo conteúdo afirma que a expressão violência obstétrica é “uma agressão contra a medicina e especialidades de ginecologia e obstetrícia, contrariando conhecimentos científicos consagrados, reduzindo a segurança e a eficiência de uma boa prática assistencial e ética” (CFM, 2018). Parecer este

publicado em resposta à consulta do Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal (CRM-DF) a respeito da “proliferação de leis sobre violência obstétrica”, o que demonstra a preocupação de entidades médicas com relação às normativas publicadas com o objetivo de informar, prevenir e proteger as mulheres contra as violências na assistência obstétrica. As palavras informação, prevenção e proteção estão presentes na maioria das descrições das legislações sobre violência obstétrica levantadas por esta pesquisa, como poderá ser observado nos tópicos seguintes.

Essa decisão do MS provocou reações diversas em entidades envolvidas com o tema, que se manifestaram por meio de notas de apoio ou repúdio publicadas em sites e perfis das redes sociais, com repercussão em jornais *online* de grande circulação. Evidenciando mais um conflito entre os órgãos e organizações envolvidos com a questão. Sindicatos de médicos e conselhos de medicina como o Conselho Federal de Medicina (CFM), Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ), Conselho Regional de Medicina da Bahia (CREMEB), Sindicato Médico do Rio Grande do Sul (SIMERS) e Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), entre outros, exprimiram apoio ao desuso do termo.

Já manifestações contrárias à posição do Ministério da Saúde partiram do Ministério Público Federal (MPF); Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), Associação Nacional dos Defensores Públicos Federais (ANADEF); Conselho Nacional dos Direitos Humanos (CNDH), ou seja, órgãos ligados ao direito e ao campo jurídico; além do Conselho Nacional de Enfermagem (COFEN); Liga Acadêmica de Enfermagem em Saúde da Mulher e do Neonato (LAESMN/Unirio); o grupo de pesquisa Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz); a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), destoando das demais entidades médicas a se manifestarem; ONG Artemis, atuante na prevenção e erradicação de violências contra as mulheres; a organização formada por usuárias do sistema de saúde “Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa”; a REHUNA; Associações de Doulas dos estados do RJ, AL e SE; e a Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher da Câmara dos Deputados, que apresentou o Requerimento nº 29/2019 para realização de Audiência Pública nomeada “Enfrentamento à violência obstétrica no Brasil”, realizada dois meses depois na Câmara dos Deputados com a

presença da presidente da REHUNA, Daphne Rattner; a coordenadora do Núcleo de Promoção e Defesa dos Direitos das Mulheres da Defensoria Pública de São Paulo, Paula de Souza; o presidente do CFM, Alceu Pimentel; a representante da ADOULASRJ, Janaína Gentili; o obstetra membro do CREMERJ Raphael Câmara; e a dep. estadual Janaína Paschoal (SP). Colocando, assim, partes desse conflito em debate.

Em algumas notas de apoio ao MS analisadas, assim como, no Parecer CFM nº 32/2018 observa-se que determinados grupos são considerados responsáveis pela tensão existente entre médicos e pacientes, que se estabeleceria a partir dos usos do termo violência obstétrica e das transformações nas formas de cuidado que buscam disseminar. De acordo com os textos, esses grupos seriam formados por “pessoas radicais”, “feministas”, “antimedicina”, “não médicos”, “a maioria dos quais não participa do atendimento a pacientes”, “de viés ideológico” (CFM, 2018; CREMERJ, 2019; CREMEB, 2019; SIMERS, 2019). O conteúdo do Parecer nº 32/2018 do CFM expõe, inclusive, uma marca histórica de tentativa de inferiorização das mulheres ao associá-las à loucura, afirmando que a expressão “violência obstétrica”, que reivindicam, é “impregnada de uma agressividade que beira a histeria” (CFM, 2018).

Esses episódios evidenciam uma intensificação do ambiente conflituoso que envolve o debate sobre humanização do parto, protagonizando o Ministério da Saúde uma decisão que contraria entidades e movimentos sociais pró humanização do parto, ao propor censura de um termo amplamente difundido e utilizado por eles.

É possível observar a complexidade dos atores envolvidos nesses conflitos. E chama atenção neste caso, além da inquietação com o uso da expressão “violência obstétrica”, a preocupação da maior parte das entidades médicas em se manifestarem com relação às legislações que dispõem sobre o assunto. Essas legislações constam no próximo tópico, onde será abordada a atividade legislativa no país a respeito da assistência ao parto.

II.2. O tema e a agenda no Legislativo: Congresso Nacional, Assembleias Estaduais e Câmara Distrital

Foram selecionadas legislações aprovadas pelas casas legislativas a níveis estaduais e federais relacionadas à assistência ao parto. Algumas das tendências observadas anteriormente nas publicações do Ministério da Saúde podem ser encontradas de forma semelhante na análise desse arcabouço normativo, que também amplia o debate acerca da humanização a partir dos anos 2000, principalmente nas Assembleias Estaduais e na Câmara Distrital.

Além da realização no ano 2000 da CPI da Mortalidade Materna, citada anteriormente e de intensa repercussão, o Congresso Nacional aprovou na primeira década dos anos 2000 matérias pela garantia às parturientes à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no SUS (2005), assim como, pela estratégia de conhecimento e vinculação à maternidade²⁰ onde a gestante receberá assistência pelo SUS (2007) (Quadro 03).

Quadro 3: Leis aprovadas pelo Congresso Nacional voltadas à assistência ao parto: 1988-2019

| Lei / Ano | Proposição original/ Partido | Descrição |
|---------------------|--------------------------------|--|
| Lei Nº 11.108/ 2005 | PL Nº 2.915/2004 - PT/SC | Garantir as parturientes o direito a presença acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no SUS. |
| Lei Nº 11.633/2007 | PL Nº 30/2007 - PMDB/ES | Acesso a informações sobre as possibilidades e os benefícios da doação voluntária de sangue do cordão umbilical e placentário durante o período de consultas pré-natais e no momento da realização do parto. |
| Lei Nº 11.634/2007 | PL Nº 3.133/2004 - PSB/SP | Conhecimento e vinculação à maternidade onde a gestante receberá assistência pelo SUS |
| Lei Nº 12.895/2013 | PL Nº 5.672/2009 - PMDB/MT | Obriga hospitais de todo o País a manter, em local visível de suas dependências, aviso informando sobre o direito da parturiente a acompanhante |
| Lei Nº 13.434/2017 | PL Nº 4.176/2015 - PCdoB/SC | Veda o uso de algemas em mulheres grávidas durante o parto e durante a fase de puerpério imediato. |
| Lei Nº 13.436/2017 | PL Nº 3.170/2015 - PHS/PR | Direito a acompanhamento e orientação à mãe com relação à amamentação. |

Fonte: Elaborado pela autora

Destacamos o envolvimento de movimentos sociais como agentes de pressão para a aprovação da Lei Federal nº 11.108/2005, que prevê o direito a acompanhante. Essa mobilização teve origem em uma articulação do núcleo da REHUNA de Santa Catarina, que havia contribuído em 2002 para a elaboração e

²⁰ Para reflexões, a partir de pesquisa etnográfica, acerca da presença de acompanhantes e realização de visitas de vinculação à uma maternidade humanizada, ver Mendonça (2018).

aprovação da Lei Estadual nº 12.333/2002, pela Assembleia Legislativa de Santa Catarina (Quadro 05). Esta parceria levou integrantes da REHUNA ao Senado em 2005 para defender a proposta do projeto nacional de mesma natureza, que foi aprovado e sancionado como lei (RATTNER, SANTOS, LESSA & DINIZ, 2010).

A preocupação com a violência se expressa na elaboração das leis. Mesmo aquelas que não dispõem especificamente sobre a violência obstétrica, como as relacionadas ao direito a acompanhante e doula, são demandas dos movimentos sociais justificadas, tanto pela questão subjetiva de conforto da mulher em se sentir amparada por pessoas de sua escolha, como são justificadas enquanto estratégias para inibir a ocorrência de violência obstétrica durante o atendimento hospitalar. Tais manifestações, em alguma medida, foram acolhidas pelo legislativo brasileiro, ao tratar dessas questões em sua produção normativa.

A década de 2010 apresenta uma intensificação nos debates, as discussões mantiveram-se na agenda do Congresso Nacional nessa década, com destaque para a aprovação das leis que preveem: Obrigatoriedade dos hospitais de todo o país a manter em local visível de suas dependências aviso informando sobre o direito da parturiente a acompanhante (2013); Proibição do uso de algemas em mulheres grávidas durante o parto e durante a fase de puerpério imediato (2017); Garantia do direito a acompanhamento e orientação à mãe com relação à amamentação (2017) (Quadro 03).

Os debates se ampliam ainda por meio de projetos de leis em tramitação, que dispõem sobre: Oferecimento de condições que possibilitem a ocorrência do parto humanizado nos estabelecimentos do SUS (2013); Permissão da presença de doula (2013); Designação de locais de internação específicos para mulheres cuja gravidez resultou em aborto, morte fetal ou perinatal (2016); Medidas de proteção contra a violência obstétrica (2017); Equipe multidisciplinar (2015); Avaliação psicológica (2015); Instituição de cursos de humanização no atendimento às gestantes (2017); Possibilidade de optar pelo parto cesariano, a partir da trigésima nona semana de gestação (2019). (Quadro 04).

Quadro 4: Proposições Legislativas apresentadas ao Congresso Nacional voltadas à assistência ao parto (1988-2019)

| Projetos de Leis e outras proposições/ Ano/ Partido | Situação | Descrição |
|--|---|---|
| PLS Nº 430/2003 - PSDB/GO | Arquivado | Sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de humanização do atendimento pelos hospitais do País. |
| PL Nº 2.354/2003 - PSB/AP | Arquivado | Exercício da profissão de parteira tradicional. |
| PLS Nº 08/2013 - PTB/DF | Em tramitação | Incluir a obrigatoriedade de obediência às diretrizes e orientações técnicas e o oferecimento de condições que possibilitem a ocorrência do parto humanizado nos estabelecimentos de saúde do SUS. |
| PL Nº 5.304/2013 - PT/SP | Apensado PL Nº 6567/2013 (origem: PLS Nº 08/2013) | Permite a presença de um acompanhante e uma doula no período de trabalho parto. |
| PLS Nº 378/2014 - PP/RS | Em tramitação | Acerca da humanização das relações e dos processos de atenção e gestão em saúde, e estabelece o direito do usuário a acompanhante na assistência à saúde, hospitalar e ambulatorial, e a visita aberta na internação. |
| PL Nº 7.633/2014 - PSOL/RJ | Apensado ao PL Nº 6567/2013 (origem: PLS Nº 08/2013) | Humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal. |
| PEC Nº 100/2015 - PMDB/PB | Em tramitação | Disponibiliza às gestantes, equipe composta por Pediatra, Ginecologista, Obstetra, Enfermeiros e Psicólogo, para atenção integral durante o período do pré-natal, parto, e pós-parto, no âmbito do SUS. |
| PL Nº 359/2015 - PSB/AP | Retirado pelo autor | Qualificação para parteiras tradicionais e incluir sua atividade no âmbito do SUS. |
| PL Nº 702/2015 - PSDB/GO | Em tramitação | Dispõe sobre a avaliação psicológica de gestantes e puérperas. |
| PL Nº 882/2015 - PSOL/RJ | Apensado PL Nº 313/2007 | Estabelece políticas para saúde sexual, educação sexual e direitos reprodutivos. |
| PL Nº 4.126/2015 - PSD/RJ | Apensado ao PL 6567/2013 (origem: PLS Nº 08/2013) | Normatiza o direito ao parto humanizado na rede pública de saúde |
| PL Nº 4.662/2016 - PCdoB/SC | Apensado PL Nº 5304/2013 | Assegura às parturientes o direito de serem acompanhadas por doulas. |
| PL 4.996/2016 - (Origem: PLS Nº378/ 2014) | Apensado PL 6567/2013 (origem: PLS Nº 08/2013) | Direito do usuário a acompanhante na assistência à saúde, hospitalar e ambulatorial e a visita aberta na internação. |
| PL Nº 5.687/2016 - PSC/MT | Arquivado (Rejeição nas Comissões de mérito) | Dispõe sobre o direito de pedido de cesariana à gestante ao completar no mínimo 37 semanas de gestação. |
| PL Nº 6.244/2016 - PSD/PB | Em tramitação | Designação de locais de internação diferentes das demais puérperas para mulheres cuja gravidez resultou em aborto, morte fetal ou perinatal. |
| PL Nº 7.485/2017 - PT/RJ | Apensado PL 6244/2016 | Designação de locais de internação diferentes das demais puérperas para mulheres cuja gravidez resultou em aborto, morte fetal ou perinatal. |
| PL Nº 7.867/2017 - PCdoB/MG | Apensado ao PL Nº 7633/2014 | Sobre medidas de proteção contra a violência obstétrica. |
| PL Nº 8.363/2017 - PT/DF | Em tramitação | O exercício profissional da atividade de Doula. |
| PL Nº 9.372/2017 - PT/AC | Apensado PL 6567/2013 (origem: PLS Nº 08/2013) | Autoriza o Poder Executivo a instituir cursos de humanização no atendimento às gestantes. |
| PL Nº 119/2019 - PODE/SP Substituto do PL 3901/201 | Em tramitação | Incluir a execução de ações que garantam atenção humanizada às mulheres no Sistema Único de Saúde (SUS). |
| PL Nº 130/2019 - PODE/SP | Em tramitação | Garantir atendimento ambulatorial e psicológico à menor gestante |

| | | |
|---|--------------------------------|--|
| Substituto do PL 626/2011 | | |
| PL Nº 376/2019 -PT/SP | Retirado pelo autor | Presença de doulas em maternidades, casas e parto, e estabelecimentos hospitalares. |
| PL Nº 878/2019 - PSOL/RJ, MG, RS, SP | Apensado PL Nº 7633/2014 | Humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. |
| PL Nº 1.704/2019 - PRB/DF | Em tramitação | Institui a Política Nacional de Diagnóstico e Tratamento da Depressão Pós-parto. |
| PL Nº 3.635/2019 - PSL/SP, MG, PR | Apensado ao PL Nº 4126/2015 | Garante à gestante a possibilidade de optar pelo parto cesariano, a partir da trigésima nona semana de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal. |
| PL Nº 3.947/2019 - PSD/AC | Em tramitação | Garante à parturiente a possibilidade de optar pelo parto cesariano, a partir da trigésima nona semana de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal. |

Fonte: Elaborado pela autora

Alguns desses projetos também foram elaborados com a participação de organizações formadas majoritariamente por mulheres, são exemplos os casos do PLS nº 08/2013, desenvolvido por esforços da REHUNA, com o objetivo de garantir condições de ocorrência de parto humanizado nos estabelecimentos do SUS (RATTNER, SANTOS, LESSA & DINIZ, 2010). E o PL nº 882/2015, que ressalta iniciativas no âmbito da saúde sexual e dos direitos reprodutivos, elaborado com o apoio da ONG Artemis.

Diversos estados e municípios também têm legislado sobre tais questões nas últimas décadas, alguns formulando suas leis com base na legislação federal anteriormente sancionada, outros se adiantando em relação a certos temas, aprovando matérias sem a existência de uma lei federal precedente. Estes são os casos de leis que garantem a presença de doulas durante o parto nos estados do Amazonas, Amapá, Roraima, Rondônia, Santa Catarina, Rio de Janeiro e Goiás, por exemplo; leis para a prevenção de violência obstétrica nos estados de Rondônia, Santa Catarina, Paraná, Goiás, Mato Grosso do Sul e Minas Gerais e Distrito Federal; e possibilidade de optar pelo parto cesariano, a partir da trigésima nona semana de gestação no estado de São Paulo (2019) (Quadro 05).

Quadro 5: Leis aprovadas pelas Assembleias Legislativas e Câmara Distrital voltadas à assistência ao parto (1988-2019)

| Lei / Ano | UF | Descrição |
|----------------------------|----|---|
| LEI 4.559/1991 - PSDB | ES | Garantia Assistencial Integrada a Saúde da Mulher. |
| LEI 391/1992 - PDT | DF | Obrigatoriedade da presença de um neonatologista na sala de parto e no berçário das maternidades e dos hospitais. |
| LEI Nº 5.815/1998 - PSD | ES | Cria o Programa Casa da Gestante. |

| | | |
|---|----|--|
| Lei Nº 10.241/1999 - PT | SP | Direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde, incluindo direito ao acompanhante. |
| Lei Nº 2.527/2000 - PSDB | DF | Dispõe sobre a reserva de enfermaria nos hospitais públicos às parturientes que tiveram filhos sem vida. |
| Lei Nº 12.133/2002 - PT (revogada pela Lei nº 13.061/2004) | SC | Presença de acompanhante no processo do parto nos hospitais da rede pública ou conveniados do SUS. |
| Lei Nº 7.690/2003 - PPS | ES | Direito à presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais da rede pública de saúde e conveniados. |
| LEI Nº 1.556/2004 | AC | Presença de acompanhante no processo do parto nos hospitais da rede pública ou conveniada do SUS. |
| Lei Nº 14.352/2004 - PSDB | PR | Direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS. |
| Lei Nº 12.157/2004 -PL | RS | Presença de acompanhante durante o processo de parto nos hospitais |
| Lei Nº 13.061/2004 - PT | SC | Presença de acompanhante no pré-natal e processo de nascimento na rede pública, credenciada e/ou conveniada, do SUS. |
| Resolução Nº 850/2005 - PT | RJ | Institui no âmbito da ALERJ o prêmio Leila Diniz – pré-natal e parto seguro e saudável. |
| LEI Nº 1.026/2006 - MDB | AP | Cria Programa de Combate à Mortalidade Materna. |
| Lei Nº 15.561/2006 | GO | Presença de acompanhante no processo do parto no serviço público de saúde. |
| Lei Nº 9.852/2006 | BA | Presença de acompanhante nos hospitais públicos e contratados do SUS. |
| LEI Nº 12.280/2006 - PTN | SP | Dispõe sobre a comunicação, à Secretaria da Saúde, de óbitos de mulheres durante a gravidez, ou a ela relacionados. |
| LEI Nº 1.097/2007 - PMDB | AP | Reconhece de Utilidade Pública Estadual, a entidade "Conselho das Associações das Parteiras do Amapá. |
| LEI Nº 13.069/2008 - DEM | SP | Obriga os hospitais públicos e privados conveniados ao SUS a informar sobre o direito de acompanhante à parturiente. |
| LEI Nº 7.265/2009 | PA | Direito a acompanhante nos hospitais públicos e conveniados. |
| LEI Nº 13.959/2009 | PE | Programa Mãe Coruja Pernambucana para promover a redução da morbi-mortalidade materna e infantil e qualificar a atenção integral e humanizada à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal. |
| LEI Nº 3.790/2009 | MS | Obriga os hospitais públicos e privados conveniados ao SUS a informar sobre o direito de acompanhante à parturiente. |
| LEI Nº 4.075/2011 | MS | Proíbe a cobrança de qualquer valor ou taxa por maternidades particulares, para permitir que o pai ou acompanhante assista ao parto no centro obstétrico. |
| Lei Nº 9.602/2011 -AVANTE | PB | Obrigatoriedade de afixação nos hospitais e maternidades de placas informando o direito à presença de acompanhante durante todo o período de trabalho de parto e pós-parto imediato. |
| LEI Nº 14.396/2011 - PTB | SP | Proíbe a cobrança por maternidades particulares, para permitir que o pai ou acompanhante assista ao parto no Centro Obstétrico. |
| LEI Nº 14.544/2011 - PSDB | SP | Institui o Programa "Rede de Proteção à Mãe Paulista". |
| LEI Nº 14.832/2012 - PSDB | SP | Cria o Programa de Saúde da Mulher Detenta. |
| LEI Nº 7.630/2012 | PA | Criação de Campanha Publicitária de Incentivo ao Parto Normal. |
| LEI Nº 2.598/2012 - SD | AC | Proíbe o uso de algemas em mulheres em período de gestação, durante e depois do parto. |
| Lei Nº 6.586/2013 - PRB | RJ | Institui a rede de proteção à mãe fluminense. |
| Lei Nº 6.628/2013 - PRTB | RJ | Proíbe a cobrança por maternidades particulares, para permitir que o pai ou acompanhante assista ao parto no centro obstétrico. |
| Lei Nº 4.072/2014 - PV | AM | Maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares congêneres, da rede pública e privada devem permitir a presença de "doulas" durante período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. |
| Lei Nº 5.534/2015 - PT | DF | Institui o Estatuto do Parto Humanizado. |

| | | |
|--|----|--|
| Lei Nº 10.548/2015 - PMDB | PB | Institui o pacto estadual social para humanização da assistência ao parto e nascimento em todos os estabelecimentos de saúde. |
| Lei Nº 1.946/2015 - PSB | AP | Regulamentação e o exercício da profissão de doulas. |
| Lei Nº 293/2015 - SD | AM | INSTITUI o "Dia Estadual da Doula". |
| Lei Nº 1.009/2015 - PSC | RR | Garante às parturientes de doula durante o parto. |
| Lei Nº 3.657/2015 - PSDC | RO | Presença de doulas durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, nas maternidades, casas de parto e estabelecimentos da rede pública e privada. |
| Lei Nº 15.759/2015 - PSDB | SP | Direito ao parto humanizado nos estabelecimentos públicos de saúde. |
| LEI Nº 22.422/2016 - PPS | MG | Estabelece objetivos e diretrizes para a adoção de medidas de atenção à saúde materna e infantil. |
| Lei Nº 7.191/2016 - PSD | RJ | Direito ao parto humanizado na rede pública de saúde. |
| Lei Nº 7.193/2016 - PSOL | RJ | Proíbe o uso de algemas em presas ou internas parturientes. |
| Lei Nº 7.314/2016 - PPS | RJ | Obrigatoriedade das maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares congêneres da rede pública e privada em permitir a presença de doulas durante o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. |
| Lei Nº 3.169/2016 - PODE | AC | Institui o programa de humanização da assistência ao parto e ao nascimento em todos os estabelecimentos de saúde. |
| LEI Nº 1.979/2016 - PSB | AP | Maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares congêneres, da rede pública e privada, ficam obrigados a permitir a presença de doulas durante todo período de trabalho de parto e pós-parto imediato. |
| LEI Nº 2.041/2016 - PTB | AP | Criação de Campanha Publicitária de Incentivo ao Parto Normal. |
| LEI Nº 2.077/2016 - PTB | AP | Proíbe o uso de algemas em presas ou internas parturientes. |
| Lei Nº 3.113/2016 - PSDB | TO | Institui o Estatuto do Parto Humanizado. |
| Lei Nº 10.648/2016 - PT | PB | Presença de doulas durante o pré-natal, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nas maternidades da rede pública e privada. |
| LEI Nº 7.778/2016 - PMDB | AL | Institui a semana estadual de conscientização sobre os direitos da gestante. |
| LEI Nº 14.950/2016 - PCdoB | RS | Institui a semana estadual de conscientização sobre os direitos das gestantes. |
| Lei Nº 16.869/2016 - PSD, PCdoB | SC | Presença de doulas durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto. |
| Lei Nº 7.791/2017 - PSD | RJ | Inclui no calendário oficial do estado o dia estadual da doula, a ser comemorado anualmente no dia 18 de dezembro. |
| LEI Nº 16.395/2017 - PSB | SP | Institui a Semana de Incentivo ao Parto Normal e Humanizado. |
| Lei Nº 17.097/2017 - PCdoB | SC | Medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica. |
| Lei nº 19.207/2017 - PRB Revogado pela Lei Nº DE 20/11/2018 | PR | Medidas de informação e proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica. |
| Lei Nº 19.790/2017 - PR | GO | Institui a Política Estadual de Prevenção à Violência Obstétrica. |
| Lei Nº 7.873/2017 - MDB | AL | Direito ao parto humanizado nos estabelecimentos de saúde pública. |
| Lei Nº 10.905/2017 - PSB | PB | Direito a acompanhante no atendimento médico nas redes pública e privada. |
| Lei Nº 19.701/2018 | PR | Sobre a violência obstétrica, sobre direitos da gestante e da parturiente e revoga a Lei nº 19.207, de 1º de novembro de 2017, que trata da |

| | | |
|-------------------------------|----|---|
| - PRB | | implantação de medidas de informação e proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica. |
| LEI Nº 23.175/2018 - PT | MG | Atendimento humanizado à gestante, à parturiente e à mulher em situação de abortamento, para prevenção da violência na assistência obstétrica. |
| Lei Nº 8.063/2018 - MDB | RJ | Inclui no calendário oficial a Semana Estadual de Conscientização sobre os direitos das gestantes, a ser celebrada, anualmente, na semana do dia 15 de agosto. |
| Lei Nº 10.675/2018 - PV | MT | Presença de doulas durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto. |
| Lei Nº 10.676/2018 - DEM | MT | Torna obrigatório que todos os hospitais e maternidades públicos e privados, tenham sala adequada para a realização de parto natural ou humanizado. |
| Lei Nº 5.217/2018 - PATRI | MS | Implantação de medidas de informação e de proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica. |
| Lei Nº 20.072/2018 - PCdoB | GO | Presença de doulas durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto. |
| Lei Nº 6.144/2018 - PT | DF | Implantação de medidas de informação a mulheres grávidas e paridas sobre a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, visando, principalmente, à proteção delas no cuidado da atenção obstétrica. |
| LEI Nº 3.385/2018 - PSDB | TO | Implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica |
| LEI Nº 2.359/2018 - PSC | AP | Institui a Política Estadual de Atenção a Gestantes, Puérperas e Crianças em Situação de Vulnerabilidade e Risco Social e Pessoal. |
| LEI Nº 8.307/2019 - PSB | RJ | Cria o programa Toda Mulher Merece uma Doula. |
| LEI Nº 17.137/2019 - PSL | SP | Garante à parturiente optar pela cesariana, a partir da trigésima nona semana de gestação, bem como analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal. |
| LEI Nº 6.287/2019 - PTN | DF | Institui a Política Distrital de Atendimento à Gestante. |
| LEI Nº 6.358/2019 - PTB | DF | Altera a Lei nº 5.534/2015, que institui o Estatuto do Parto Humanizado. |
| LEI Nº 126/2019 - MDB | AM | Obrigatoriedade de hospitais, clínicas e postos de saúde afixarem cartaz informando sobre a Lei Federal nº 11.108/2005, que assegura a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. |
| LEI Nº 4.749/2019 - REDE | AM | Parto humanizado e o plano de parto individual (PPI) nos estabelecimentos da rede pública e nos estabelecimentos conveniados. |
| LEI Nº 4.848/2019 - MDB | AM | Implantação de medidas contra a violência obstétrica nas redes pública e particular. |
| LEI Nº 4.893/2019 - PL | AM | Institui a Caminhada ao Combate à Violência Obstétrica. |
| LEI Nº 5.007/2019 - MDB | AM | Obrigatoriedade de hospitais, clínicas e postos de saúde afixarem cartaz informando sobre a Lei Federal nº 11.108/2005, que assegura a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. |
| LEI Nº 5.041/2019 - MDB | AM | Institui o Dia Estadual de Conscientização da Violência Obstétrica. |
| LEI Nº 8.129/2019 - MDB | AL | Direito à presença de doulas durante o trabalho de parto, parto e pós-parto. |
| LEI Nº 8.130/2019 - MDB | AL | Direito ao parto humanizado nos estabelecimentos de saúde pública. |
| LEI Nº 8.156/2019 -PRTB | AL | Atendimento psicológico às gestantes em hospitais da rede pública. |
| LEI Nº 1.6837/2019 - PT | CE | Institui o Estatuto do Parto Humanizado. |

Fonte: Elaborado pela autora

O caso da aprovação da Lei nº 17.137/2019 no estado de São Paulo, que dispõe sobre a possibilidade de optar pelo parto cesariano a partir da trigésima nona semana de gestação, foi outro elemento que contribuiu para a decisão da pesquisa

em considerar as eleições de 2018 como um dos marcos que apontam determinadas variações e tendências sobre o tema. A legislação em evidência é de autoria da dep. estadual Janaína Pascoal (PSL), que ganhou destaque durante o processo de impeachment da presidenta Dilma Rousseff em 2016, enquanto uma das autoras do pedido. A autora candidatou-se em 2018 à deputada estadual em São Paulo, sendo eleita e passando a compor a legislatura a partir de 2019, quando conseguiu aprovar o projeto de lei na ALESP, recebendo apoio do CREMESP e críticas por parte de profissionais e ativistas pela humanização do parto e do Núcleo de Defesa da Mulher da Defensoria do estado de São Paulo (NUDEM/SP).

A campanha pela aprovação da lei por parte da deputada gerou a reprodução de projetos de lei com mesmo conteúdo em, pelo menos, doze estados identificados pela pesquisa, são eles: SC, MG, RJ, ES, PB, PI, AL, BA, MT, AP, RO e AC (Quadro 06)

Em julho de 2020, o Tribunal de Justiça do estado de SP julgou pela inconstitucionalidade da Lei estadual nº 17.137/2019, sob o entendimento que esta extrapola os limites constitucionais do estado de São Paulo, compondo mais um caso de conflito envolvendo personagens e instituições variadas do campo político, da saúde e da justiça. Ao longo da apresentação dos dados colhidos pela pesquisa é possível observar como muitos conflitos foram judicializados relacionados a publicações de normas e legislações.

Quadro 6: Proposições legislativas apresentadas às Assembleias Estaduais voltadas às políticas de parto (1988-2019)

| Tipos de Legislação / Ano | UF/ Situação | Descrição |
|----------------------------------|---------------------------------|--|
| PL Nº 906/2005 - PT | PB Vetado pelo Governador | Institui o parto e nascimento humanizados nos hospitais e maternidades do estado da Paraíba, assegurando direitos básicos da parturiente. |
| PL Nº 2.800/2009 - MDB | RJ Arquivado | Criação de campanha publicitária de incentivo ao parto normal. |
| PL Nº 463/2011 - AVANTE | PB Em tramitação | Obrigatoriedade de afixação nos hospitais e maternidades de placas informando o direito à presença de acompanhante durante todo o período de trabalho de parto e pós-parto imediato. |
| PL Nº 738/2013 - MDB | SP Em tramitação | Programa de Orientação em Saúde e Atendimento Social às Gestantes e implanta medidas de informação |
| PL Nº 676/2015 - PCdoB | RJ Em tramitação | Presença de equipe multiprofissional para acompanhamento de todas etapas dos partos. |
| PL Nº 1.232/2015 - PSOL | RJ Em tramitação | Política estadual de combate à violência obstétrica. |
| PL Nº 21.315/2015 - PSDB | BA Em tramitação | Campanha de Incentivo ao Parto Normal e Humanizado. |
| PL Nº 21.379/2015 - PCdoB | BA Em tramitação | Institui que toda gestante tem direito ao conhecimento e a vinculação à maternidade na qual será realizado seu parto, e em caso de intercorrência pré-natal. |

| | | |
|------------------------------|---|---|
| PL Nº 21.427/2015 - PSDB | BA Em tramitação | Proíbe o uso de algemas em mulheres antes, durante e depois do parto. |
| PL Nº 265/2016 - PSD | MT Arquivado com Parecer contrário | Semana Estadual de Conscientização sobre os Direitos das Gestantes. |
| PL Nº 21.931/2016 - PCdoB | BA Em tramitação | Maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares congêneres, da rede pública e privada do estado da Bahia ficam obrigados a permitir a presença de doulas durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, sempre que solicitadas pela parturiente. |
| PL Nº 316/2017 - PT | RS Em tramitação | Política Estadual de Prevenção e Combate à Violência Obstétrica. |
| PL Nº 1.341/2017 - PSB | PB Arquivado com Parecer contrário nas Comissões | Sobre o pagamento das despesas por parte dos planos de saúde com parto ou procedimento de urgência realizado antes do termo do período de carência. |
| PL Nº 115/2017 - PSB | PI Em tramitação | Direito ao parto humanizado em todos os estabelecimentos públicos e privados. |
| PL Nº 26/2017 - SD | MT Arquivado com Parecer contrário | Implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica. |
| PL Nº 104/2017 - PV | MT Rejeitado | Programa de atenção à saúde da mulher em situação prisional. |
| PL Nº 146/2017 - PV | MT Arquivado com Parecer contrário Comissões | Semana de Incentivo ao parto Normal e Humanizado, a ser realizada anualmente na primeira semana do mês de maio. |
| PL Nº 301/2017 - SD | MT Veto total | Dispõe sobre a avaliação psicológica de gestantes e puérperas. |
| PL Nº 406/2017 - SD | MT Veto total | Obrigatoriedade da rede pública de saúde que venha a oferecer leito separado para mães de natimorto e mães com óbito fetal e, se necessário ou solicitado, com acompanhamento psicológico. |
| PL Nº 551/2017 - PV | MT Arquivado | Institui o Dia Estadual das Doulas, a ser comemorado, anualmente, em 18 de dezembro. |
| PL Nº 3.369/2017 - PCdoB | RJ Em tramitação | Obrigatoriedade das maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares congêneres, da rede pública e privada, permitir a entrada e permanência de enfermeiras obstétricas autônomas, sempre que solicitadas pela mulher, durante o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. |
| PL Nº 405/2017 - MDB | ES Em tramitação | Direito ao parto humanizado nos estabelecimentos públicos de saúde. |
| PL Nº 2.437/2018 - PCdoB | SC Em tramitação | Institui o Selo Lugar Amigo do Parto Humanizado. |
| PL Nº 4.275/2018 - PSB | RJ Em tramitação | Ficam obrigadas a maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares congêneres a divulgar em suas mídias oficiais, impressa ou na internet, e em locais públicos, placas contendo o seguinte texto: "é direito da mulher gestante a presença de doulas e de acompanhante durante o pré-parto, parto e pós-parto. |
| PL Nº 4.968/2018 - PDT | MG | Direito ao parto humanizado nos estabelecimentos públicos de saúde. |
| PL Nº 5.054/2018 - PT | MG | Proíbe o uso de algemas em presas ou internas parturientes. |
| PL Nº 799/2018 | GO Em tramitação | Cria a Política de Atendimento às Gestantes de Goiás. |
| PL Nº 2.267/18 - PTB | GO Vetado pelo Governador | Altera a Lei nº 19.790/17, que institui a Política Estadual de Prevenção à Violência Obstétrica. |
| PL Nº 14/2019 - PV | AC | Implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica e institui a obrigatoriedade da permissão da presença de doulas durante o pré-natal, e nos períodos pré-parto, parto e pós-parto. |
| PL Nº 137/2019 - MDB | AC | Garante à gestante a possibilidade de optar pelo parto cesariano, a partir da trigésima nona semana de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal. |
| PL Nº 180/2019 | AC | Direito à presença de um intérprete da língua brasileira de sinais - libras, |

| | | |
|------------------------------|---------------------------------|--|
| - MDB | | para acompanhar a consulta de pré-natal e o trabalho de parto da gestante com deficiência auditiva. |
| PL Nº 207/2019 - MDB | RO Vetado pelo Governador | Institui autonomia à gestante, possibilitando a opção pelo parto cesariano, a partir da trigésima nona semana de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal. |
| PL Nº 230/2019 - PROS | RO Em tramitação | Autoriza o Poder Executivo a disponibilizar um intérprete da Língua Brasileira de Sinais – LIBRAS, às mulheres gestantes portadoras de deficiência auditiva, a fim de acompanhá-las desde consultas de pré-natal ao trabalho de parto. |
| PL Nº 157/2019 - PSDB | AP Em tramitação | Garante à gestante a possibilidade de optar pelo parto cesariano, a partir da trigésima nona semana de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal. |
| PL Nº 408/2019 - PP | AM Em tramitação | Proíbe a cobrança de qualquer valor ou taxa, por parte das operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde, pela disponibilidade do médico que atendeu a gestante durante o pré-natal para ser o responsável pelo parto. |
| PL Nº 498/2019 - PP | AM Em tramitação | Criação do programa sentinela da vida (morbidade materna grave). |
| PL Nº 533/2019 | AM Em tramitação | Política estadual de atendimento à gestante. |
| PL Nº 317/2019 - PSDB | MT Em tramitação | Implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica. |
| PL Nº 391/2019 - PP | MT Em tramitação | Institui a Semana Estadual de Combate à Violência Obstétrica. |
| PL Nº 926/2019 - PSDB | MT Em tramitação | Garante a parturiente à possibilidade de optar pela cesariana, a partir de 39 (trinta e nove) semanas de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal. |
| PL Nº 970/2019 - PV | MT Em tramitação | Sobre a avaliação psicológica de gestantes durante o pré-natal. |
| PL Nº 51/2019 - REDE | SE Em tramitação | Obrigatoriedade de permissão da presença de doulas durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto. |
| LEI Nº 142/2019 - PP | AL Em tramitação | Concede, à pessoa com deficiência auditiva gestante, o direito a um intérprete de LIBRAS, para acompanhar a consulta pré-natal e o trabalho de parto. |
| PL Nº 156/2019 - MDB | AL Em tramitação | Garante à gestante a possibilidade de optar pelo parto cesariano, a partir da trigésima nona semana de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal. |
| PL Nº 38/2019 - PV | PI Em tramitação | Direito ao parto humanizado nos estabelecimentos públicos de saúde e conveniados. |
| PL Nº 163/2019 - PMDB | PI Em tramitação | Garantia da gestante para optar pelo parto cesariano, a partir da trigésima nona semana de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal. |
| PL Nº 23.112/2019 - PCdoB | BA Em tramitação | Obrigatoriedade da implantação do parto humanizado e o Plano de Parto Individual em todos os estabelecimentos da Rede Pública Estadual e nos estabelecimentos conveniados. |
| PL Nº 23.359/2019 - PSL | BA Em tramitação | Garante à gestante a possibilidade de optar pelo parto cesariano, a partir da trigésima nona semana de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal. |
| PL Nº 23.621/2019 - PSL | BA Em tramitação | Direito à presença de um intérprete de LIBRAS, para acompanhar a consulta de pré-natal e o trabalho de parto da gestante com deficiência auditiva. |
| PL Nº 646/2019 - PSL | PB Em tramitação | Garante à gestante a possibilidade de optar pelo parto cesariano, a partir da trigésima nona semana de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal. |
| PL Nº 1.220/2019 - PSC | PB Em tramitação | Direito à presença de doulas em maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares congêneres da rede pública e privada. |
| PL Nº 1.328/2019 - PRB | PB Em tramitação | Direito das gestantes e parturientes à presença de profissional fisioterapeuta durante o trabalho de parto e pós-parto imediato, nos estabelecimentos de saúde da rede pública e privada. |
| PL Nº 1.329/2019 - PRB | PB Em tramitação | Concede à gestante com deficiência auditiva, o direito a um intérprete de libras, para acompanhar a consulta pré-natal, trabalho de parto e pós-parto. |
| PL Nº 151/2019 - REDE | MG Em tramitação | Proibição de cobrança de qualquer valor pelas maternidades particulares para que o médico que atendeu a parturiente durante os meses de gestação seja o responsável pelo parto. |
| PL Nº 1.081/2019 - PSC | MG Em tramitação | Garantia à gestante e parturiente, atendida pelo SUS, poder optar pelo parto cesariano a partir da trigésima nona semana, assim como pela analgesia |

| | | |
|---|---------------------|---|
| | | quando escolhido o parto normal. |
| PL N° 169 /2019 - PATRI | ES | Exercício da atividade e a designação da profissional doula são prerrogativas das profissionais de que trata esta lei. |
| PL N° 170 /2019 - PATRI | ES Em tramitação | Programa “Toda Mulher Merece uma Doula”, que reunirá e formulará políticas públicas referentes à atuação destas profissionais na atenção à saúde no ciclo gravídico-puerperal. |
| PL N° 201 /2019 - PV | ES Em tramitação | Institui a semana de conscientização e informação sobre parto humanizado. |
| PL N° 269 /2019 - MDB | ES Em tramitação | Concede, à pessoa com deficiência auditiva gestante, o direito a um intérprete da língua brasileira de sinais – libras, para acompanhar a consulta de pré-natal e o trabalho de parto. |
| PL N° 291 /2019 - PROS | ES Em tramitação | Presença de doulas durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. |
| PL N° 388 /2019 - PSL | ES Em tramitação | Garante à gestante a possibilidade de optar pelo parto cesariano, a partir da trigésima nona semana de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal. |
| PL N° 550 /2019 - PMN | ES Em tramitação | Implantação de medidas informativas e protetivas à gestante e à parturiente contra quaisquer tipos de atos caracterizados como violência obstétrica. |
| PL N° 1.152/2019 - PRP | RJ | Garante à gestante a possibilidade de optar pelo parto cesariano, a partir da triségima nona semana de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal. |
| PL N° 1.210/2019 - PPS | RJ | As unidades de saúde, clínicas e consultórios que realizem exames e procedimentos ginecológicos ficam obrigados a permitir, ao longo da realização do exame/ procedimento, o acompanhamento de pessoa de confiança da paciente. |
| PL N° 1.419/2019 - PDT | RJ | Direito à presença um intérprete de libras, para acompanhar a consulta de pré-natal e o trabalho de parto da gestante com deficiência auditiva. |
| PL N° 1.562/2019 - PRB | RJ | Sobre a permanência de acompanhantes nas dependências das unidades de terapia intensiva dos hospitais, unidades de pronto atendimento e maternidades públicas e privadas. |
| PL N° 1.640/2019 - CPI Hospital da Mulher- PSOL/ PDT/ PCdoB/ PSL/ PROS/ PSB/ MDB | RJ | Inclui no calendário oficial a Semana Estadual de Conscientização sobre os Direitos das Gestantes, a ser celebrada, anualmente, na semana do dia 15 de agosto. |
| PL N° 1.641/2019 - CPI Hospital da Mulher- PSOL/ PDT/ PCdoB/ PSL/ PROS/ PSB/ MDB | RJ | Programa Estadual de Promoção dos Direitos da Mulher na atenção à saúde da gestante, parturiente e puérpera. |
| PL N° 1.642/2019 - CPI Hospital da Mulher- PSOL/ PDT/ PCdoB/ PSL/ PROS/ PSB/ MDB | RJ | Ficam as unidades de saúde da rede pública e privada obrigadas a garantir os direitos de mulheres que sofram perda gestacional. |
| PL N° 1.643/2019 - CPI Hospital da Mulher- PSOL/ PDT/ PCdoB/ PSL/ PROS/ PSB/ MDB | RJ | Institui a ouvidoria especial sobre violência obstétrica. |
| PL N° 1.644/2019 - CPI Hospital da Mulher- PSOL/ PDT/ PCdoB/ PSL/ PROS/ PSB/ MDB | RJ | Institui o grupo de trabalho de prevenção e combate à violência obstétrica. |
| PL N° 1.645/2019 - CPI Hospital da Mulher- PSOL/ PDT/ PCdoB/ PSL/ PROS/ PSB/ MDB | RJ | Ficam as unidades de saúde da rede pública e privada obrigadas a constituir comissões temáticas. |
| PL N° 1.646/2019 - CPI Hospital da Mulher- PSOL/ PDT/ PCdoB/ PSL/ PROS/ | RJ | Ficam as unidades de saúde da rede pública e privada obrigadas a permitir a presença de acompanhante indicado pela parturiente. |

| | | |
|---|---------------------|--|
| PSB/ MDB | | |
| PL Nº 1.647/2019 - CPI Hospital da Mulher- PSOL/ PDT/ PCdoB/ PSL/ PROS/ PSB/ MDB | RJ | Fica autorizada a criação de Centros de Parto Normal. |
| PL Nº 1.648/2019 - CPI Hospital da Mulher- PSOL/ PDT/ PCdoB/ PSL/ PROS/ PSB/ MDB | RJ | Inclui a criação de Casas de Parto e Centros de Parto Normal como destinação dos recursos do fundo estadual de enfrentamento à violência contra as mulheres. |
| PL Nº 1.679/2019 - PDT | RJ | Institui o Programa de Combate ao Racismo na Gravidez. |
| PL Nº 1.680/2019 - PDT | RJ | Dispõe sobre a obrigatoriedade de informar à gestante o direito ao acompanhante durante o trabalho de pré-parto, parto e pós parto. |
| PL Nº 2.969/2019 - PDT | SC Em tramitação | Garante à gestante o acesso ao parto cesariano, na Rede Pública ou Privada de Saúde, a partir da trigésima nona semana de gestação, quando por recomendação médica, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal. |
| PL Nº 3.291/2019 - PSL | SC Em tramitação | Altera o art. 3º da Lei nº 16.869, de 2016, que dispõe sobre a presença de doulas durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. |
| PL Nº 3.779/2019 - PT | SC Em tramitação | Inclui no calendário oficial o Dia do Parto Prematuro. |
| PL Nº 122/2019 - PT | RS Em tramitação | Institui a Semana Estadual de Combate à Violência Obstétrica. |
| PL Nº 277/2019 - DEM | RS Em tramitação | Dispõe sobre o Parto Seguro: medidas de proteção à gravidez, parto, abortamento e puerpério. O plano de parto da parturiente deverá respeitar protocolos assistenciais das instituições e a autonomia do médico. |

Fonte: Elaborado pela autora

II.3. Conselho Federal de Medicina e Conselho Federal de Enfermagem

Os Conselhos Federais e regionais de medicina e enfermagem também guardam um arcabouço de normativas publicadas sobre temas relacionados à assistência ao parto, entre resoluções, pareceres e despachos. Algumas dessas normas apresentam contradições aos conteúdos de leis federais, estaduais e às diretrizes do Ministério da Saúde, em temas que envolvem o trabalho de enfermeiras obstétricas e doulas, por exemplo, a técnicas não-farmacológicas incentivadas para alívio da dor como uso de banheira e desaconselhada em um dos pareceres do CRM-MS. Na sequência, apresenta-se os principais temas selecionados pelo levantamento documental e algumas contextualizações de suas publicações.

Durante a primeira década de existência do SUS, entre 1989 e 1999, o conjunto de normas do CFM acerca da assistência ao parto incide sobre: Honorários médicos; Responsabilidade médica nos partos; Obrigatoriedade da presença de pediatra na sala de parto; Índice de cesarianas; Partograma; Realização de parto e analgesia por enfermeiro obstetra; Atividade de auxiliar de enfermagem; Presença

de leigo filmando na sala de parto; Sigilo médico e auditoria de prontuário médico; Análise de prontuários médicos por comitê de mortalidade materno – infantil.

Na década seguinte, esses temas continuaram a aparecer, com o acréscimo da publicação de pareceres sobre: Laqueadura; Ato médico; Casas de Parto; Lei do acompanhante, Assistência em ambiente não-hospitalar; Competência da escolha de via de parto; Parto de feto natimorto.

Nos anos 2010 o conceito de atenção humanizada aparece pela primeira vez em descrições de normativas do CFM. Com a permanência de publicações sobre os assuntos anteriores, acrescentou-se: Diagnóstico de anencefalia e antecipação de parto; Projeto Cegonha; Estrutura para gestantes de alto risco; Atuação de doulas; Limitação da autonomia dos pais; Investigação dos óbitos; Episiotomia; Informação à parturiente; Relação médico- paciente; Divulgação de percentuais de cesarianas e partos normais dos médicos por planos de saúde; Biossegurança; Segurança do binômio materno fetal; Utilização de banheiras no parto; Autonomia do médico e autonomia da paciente em cesarianas a pedido; Violência obstétrica; Gestação de alto risco e disponibilidade obstétrica; Liberdade profissional e autonomia do paciente; Plano de Parto; Viabilidade fetal e objeção de consciência (Quadro 07).

Quadro 7: Normas do Conselho Federal de Medicina (CFM) voltadas à assistência ao parto (1988-2019)

| Norma | UF | Descrição |
|------------------------|-----|--|
| Parecer N ° 49/1989 | CFM | Parto normal feito pela parteira. Honorários médicos. |
| Parecer N ° 392/1993 | PR | Atendimento obstétrico - restrição pelo diretor clínico |
| Parecer N ° 458/1994 | PR | Responsabilidade médica nos partos. Plantão médico. |
| Parecer N ° 706/1995 | PR | Ausência do Médico responsável no parto. |
| Parecer N ° 742/1995 | PR | Atendimento ambulatorial/Pré-natal - Obrigatoriedade de realizar o parto. |
| Parecer N ° 772/1996 | PR | Anestesia obstétrica – Honorários médicos. A analgesia de parto, procedimento indicado para minorar as dores de parto, ou para torná-lo viável, é um direito e um benefício que devem usufruir as parturientes, quando houver indicação. A instalação e acompanhamento do procedimento anestésico devem ser feitos por anesthesiologista habilitado. |
| Parecer N ° 861/1996 | PR | Sala de parto - presença do pediatra - obrigatoriedade - Plantão |
| Parecer N ° 941/1997 | PR | Índice de cesarianas - Parto |
| Parecer N ° 945/1997 | PR | Atendimento a parturientes - Pediatra - Sala de parto |
| Parecer N ° 1.007/1997 | PR | Partograma - Nomograma - Trabalho de parto. Partograma deve fazer parte do prontuário médico da gestante e seu preenchimento obrigatório. |
| Despacho N° 251/1998 | CFM | Realização de partos por enfermeiro obstetra; possibilidade quando supervisionado por médico; responsabilidade médica. |
| Parecer N ° 1.032/1998 | PR | Honorários médicos - parto - convênio - anestesia - planos de saúde. |
| Parecer N ° 1.064/1998 | PR | Parto vaginal - Cesariana - Honorários - Convênio |
| Parecer N ° 41/1999 | CFM | Presença de leigo, familiar ou não, filmando na sala de parto |
| Parecer N ° 65/1999 | CFM | Analgesia para parto normal realizado por enfermeiro (Portaria Ms n.2815/98) |
| Parecer N ° 1.147/1999 | PR | Parto - realização por enfermeira |
| Parecer N ° 1.149/1999 | PR | Atividade de auxiliar de enfermagem - centro obstétrico |

| | | |
|--------------------------|-----|---|
| Parecer N º 1.160/1999 | PR | Prontuário médico - cópia ao comitê de mortalidade materno-infantil |
| Parecer N º 1.166/1999 | PR | Auditoria analítica - Prontuário médico - Partos |
| Parecer N º 1.200/1999 | PR | Médico generalista - realização de partos |
| Parecer N º 1.237/2000 | PR | Recebimento de AIH - Médico recém admitido - partos - Admissão no Corpo Clínico |
| Parecer N º 1.287/2000 | PR | CPI de mortalidade materna - Prontuário médico - Sigilo médico |
| Parecer N º 1.305/2001 | PR | Responsabilidade do médico plantonista - Plantão médico |
| Parecer N º 1.308/2001 | PR | Serviço de anestesia em maternidade - Atendimento pelo SUS - Portaria MS 569/2000 – Parto |
| Parecer N º 1.321/2001 | PR | Médico pediatra - Presença em parto normal e cesariana - Necessidade |
| Parecer N º 1.363/2001 | PR | Ligadura tubária - Laqueadura |
| Parecer N º 17/2002 | CFM | Acompanhamento médico em partos realizados por enfermeiras obstétricas |
| Parecer N º 60/2002 | CFM | A cardiocotografia é um exame diagnóstico, configurando-se, portanto, como ato exclusivo do médico. |
| Resolução Nº 92/2003 | PA | Torna obrigatório o uso do partograma. |
| Resolução Nº 111/2004 | SP | Dispõe quanto aos procedimentos que o médico deve cumprir em relação aos estabelecimentos denominados casas de parto. |
| Parecer N º 07/2007 | CFM | A presença de acompanhante para mulher em trabalho de parto, parto e pós-parto, embora prevista em lei, deve obedecer aos princípios da privacidade, sem os quais inviabiliza-se o cumprimento da lei. |
| Parecer N º 184/2007 | RJ | Acerca do direito a acompanhante em trabalho de parto. |
| Parecer N º 185/2007 | RJ | Questão relativa à prestação de assistência ao parto em ambiente não-hospitalar. |
| Parecer N º 07/2008 | CFM | Médico não deve exercer atividades nos locais denominados Casas de Parto. Quando as solicitações de exames se destinarem a formulação de diagnósticos e tratamentos específicos, prerrogativas do médico, será obrigatório, na elaboração dos protocolos de programa de saúde pública a participação do médico. |
| Parecer N º 20/2008 | CE | Trabalho de parto e emergência. |
| Parecer N º 190/2008 | RJ | Direito de a gestante escolher o tipo de parto. |
| Parecer N º 07/2009 | CFM | A assistência ao trabalho de parto no serviço público implica obrigatoriamente na presença de médicos obstetras na equipe de saúde. |
| Parecer N º 10/2009 | MS | O transporte de mãe, do feto ou recém nato, nos casos de parto ou aborto domiciliar ou em via pública. |
| Parecer N º 11/2009 | RS | Aparelho vácuo-extrator. Finalidade e indicações. Decisão sobre via de parto. Competência e adequação fática. |
| Parecer N º 30/2009 | CE | Parto do feto natimorto |
| Parecer N º 2.029/2009 | PR | Omissão à atendimento de parto por pediatras - Honorários Médicos. |
| Parecer N º 01/2010 | MT | Limite para realização de cesárias |
| Parecer N º 42/2010 | BA | A oligohidramnia discreta não determina, isoladamente, a antecipação do parto, a não ser que existam complicações infecciosas que se constituam em risco para o feto. |
| Parecer N º 44/2010 | CFM | O obstetra que atenda paciente de plano de saúde em pré-natal deve informá-la previamente sobre sua disponibilidade para efetuar o parto. |
| Resolução 143/2010 | PB | Normatiza o direito da parturiente ter um(a) acompanhante no momento do trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, estabelecendo critérios para o uso de equipamentos eletrônicos na sala de parto. |
| Parecer N º 2.149/2010 | PR | O conceito de atenção humanizada é amplo e envolve uma série de conhecimentos, práticas e atitudes que objetivam a promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbi-mortalidade materna e perinatal. |
| Parecer N º 2.253/2010 | PR | Atendimento a gestante por profissionais médicos. |
| Parecer N º 2.114/2011 | SC | É atribuição e responsabilidade do médico, tanto em escala presencial como de sobreaviso, o diagnóstico do trabalho de parto. |
| Parecer N º 2.305/2011 | PR | Presença de acompanhantes na sala de parto – fotos, filmagem – divulgação de imagem. |
| Parecer N º 128.511/2011 | SP | Sobre quem responde pelo acompanhante da parturiente se ele sentir-se mal durante o trabalho de parto. |
| Recomendação Nº 01/2012 | CFM | Recomenda-se que o a realização do parto ocorra em ambiente hospitalar de forma preferencial por ser mais segura. |
| Parecer Nº 22/2012 | CE | Acompanhamento na sala de cirurgia em parto cesariano |

| | | |
|-------------------------|-----|--|
| Parecer N° 39/2012 | CFM | É ético e não configura dupla cobrança o pagamento de honorário pela gestante referente ao acompanhamento presencial do trabalho de parto, desde que o obstetra não esteja de plantão e que este procedimento seja acordado com a gestante na primeira consulta. Tal circunstância não caracteriza lesão ao contrato estabelecido entre o profissional e a operadora de plano e seguro de saúde. |
| Resolução N° 265/2012 | RJ | Dispõe sobre a proibição da participação do médico em partos domiciliares. |
| Resolução N° 340/2012 | DF | Dispõe sobre assistência à gestante. |
| Resolução N° 1.989/2012 | CFM | Dispõe sobre o diagnóstico de anencefalia para a antecipação terapêutica do parto. |
| Parecer N° 34.831/2012 | SP | UNIMED solicita posicionamento sobre ofício recebido da ANS que permite à parturiente escolher obstetra para ser atendida de forma particular, facultando ao médico cobrar pelo atendimento diferenciado e desonerando a operadora de responsabilidade, desde que esta disponibilize todo o atendimento relativo à gravidez nos planos de atendimento obstétrico. |
| Parecer N° 03/2013 | CE | Assistência ao parto por enfermeiro(a). |
| Parecer N° 05/2013 | CE | Não há normativo ético que impeça que o parto seja fotografado ou mesmo filmado, desde que não haja prejuízo na qualidade da assistência obstétrica prestada. |
| Parecer N° 08/2013 | AM | Projeto Cegonha. Enfermeira Obstetriz. Possibilidade em parte. Os partos sem distocia podem ser realizados por enfermeiros, desde que supervisionados por médicos, posto que, para que seja configurada a ausência de distocia, mister se faz a realização do diagnóstico respectivo, o que compete tão somente ao médico. |
| Parecer N° 27/2013 | BA | Enquanto responsável pela assistência obstétrica em maternidade é dever do médico atender as demandas advindas de forma espontânea ou de outro serviço. Também é fundamental esclarecer que qualquer profissional de saúde, independente de ser médico ou não, poderá ser responsabilizado ética, criminal e civilmente pelos seus atos. |
| Parecer N° 2.428/2013 | PR | Estrutura adequada para atendimento de gestantes de alto risco |
| Parecer N° 24.385/2013 | SP | Referente atuação das doulas na assistência ao parto e condições para o exercício da atividade. |
| Parecer N° 137.576/2013 | SP | A cobrança estampada no Parecer CFM n° 39/2012 não contempla o anestesista e neonatologista, mas sim apenas o obstetra. Se a gestante optar por seu acompanhamento presencial no trabalho de parto, o honorário profissional referente a tal procedimento será pago por ela, diretamente ao obstetra, visto que nesta circunstância ele não deve receber honorário da Operadora de Saúde pela realização do parto, se a opção for pelo obstetra plantonista o pagamento do convênio; Os honorários do neonatologista, auxiliar e anestesista deve ser cobrado através de guia do convênio. |
| Parecer N° 03/2014 | TO | O entendimento entre o médico e a sua paciente resolve as questões relacionadas aos procedimentos pré-parto, bem como o local de realização do parto. |
| Parecer N° 16/2014 | CFM | A autonomia dos pais é limitada pela obrigação constitucional do Estado. |
| Parecer N° 17/2014 | CFM | Parto. Ato médico de urgência. Obrigatoriedade de plantão presencial de médico de acordo com as Resoluções CFM n°s 2056/13 e 2077/14. |
| Parecer N° 2.348/2014 | SC | O CRM-SC não deve assinar a Nota Técnica de orientação às instituições hospitalares referente a investigação dos óbitos em mulheres em idade fértil, maternos, fetais infantis, devido à participação de profissionais não médicos na coleta das informações |
| Parecer N° 94.869/2014 | SP | 1) Há cerca de 25 anos o valor real da episiotomia vem sendo questionado e estudos randomizados recentes indicam não haver justificativas para a realização da episiotomia de forma rotineira e sim seletiva. A realização da episiotomia com indicação precisa constitui prática obstétrica reconhecida; 2) As Associações Médicas da especialidade não recomendam a episiotomia rotineira e ressaltam a importância de que, como todo procedimento cirúrgico, só deverá ser realizada com o consentimento, após informação da parturiente. |
| Resolução 02/2015 | RN | Normatiza sobre aspectos pontuais da relação médico-paciente e entre o médico e gestores nas decisões relacionadas ao parto no âmbito da saúde suplementar do Estado do Rio Grande do Norte. |
| Despacho N° 517/2015 | CFM | Não deve o Diretor do Plano de Saúde fornecer o número de partos |

| | | |
|-------------------------|-----|--|
| | | normais e cesarianas de um determinado médico, pois existe impedimento no art. 3º da RN ANS 368/2015. |
| Parecer Nº 13/2015 | MS | O Ministério de Saúde através do projeto Rede Cegonha agrega um conjunto de ações novas para qualificação das Maternidades que promovam ações benéficas e seguras para o parto e nascimento humanizado. No entanto a utilização de equipamentos ou utensílios durante o parto devem obedecer normativas ditadas por comissões técnicas que entendam sobre a biossegurança, salvaguardando assim o binômio materno-fetal. Não deverá ser permitida a utilização de banheiras durante o parto.” |
| Parecer Nº 25/2015 | PE | A assistência ao parto é situação de urgência e emergência. O parto hospitalar é preferível por ser mais seguro. A “vaga zero” é um recurso essencial para garantir acesso imediato aos pacientes com risco de morte ou sofrimento intenso, e de responsabilidade exclusiva dos médicos reguladores de urgências, devendo ser considerada como situação de exceção. |
| Parecer Nº 42/2015 | CFM | No atendimento pediátrico/neonatal em sala de parto, quando acordado entre médico e paciente, é lícita a cobrança de honorários profissionais, que podem variar de acordo com a gravidade do caso, observados os termos do parecer. Os termos do Parecer CFM nº 39/12, por contemplar especificamente atividade obstétrica, não podem ser, por analogia, estendidos à pediatria ou outra especialidade médica. |
| Parecer Nº 53/2015 | MT | Pedido de parecer quanto a proporção de partos normais a ser seguida, se existe resolução para essa proporção. |
| Parecer Nº 2.373/2015 | SC | Projeto de Lei que obriga a permissão da presença de doulas em maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares congêneres da rede pública e privada durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. |
| Parecer Nº 2.377/2015 | SC | O médico que sentir-se habilitado, pode realizar o atendimento ao recém-nascido em sala de parto, assumindo as responsabilidades inerentes aos atos. |
| Parecer Nº 5.522/2015 | MG | Contrato entre médico e cooperativa deve ser cumprido pelas partes, visando à adequada assistência ao usuário, respeitando a autonomia do médico. |
| Parecer Nº 5.475/2015 | MG | A divulgação dos percentuais de cesarianas dos médicos poderá infringir preceitos éticos e constitucionais, caso sua imagem e sigilo profissional sejam prejudicados. Partograma não deve estar vinculado a pagamento de honorário médico. |
| Parecer Nº 5.485/2015 | MG | As normas para os médicos assistirem ao trabalho de parto são disciplinadas pela Resolução CFM n.º 2056/2013. |
| Resolução Nº 2.144/2016 | CFM | É ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno fetal. |
| Parecer Nº 01/2016 | MS | Compete ao enfermeiro a assistência ao parto como integrante da equipe de saúde, e não privativamente. Na ausência do médico no momento do parto, as profissionais titulares de diploma ou certificado de Obstetrix ou de Enfermeira(o) Obstétrica(o) deverão estar habilitadas à identificação de distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico. Em caso de complicação durante o parto, cada profissional responderá jurídica e eticamente pelo que fez ou pelo que deixou de fazer. A assistência ao parto normal é considerada um ato médico compartilhado. |
| Parecer Nº 13/2016 | AM | Casa de parto intra hospitalar. Competências. Respostas a questionamentos portaria MS 11/2015. |
| Parecer Nº 20/2016 | MG | O médico deve informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, respeitando o direito do paciente ou do seu representante legal de decidir livremente. |
| Parecer Nº 37/2016 | CFM | I – Parto é disciplinado pela Resolução CFM nº 2114/2016; II – Autonomia do médico está disciplinada no inciso XVI dos princípios fundamentais da Resolução CFM nº 1931/2009 (Código de Ética Médica); III – A realização de episiotomia deverá ser pautada pela avaliação clínica individualizada. |
| Parecer Nº 70/2016 | MG | O anestesiologista só pode cobrar honorários médicos por atos anestésicos efetivamente realizados. |
| Parecer Nº 150/2016 | MG | Cesariana a pedido é procedimento eletivo, e deve seguir as |

| | | |
|-----------------------|-----|---|
| | | recomendações da Resolução CFM no 2.144, de 17 de março de 2016. Cesariana intraparto deve ocorrer por indicação obstétrica. |
| Parecer Nº 200/2016 | MG | Analgesia obstétrica. Direito do paciente. Obrigação institucional. |
| Parecer Nº 2.473/2016 | SC | A nota de orientação à gestante, componente da Resolução Normativa 398/15 ANS, não interfere na autonomia de decisão da paciente e do médico, apenas a Orienta |
| Parecer Nº 2.475/2016 | SC | Lei obriga as maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares do Estado de Santa Catarina, a permitir a presença de doulas durante todo o período de trabalho de parto. |
| Parecer Nº 2.486/2016 | SC | Enfermeira obstetriz e doula são profissões regidas por legislação própria e devem se ater a elas. Ao médico compete respeitar a decisão da paciente em relação ao parto, desde que seja sem complicações. |
| Parecer Nº 2.522/2016 | PR | Realização de esterilização cirúrgica durante cesariana – Necessidade de autorização da paciente |
| Despacho Nº 341/2017 | CFM | Consulta. Ações ou medidas administrativas relativas ao tema: “Aspectos éticos e técnicos de parto domiciliar”. |
| Despacho Nº 510/2017 | CFM | Combate à violência obstétrica. Contrato celebrado entre a SUSAM e o Instituto de Ginecologia e Obstetrícia do Amazonas. |
| Despacho Nº 709/2017 | CFM | Pedido de providências. Humaniza Coletivo. Violência obstétrica. Expedição de ofício resposta ao consulente com as informações do CRM/AM. Envio de ofício ao CRM/AM para anexar os documentos novos. |
| Parecer Nº 09/2017 | SE | Partograma de Friedman. Obstetrícia. Integralidade no SUS. Condições laborais. O Partograma de Friedman é procedimento essencial quando da condução de trabalho de parto e, sempre que possível, deve ser cuidadosamente preenchido por médico Obstetra. |
| Parecer Nº 23/2017 | MS | Todo estabelecimento deve ter Diretor Técnico Médico. Todo(a) paciente deve ter um médico assistente. Internação e alta são atividades privativas do médico. Responsabilidade do Médico quanto à parto conduzido pela enfermagem. |
| Parecer Nº 77/2017 | MG | A realização de cesariana a pedido da paciente deve obedecer a Resolução CFM 2144/2016. |
| Parecer Nº 2.478/2017 | SC | Não há impedimento ético na realização de cesariana pelo SUS, com indicação médica comprovada e sem cobrança de honorários, de paciente que realizou o pré-natal em caráter particular. |
| Parecer Nº 2.495/2017 | SC | O partograma deve ser preenchido durante o trabalho de parto, a fim de manter a eficácia desta ferramenta. Os dados de cada avaliação podem ser anotados por qualquer profissional da equipe que esteja qualificado ao acompanhamento do trabalho de parto, sob responsabilidade do médico assistente. |
| Parecer Nº 2.545/2017 | SC | A Lei da Violência Obstétrica não fere os princípios de autonomia médica e visa garantir a integridade física e emocional da gestante. |
| Parecer Nº 2.567/2017 | PR | Gestação de alto risco - Disponibilidade obstétrica |
| Parecer Nº 2.587/2017 | PR | Analgesia de parto - Óxido nitroso - Monitoração do paciente - Parto humanizado - Cobrança de honorários - Enfermagem obstétrica - Trabalho de parto - Ato médico |
| Parecer Nº 2.596/2017 | PR | Maternidade SUS - Equipe Multiprofissional - Não realização de desprendimento de ombro - Demora na extração do polo cefálico - Protocolo de atendimento da instituição |
| Parecer Nº 2.602/2017 | PR | Partos em ambiente hospitalar - Melhores resultados em relação à morte fetal, materna e infantil - Recomendação CFM nº 01/2012. |
| Parecer Nº 2.603/2017 | PR | Trata da responsabilidade médica no dia a dia de uma Maternidade que apresenta movimento crescente de pacientes e um número de plantonistas que não aumentou - Há a necessidade de uma referência numérica para a solicitação de contratação de mais obstetras, além da orientação quanto à existência de escala de plantão incompleta. |
| Despacho Nº 609/2018 | CFM | Presença de doulas durante o trabalho de parto. Lei Complementar Municipal de Caxias do Sul nº 559/18. Vedação da atuação das doulas em quaisquer procedimentos médicos ou clínicos. Risco de infecção. Matéria técnica. |
| Parecer Nº 09/2018 | CE | Parto cesariano. Solicitação da gestante. Possibilidade Ética |
| Parecer Nº 13/2018 | CE | A Relação médico-paciente é fator essencial para a humanização da assistência obstétrica. O médico não deve se abster das condutas médicas necessárias e indicadas durante o ato obstétrico, preservando a autonomia médica. |
| Parecer Nº 32/2018 | CFM | A expressão “violência obstétrica” é uma agressão contra a medicina e |

| | | |
|-----------------------|-----|---|
| | | especialidade de ginecologia e obstetrícia, contrariando conhecimentos científicos consagrados, reduzindo a segurança e a eficiência de uma boa prática assistencial e ética. |
| Parecer Nº 75/2018 | MG | A autonomia do paciente não se confronta com a indicação médica para procedimentos, prevalecendo a indicação médica quando risco iminente de morte. O médico não pode, em nenhuma circunstância, ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho. |
| Parecer Nº 87/2018 | MG | É obrigatória a presença de médico obstetra, anestesista e pediatra ou neonatologista nas maternidades onde se façam partos normais, de risco e cirúrgicos. |
| Parecer Nº 114/2018 | MG | O direito do acompanhante da parturiente na sala de parto está garantido na Lei 11.108/2005. |
| Parecer Nº 143/2018 | MG | “Segundo a literatura internacional não há viabilidade fetal abaixo da 22ª semana de gestação”. |
| Parecer Nº 175/2018 | MG | Comitê de Avaliação de Morte Materna, Fetal e Neonatal deve ser constituído por profissionais de saúde, com o dever de manter o sigilo, a privacidade e a confidencialidade a respeito das informações contidas nos prontuários analisados. |
| Parecer Nº 01/2019 | RJ | A presença de doulas em sala de parto e o comprometimento de segurança do processo-risco à saúde da parturiente ou do recém-nascido, à luz da Lei Estadual do Rio de Janeiro nº 7.314, e a possibilidade de o médico recusar a participação de doulas durante o trabalho de parto e parto. |
| Parecer Nº 06/2019 | MS | A gestante tem o direito de ter o seu parto da forma mais humana e sem a execução de procedimentos que lhe firam a dignidade. O parto é de responsabilidade do obstetra, cabendo a ele a decisão da realização dos procedimentos necessários. |
| Parecer Nº 12/2019 | AM | Informações sobre Internação de paciente após parto domiciliar. |
| Parecer Nº 13/2019 | AM | E permitido ao médico a recusa em realizar atos médicos por objeção de consciência, exceto quando houver risco à vida do paciente ou quando for o único médico disponível. |
| Parecer Nº 17/2019 | MG | Durante o parto cabe ao anestesista a analgesia da parturiente, ao obstetra o monitoramento do feto e ao pediatra/neonologista o monitoramento do recém-nato. |
| Parecer Nº 21/2019 | MG | Os cuidados prestados às gestantes de risco habitual, durante o trabalho de parto e parto, devem ser supervisionados pelos médicos plantonistas da equipe. |
| Parecer Nº 25/2019 | AM | Sobre presença de acompanhante e de doulas durante os serviços de parto, bem como as leis que tratam do assunto. |
| Parecer Nº 71/2019 | MG | Observados os requisitos da Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, cesarianas sucessivas anteriores são justificativas éticas e legais para a laqueadura de trompas durante o período de parto cesáreo. |
| Resolução Nº 293/2019 | RJ | Dispõe sobre a proibição de adesão, por parte de médicos, a 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. |
| Despacho Nº 344/2019 | CFM | Análise Projeto de Lei nº 435/2019/ALESP - possibilidade de optar pelo parto cesariano. Constitucionalidade. |
| Despacho Nº 428/2019 | CFM | Presença de doulas durante o procedimento anestésico. Lei do Estado de Santa Catarina n. 16.869/2016. Trabalho de parto. Matéria técnica. |

Fonte: Elaborado pela autora

Pelo menos duas resoluções publicadas pelo CREMERJ que constam neste quadro, encontradas no banco de dados do CFM, foram anuladas pela Justiça, são os casos da Resolução nº 265/2012 e Resolução nº 293/2019. A primeira dispõe sobre a proibição da participação do médico em partos domiciliares, e a segunda sobre a proibição de adesão, por parte de médicos, a 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. Alvos de intensos conflitos entre os Conselhos e profissionais e mulheres pró humanização do parto. A primeira foi publicada no contexto da Marcha pela Humanização do Parto em 2012, citada anteriormente. A segunda, publicada no contexto pós eleições 2018, levou à realização de uma audiência pública na ALERJ para debatê-la e será trabalhada no terceiro capítulo.

Já os temas publicados pelo COFEN no mesmo período relacionados ao parto trataram em sua totalidade de regulamentar e definir as responsabilidades do enfermeiro, enfermeiro obstetra e obstetrix nos centros de parto normal, Casas de Parto e em partos domiciliares. (Quadro 08).

Quadro 8: Normas do COFEN (Conselho Federal de Enfermagem) voltadas à assistência ao parto (1988-2019)

| Tipo de Legislação / Ano | COFEN | Descrição |
|--|--------------------------------------|--|
| RESOLUÇÃO Nº 305/2006 | Revogada pela Resolução Nº 08/2006 | Dispõe sobre a regulamentação e responsabilidades do enfermeiro em centro de parto normal e casa de parto. |
| RESOLUÇÃO Nº 08/2006 | Revogada pela Resolução Nº 339/2008 | Dispõe sobre a regulamentação e responsabilidades do enfermeiro em centros de parto normal e/ou casas de parto. |
| RESOLUÇÃO Nº 339/2008 | Revogada pela Resolução Nº 0478/2015 | Normatiza a atuação e a responsabilidade civil do enfermeiro obstetra nos centros de parto normal e/ou casas de parto. |
| RESOLUÇÃO Nº 478/2015 | Revogada pela Resolução Nº 516/2016 | Normatiza a atuação e a responsabilidade civil do enfermeiro obstetra e obstetrix nos centros de parto normal e/ou casas de parto. |
| RESOLUÇÃO Nº 516/2016 | Alterada pela Resolução Nº 524/2016 | Normatiza a atuação e a responsabilidade do enfermeiro, enfermeiro obstetra e obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos serviços de obstetrícia, centros de parto normal e/ou casas de parto e outros locais onde ocorra essa assistência; estabelece critérios para registro de títulos de enfermeiro obstetra e obstetrix no âmbito do sistema cofen/conselhos regionais de enfermagem. |
| RESOLUÇÃO Nº 524/2016 | Em vigor | Alterar o caput do §3º do artigo 1º da Resolução Cofen nº 516/2016 que passará a ter o seguinte teor: "Para a atuação do Enfermeiro generalista nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto, e para o Registro de Título de Obstetrix e o de pós-graduação Stricto ou Lato Sensu, de Enfermeiro Obstetra no Conselho Federal de Enfermagem, além do disposto na Resolução COFEN nº 389/2011, de 20 de outubro de 2011, estabelece os seguintes critérios mínimos de qualificação para a prática de obstetrícia, a ser comprovada através de documento oficial da autoridade que expediu o diploma ou certificado, desde que habilitados após o dia 13 de abril de 2015" |
| PARECER TÉCNICO CNSM/COFEN Nº 003/2019 | Em vigor | Parecer técnico para alinhamento da "regulação e prática da enfermagem obstétrica no espaço do parto domiciliar planejado", conforme designação da Portaria Cofen Nº 1092 de 17 de 2019. |

Fonte: Elaborado pela autora

Vale destacar como as instituições tensionam umas às outras em suas atuações. Alguns exemplos são possíveis perceber ao observar como a realização de uma CPI em uma casa legislativa ou a condenação do país em um comitê internacional pressionam ações de órgãos do executivo e legislativo, ou como mobilizações por aprovações e vetos de leis estaduais e federais podem gerar a formulação de instruções normativas por parte dos conselhos de classe, podem pressionar outras instituições. O que é notado também pelo envolvimento do judiciário quando chamado a decidir em situações de conflitos. Há uma variedade de órgãos competentes regulando sobre o tema, certas vezes de forma contraditória, o que gera um grau de incerteza sobre as normas, ficando a cargo do campo judiciário algumas decisões quanto à legitimidade das matérias.

É possível observar como os conflitos atravessam a narrativa do texto. A intensa produção normativa evidencia a movimentação dos setores envolvidos, a agência da sociedade civil organizada, das servidoras e servidores dos órgãos públicos, dos membros das entidades de classe. Aplicando intenções de fortalecer ou barrar determinadas tendências de pensamento e atuação na assistência à saúde das mulheres, de acordo com a abordagem de cada grupo ou indivíduo. Essas disputas em diferentes níveis, com a participação de atores e atrizes variados ampliam o debate, mantendo o tema ativo e em construção.

No próximo capítulo serão apresentados alguns momentos de interação entre parte desses personagens, protagonizando audiências públicas e demais eventos relacionados à assistência ao parto, a partir do recorte proposto.

CAPÍTULO III

PARTO HUMANIZADO NA AGENDA POLÍTICA: DAS AUDIÊNCIAS PÚBLICAS AO PLENÁRIO LEGISLATIVO

A proposta deste capítulo é apresentar a partir de um formato descritivo as observações do trabalho de campo realizado em eventos ocorridos na ALERJ relacionados à humanização do parto entre dezembro de 2018 e dezembro de 2019. E a partir desse acompanhamento ter condições de apontar como os discursos realizados nesses espaços ressaltam importantes questões para a pesquisa, aqui apresentados como forma de pontuar os principais pontos discutidos nessa arena legislativa. A escolha desse espaço como lócus da pesquisa traz a possibilidade de acompanhar uma das estratégias dos movimentos pela humanização em interagir com o parlamento, buscando pautar matérias sob a temática dos direitos das mulheres gestantes, mesmo entendendo ser ele apenas um dos organismos públicos a normatizar e deliberar sobre assistência ao parto. A ALERJ, especificamente, foi escolhida a partir de convocatórias observadas nas redes sociais *online*, realizadas por grupos ligados à humanização no estado do RJ convidando apoiadores a comparecer em eventos que ocorreriam na ALERJ relacionados ao tema. Assim, uma vez impulsionada pelos chamados dos movimentos à ALERJ, contando ainda com a relativa facilidade e possibilidade de locomoção ao Rio de Janeiro, a observação de eventos na ALERJ desenvolveu-se como parte fundamental do estudo.

Como mencionado, a estratégia de pressão aos parlamentos é utilizada em diversos estados e municípios brasileiros, na capital federal e em demais países, com o objetivo de ampliar a participação em deliberações relacionadas ao corpo das mulheres e seus direitos. Nos temas relacionados à descriminalização do aborto, a movimentação mais recente tem priorizado ações na arena do judiciário, levando a desdobramentos no STF, uma estratégia baseada na dificuldade do desenvolvimento do debate no parlamento, a partir das moralidades direcionadas ao assunto e forte engajamento de personagens e instituições religiosas (LUNA, 2018). Componentes que diferenciam as dinâmicas de votações sobre os temas de

descriminalização do aborto e humanização do parto dentro dos parlamentos, em geral, matérias ligadas à humanização do parto encontram maior apoio entre os parlamentares e partidos.

A decisão de acompanhar as interações e discussões geradas pela participação de mulheres sob a bandeira de humanização do parto no legislativo estadual nos permitiu certa imersão nesse campo e perceber os bastidores dos debates lá ocorridos, e sua posição no debate nacional. Possibilitando, assim, observar uma diversidade de personagens deliberando sobre o tema, expondo conflitos e consensos, evidenciando interações entre representantes de instituições variadas, muitas vezes, incitada pela atuação das organizações de mulheres.

A ALERJ foi espaço de intensos debates envolvendo setores e órgãos públicos para além do legislativo, como os conselhos e sociedades de medicina e enfermagem, associação de doulas, Defensorias Públicas, Ministério Público, OAB e secretarias de saúde. Desta forma, essa etapa da pesquisa buscou compreender como o tema tem sido tratado em espaços de deliberação política pela complexa gama de órgãos públicos e organizações civis mobilizados. O trabalho de observação foi realizado durante plenárias de votações de projetos de leis, audiências públicas e reuniões de comissões, onde a presença nesse campo não se pautou pelo intento de realizar uma etnografia sobre o dia a dia de trabalho na ALERJ, mas sim, tendo o propósito de acompanhar os eventos públicos relacionados à saúde da mulher gestante, e identificar os debates e características destas interações.

Deste modo, este capítulo se propõe a trazer os encontros observados nesse espaço, buscando expor os discursos e posicionamentos empregados pelos participantes e como se situam na história das mobilizações pela humanização do parto no país. Para tanto, o dividimos em seções, uma para cada evento, sendo: 1) Comemoração ao dia da Doula; 2) Votação do PL nº 4.274/2018, Toda Mulher Merece uma Doula; e 3) Audiência Pública da Comissão Parlamentar pelo Cumprimento das Leis (CUMPRA-SE) sobre a Lei nº 7.191/2016 (Lei do Parto Humanizado) e a Resolução do CREMERJ nº 293/2019 sobre Plano de Parto.

Para além destes eventos, ocorreu na ALERJ durante o ano de 2019 uma CPI voltada à investigação de casos de morte neonatal. Dado o volume de material e o

envolvimento de outras questões e personagens, as análises referentes às investigações da CPI constam no próximo capítulo.

III.1. Primeiro Evento: Comemoração ao Dia da Doula

Desde a aprovação da Lei Estadual nº 7.791/2017, de autoria do Dep. Zaqueu Teixeira (PSD), o Dia da Doula faz parte do Calendário Oficial do Estado do Rio de Janeiro²¹, reservado o dia 18 de dezembro às comemorações. A Associação de Doulas do Estado do Rio de Janeiro (ADoulasRJ), fundada em 2016 e dividida em núcleos regionais da Baixada Litorânea, Norte Fluminense, Leste Fluminense, tem se destacado nas mobilizações pela humanização do parto no estado. Em dezembro de 2018 tive conhecimento das celebrações organizadas para a semana do Dia da Doula, por meio da divulgação *online* em seu perfil no *Facebook*. A programação contava com a realização de um piquenique no parque Quinta da Boa Vista (localizado no bairro de São Cristovão, zona central da cidade do Rio de Janeiro), além de uma aula sobre as origens da palavra “doula” na FIOCRUZ, e guardava o dia 17 de dezembro para um evento comemorativo na ALERJ em homenagem à doula Fadyinha, através de uma sessão solicitada pelo Dep. Carlos Minc (PSB), a pedido da ADoulasRJ.

A descrição deste evento na página do *Facebook* informava que a doula Fadyinha seria homenageada por seu pioneirismo na profissão há mais de três décadas “são mais de mil mulheres, quatro livros publicados, centenas de Doulas formadas”. Informando ainda que durante a sessão seria apresentado “um panorama das políticas e tramitação dos projetos de lei, de forma a apontar para o governo eleito as pautas das Doulas” (ADOULASRJ, 2018). O que evidenciava a proximidade dessa associação de mulheres com os debates políticos relacionados ao parto, assim como, o uso de estratégias de articulações nesse campo para alcance de suas demandas, o que chamou minha atenção e me direcionou a acompanhar o evento na ALERJ.

²¹ Além do Rio de Janeiro, o estado da Amazonas reserva no calendário data para comemoração do Dia da Doula.

III.1.1 - Homenagem à doula Fadyinha

A sessão ocorreu dia 17 de dezembro de 2018 na sala das comissões do Palácio Tiradentes, sede da ALERJ, e considero como minha inserção no campo. Logo à entrada da sala, uma mulher coletava algumas informações dos participantes que chegavam, através de uma ficha pequena preenchíamos nome, instituição e profissão. Ali me identifiquei como pesquisadora, o que foi lembrado no evento seguinte, onde de fato me apresentei a algumas doulas e expliquei sobre a pesquisa em desenvolvimento.

Foi uma solenidade sob o clima de comemoração, onde as convidadas e convidados presentes fizeram discursos pautados por narrativas de experiências passadas relacionadas à humanização do parto. A mesa foi composta ao centro pelo dep. Carlos Minc, estando à sua esquerda a presidenta da ADoulasRJ, Morgana Eneile, e à direita a Doula Fadyinha, homenageada do dia. A sala contava com a presença de profissionais da saúde entre doulas e médicos que atuam ou atuaram com a Fadyinha ao longo de sua trajetória. Antes do início da reunião, uma assessora do deputado distribuiu aos presentes alguns textos impressos, entre eles, uma cópia do PL nº 4274/2018, *Toda Mulher Merece uma Doula*, que até então eu não tinha conhecimento, e uma carta direcionada aos parlamentares com pedido de apoio ao projeto em pauta. Essa prática de entregar materiais impressos foi repetida em outras audiências, mostrando-se como um método de atuação do gabinete ou da associação de doulas em parceria com o gabinete. Apresentarei, a seguir, os discursos realizados no dia que trouxeram ou reforçaram informações relacionadas aos objetivos da pesquisa, e características da dinâmica utilizada na condução do evento.

A primeira a ter a palavra cedida pelo deputado foi a presidenta da ADoulasRJ, Morgana Eneile, à frente da associação desde a fundação em 2016. Traçou em sua fala uma retrospectiva de ações desenvolvidas pela ADoulasRJ nos últimos anos e comemorou o ano, que considerou produtivo e de vitórias, como resultado de um “amadurecimento da causa”. Indicando que “há dois anos e meio as doulas lutavam pelo direito de entrar nos hospitais” (em referência à aprovação em 2016 da Lei das Doulas - Lei Estadual nº 7.314), destacou o que considera uma evolução nas conquistas por direitos relacionados à atuação da profissão no cenário

de parto, pontuando que algumas mudanças foram possíveis a partir do entendimento da necessidade de aprimorar as legislações.

Para deixar mais elucidativo quais mudanças legislativas seriam essas, o levantamento das legislações aprovadas na ALERJ relacionadas ao parto, que se observou no capítulo anterior revela que entre 2016 e 2018 foram sancionadas as seguintes matérias sobre o tema: 1) Lei nº 7.191/2016, que dispõe sobre direito ao parto humanizado na rede pública de saúde no estado do Rio de Janeiro; 2) Lei nº 7.193/2016, que proíbe o uso de algemas em presas ou internas parturientes; 3) Lei nº 7.314/2016, que dispõe sobre a obrigatoriedade das maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares congêneres da rede pública e privada do estado do Rio de Janeiro em permitir a presença de doulas durante o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato; 4) Lei nº 7.791/2017, que inclui no calendário oficial do estado do Rio de Janeiro o Dia Estadual da Doula; 5) Lei nº 8.063/2018, que inclui no calendário oficial do estado do Rio de Janeiro, a Semana Estadual de Conscientização sobre os Direitos das Gestantes.

A presidenta da Associação apresentou algumas das realizações da entidade no ano, como um curso público de qualificação de doulas, que teria contado com 35 alunas, e mais de 200 inscritas; uma formação sobre racismo institucional; e a campanha “Doula a Quem Quiser”, que arrecadou fundos para a produção de cartilhas, realização de oficinas para profissionais da saúde, rodas de conversa para gestantes em unidades básicas de saúde e presídios, assim como o acompanhamento do ciclo gravídico de mulheres recolhidas no sistema prisional. De acordo com a descrição da campanha, as ações buscaram “promover partos dignos com acesso à informação no enfrentamento ao racismo e à violência obstétrica” (ADOULASRJ, 2018). Vale destacar o interesse da Associação em abordar questões referentes ao racismo²² na assistência ao parto, mostrando-se como uma das frentes de atuação da entidade. Parte das mulheres que compõem a associação são negras, incluindo a presidenta.

Continuando sua fala, Morgana Eneile informou, em tom de comemoração, que o PL nº 4274/2018 “Toda Mulher Merece uma doula”, de autoria do dep. Carlos

²² No ano de 2020, inclusive, a ADoulasRJ lançou uma campanha chamada “Racismo entre Nós”, após a realização de uma pesquisa de opinião, com objetivo de combater práticas racistas entre as profissionais. Disponível em: <https://www.facebook.com/adoulasrj/posts/3773891522629340>. Acesso: 15/02/2022.

Minc, havia entrado em pauta para a sessão plenária do dia 20/12/2018 e convidou a participação dos presentes. Explicou o objetivo do PL em criar um programa que desenvolva políticas de inclusão de Doulas na atenção às mulheres durante o ciclo gravídico no estado, prevendo a formação e capacitação de doulas²³. E ressaltou como é importante que as associações de classe tenham parcerias com parlamentares, acrescentando que a ADoulasRJ também tem parceria também com o Núcleo de defesa da Mulher na Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro (NUDEM/DPRJ), e que a OAB (Ordem de Advogados do Brasil) tem procurado a associação para discutir ações conjuntas. O que evidencia a atuação da organização no sentido de mobilizar setores variados acerca de temas relacionados aos interesses profissionais das doulas e à pauta de humanização da assistência ao parto.

A colaboração entre a ADoulasRJ e o NUDEM/DPRJ, por exemplo, foi evidenciada em setembro de 2019 com a divulgação de um protocolo de cooperação firmado entre as instituições voltado para a promoção de capacitação profissional, disseminação de informações sobre o ciclo gravídico-puerperal, além de assistência jurídica em casos de violência obstétrica e racismo (DPRJ, 2019). Uma das estratégias utilizadas pela parceria foi a distribuição da cartilha “Gestação, Parto e Puerpério - Conheça seus Direitos!” e a criação de um canal *online* específico para denúncia de violência obstétrica, onde é possível preencher um formulário com detalhes da ocorrência que, segundo consta no site, é analisado pelo NUDEM/DPRJ, encaminhado para orientação jurídica e, utilizado para ações de prevenção de violência obstétrica e elaboração de políticas públicas. (VIOLÊNCIAOBSTETRICAFALÉ, 2019)

Apesar do clima comemorativo, dois conflitos foram mencionados na fala da presidenta. O primeiro envolvendo o tema da violência obstétrica e o Conselho Regional de Medicina do estado do Rio de Janeiro (CREMERJ), que havia contestado por meio de uma nota de repúdio uma reportagem sobre o assunto

²³ Até o momento, as chamadas “leis de doulas” encontradas em diversos estados e municípios brasileiros tratam apenas da permissão dessas profissionais adentrarem unidades de saúde a pedido de gestantes, sendo contratadas por estas ou atuando de forma voluntária. Ou seja, não fazem parte das equipes concursadas ou contratadas pelo SUS. Única exceção atualmente é o estado de Alagoas que passou a fazer contratação de doulas em outubro de 2019 para atuação em um hospital localizado em Maceió. Já alguns municípios como Belo Horizonte, São Paulo, Rio de Janeiro, Recife, Maranhão e Curitiba possuem programas de doulas voluntárias em determinadas maternidades e casas de parto, algumas dessas experiências tiveram início no final dos anos 1990.

exibida poucos dias antes, em 12/12/2018, pelo programa televisivo da Rede Globo, Profissão Repórter (G1, 2018)²⁴. Morgana Eneile detalhou que a nota publicada pelo CREMERJ (2018) citou entre as críticas a atuação de “mulheres auto intituladas doulas”, e em decorrência disto, a ADoulasRJ teria enviado uma carta ao CREMERJ respondendo às críticas. Mencionou que, entre os argumentos contidos na carta, descreveu como a formação de doulas no estado conta com cursos na FIOCRUZ, e que a profissão é organizada, inclusive, com piso estadual previsto em lei²⁵.

Outro trecho de seu discurso que indicou certa relação conflituosa ocorreu ao comentar um projeto de lei que a dep. Enfermeira Rejane (PCdoB) apresentou para votação na assembleia. De acordo com Morgana, na ocasião o dep. Carlos Minc teria feito emendas ao projeto da deputada para não afetar a Lei de Doulas. A pesquisa identificou tratar-se do PL nº 3.369/17, que dispõe sobre a obrigatoriedade das maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares congêneres, da rede pública e privada, permitir a entrada e permanência de enfermeiras obstétricas autônomas. O que indica mais um eixo de conflito envolvendo disputas por espaços de atuação no cenário de parto, mesmo que ocorra pontualmente. Vale ressaltar que essas duas categorias, em geral, se unem em conflitos envolvendo entidades médicas.

Após a fala da presidenta da ADoulas, o dep. Carlos Minc (PSB) comentou sobre algumas das legislações citadas e avaliou sobre dificuldades que outro projeto de lei de sua autoria poderia enfrentar. Referia-se ao PL nº 4.276/2018, que modifica a lei 7.191/2016, a qual dispõe sobre o direito ao parto humanizado na rede pública de saúde no estado, ampliando seu escopo de alcance às instituições privadas que atuam na assistência ao parto. Pontuou que as demais leis de sua autoria relacionadas ao tema não foram tão difíceis de ser aprovadas, mas que projetos que incluem o sistema privado podem encontrar maior resistência.

O deputado ainda creditou a escrita do PL nº 4.274/2018, Toda Mulher Merece uma Doula, à ADoulasRJ e enalteceu a homenageada do dia, doula Fadyinha e outros que, de acordo com ele, “lutaram pela humanização há décadas,

²⁴ Disponível em: <https://g1.globo.com/profissao-reporter/noticia/2018/12/12/violencia-obstetrica-e-realidade-em-muitas-maternidades-brasileiras.ghtml>. Data de acesso: 08/10/2020

²⁵ À época a Lei Estadual nº 7.267/2016 regulamentava o piso salarial das doulas em R\$1.168,70. Em março de 2019, o piso salarial das doulas passou a R\$1.375,01, sob a Lei nº 8.315/2019.

enfrentaram o *establishment*, a carece corporativa da época”. Em seguida, passou a palavra a um dos convidados presentes à comemoração, o médico Antonio Carlos Oliveira, que no decorrer de sua fala apresentou a foto de um cartaz feito à mão, guardado por ele, do antigo Instituto Aurora Espiritual, hoje nomeado como Instituto de Yoga e Terapias Aurora, fundado em 1977 pela doula Fadyinha. O médico lembrou ainda o livro “Aprenda a nascer com os índios”, publicado em 1997, sobre parto de cócoras escrito pelo obstetra curitibano Moyses Paciornik, que atuou com comunidades indígenas desde os anos 1970.

Estavam presentes também mulheres que foram doulanas da Fadyinha, ou seja, que a tiveram como doula em seus partos. Uma delas relembrou que havia lido na imprensa sobre humanização do parto pela primeira vez há 30 anos e procurou Fadyinha à época para auxiliar o nascimento de seus filhos.

Foi interessante observar a exposição dessas memórias que trouxeram fragmentos da história de um movimento em construção, a referência aos indígenas como proposta para mudança de paradigma, o papel da imprensa, um cartaz amarelado guardado há décadas pronto para ser mostrado à outra geração como símbolo dessa construção.

A fala da homenageada do dia, Fadyinha, foi também uma ponderação de seu trabalho. Contou ter sido fundadora e presidente da Associação Nacional de Doulas (ANDO) criada em 2001. Agradeceu a Morgana por seu desempenho à frente da ADoulasRJ, comparando com o trabalho em Brasília da médica pesquisadora, Daphne Rattner, uma das fundadoras da REHUNA, que atuou para conquistas legislativas como a aprovação a nível nacional da Lei do Acompanhante, Lei nº 11.108/2005, de autoria da, então, senadora Ideli Salvatti (PT). E afirmou que “cada mulher que é doula assume esse ativismo”.

De fato, o exercício profissional das doulas depende da expansão do nicho do parto humanizado, pois é nesse cenário que seu trabalho se desenvolve. O ativismo das doulas acaba tendo o duplo sentido de buscar expandir os direitos das mulheres a um parto que consideram digno, o que ao mesmo tempo expande suas condições de trabalho e de inserção no mercado da assistência ao parto.

Uma das impressões deixadas por essa sessão foi a atuação e protagonismo das mulheres presentes, o que inclui a movimentação e trabalho das assessoras dos parlamentares. Foi um evento importante para a pesquisa, pois além de apresentar

elementos da atuação das nas mobilizações em defesa da humanização do parto, proporcionou o contato com narrativas que interpretam e apresentaram parte do passado e presente do movimento.

Pelo caráter comemorativo desta audiência e a presença majoritária de participantes simpáticos e/ou atuantes à humanização do parto e ao trabalho das doulas, não foi um evento que reuniu grandes disputas de narrativas entre os discursos dos presentes, como outros eventos analisados na assembleia. Porém, muitos dos pontos revelados nessa sessão de comemoração ao Dia da Doula aparecem em outros momentos ao longo desta tese e são ainda evidenciados nos eventos seguintes que foram objeto da pesquisa de campo. Entre esses pontos estão, por exemplo, os conflitos e convergências entre entidades de classes, as estratégias de atuação utilizadas pelos diferentes grupos envolvidos, as performances de setores dos poderes legislativo, executivo e judiciário com relação ao tema, e a atuação política das mulheres.

O próximo tópico abordará as votações do projeto de lei de interesse da categoria das doulas, pois cria um programa de atuação dessas profissionais no SUS a nível estadual, o que é uma possibilidade de ampliar esse mercado de trabalho. A primeira votação do PL entrou na agenda da ALERJ na semana de comemorações do Dia das Doulas, o que acaba por simbolizar a capacidade organizativa da categoria em pressionar a burocracia estatal.

III.2. – Votações do Projeto de Lei “Toda Mulher Merece uma Doula”

O nome escolhido para Programa Toda Mulher Merece uma Doulas, sugere uma universalização do acesso aos serviços prestados por essas profissionais. Entre as primeiras informações contidas no texto do PL nº 4274/2018, a criação do programa é proposta em atendimento às recomendações da OMS (2018), e às Diretrizes para o Parto do Ministério da Saúde (2017), “que reforçam a importância da doula no suporte contínuo à gestante” (RIO DE JANEIRO, 2018). Busca, ainda, legitimidade citando a qualificação da CBO (Classificação Brasileira de Ocupações) e o código referente à ocupação de doulas, 3221-35.

Art. 2º - São objetivos deste Programa: I – Desenvolver políticas de inclusão de Doulas na atenção na gestação, parto e puerpério no Estado do Rio de Janeiro. II – Articular a presença de políticas de inclusão de Doulas entre os órgãos municipais de saúde na atenção básica e atenção multidisciplinar no ciclo gravídico-puerperal. III - Implementar a formação e capacitação de Doulas, contendo em suas coordenações político-pedagógicas profissionais Doulas com experiência mínima de 3 anos de atuação. IV – Desenvolver material informativo sobre a atenção multidisciplinar no ciclo gravídico-puerperal que oriente sobre os direitos da pessoa gestante e puérpera. V – Incluir indicadores de boas práticas a partir da presença de Doulas e/ou outros instrumentos como Plano de Parto pela gestante. Parágrafo único – Os objetivos supracitados devem contar com a participação de doulas e serem acompanhadas por instituições de classe, formadas exclusivamente por doulas, em conformidade com o previsto na Lei Estadual nº 7314, de 15 de junho de 2016 (RIO DE JANEIRO, 2019).

Como mencionado anteriormente, este projeto difere-se das chamadas *Leis de Doulas* em vigor em alguns estados, e com projeto em tramitação no Congresso Nacional, que obrigam hospitais e maternidades a aceitarem a presença de doulas contratadas particularmente pelas gestantes, ou que atuam como voluntárias. Não existindo, assim, políticas nacionais e estaduais que integrem, de fato, o trabalho das doulas nos serviços públicos de saúde, a caminhar no sentido da universalidade, integralidade e equidade proposto pelo SUS, que ofereceria este serviço à população em geral.

Inclusive, existem críticas de que leis que permitam que instituições públicas recebam profissionais pagos individualmente por pacientes ferem esses princípios, pois permitiriam que algumas mulheres sejam privilegiadas ao receberem tratamento exclusivo em um espaço público. É o que aponta, por exemplo, a reportagem do jornal *online* Outras Palavras ao tratar sobre o PL nº 3369/2017, de autoria da dep. Enfermeira Rejane (PCdoB), sobre a obrigatoriedade de hospitais e maternidades permitirem a entrada de enfermeiras obstétricas contratadas de forma privada por gestantes (OUTRAS PALAVRAS, 2018)²⁶. Um dilema que poderia ser contornado com políticas que garantam às mulheres de maneira pública e gratuita os serviços dessas profissionais ao incluí-las na rede de atenção e no orçamento público.

²⁶ Disponível em: <https://outraspalavras.net/outrasaude/enfermagem-privada-em-maternidades-publicas/>. Acesso em: 19/10/2020

O estado do Rio de Janeiro foi o primeiro a propor um programa, através do PL nº 4274/2018, no sentido de universalizar o acesso aos serviços das doulas, ao menos no âmbito do estado, que é onde lhe compete. A mesma proposta começou a surgir em outros estados, como o Espírito Santo, que possui um projeto de lei em tramitação sobre a questão.

Ainda durante a Semana de Comemorações ao Dia das Doulas em 2018, três dias após a homenagem à Fadyinha na ALERJ, outra movimentação chamou as doulas e simpatizantes ao local, a votação do projeto de lei que criaria o Programa “Toda Mulher Merece uma Doula”. O PL nº 4.274/2018 foi votado em duas sessões, a primeira ocorreu dia 20 de dezembro de 2018, última plenária do ano, antecedendo o recesso legislativo. E a segunda, dia 05 de fevereiro de 2019, primeira plenária do ano, após o recesso e sob nova configuração de parlamentares votantes, em decorrência das posses dos deputados eleitos no pleito de 2018. A matéria foi aprovada sem emendas, sendo sancionada como Lei Estadual nº 8.307/19 pelo governador Wilson Witzel (PSC) em 07 de março de 2019, criando no estado do Rio de Janeiro o programa, com o objetivo de promover a inclusão de doulas na rede de atenção à gestação, parto e puerpério do estado.

Nos dias que antecederam às votações foi possível observar mobilizações *online* através das redes sociais convocando apoiadores a participar das votações com cartazes e faixas, assim como, a colaborar enviando e-mails e telefonando aos gabinetes dos parlamentares da ALERJ, com o pedido de apoio ao projeto. Essas movimentações virtuais ocorreram em *blogs* e perfis ligados à humanização do parto como o *ADoulasRJ*, perfil oficial da associação de doulas estadual, e o *Ishtar RJ*, um grupo de apoio a gestantes voltado ao Parto Normal também em atuação no estado.

Uma movimentação similar, porém com menor amplitude, às mobilizações para a realização da Marcha Nacional do Parto Humanizado, em 2012, analisada pela pesquisadora Aline Gonçalves (2014).

III.2.1 – A Primeira Votação do Projeto de Lei

Foi a primeira vez que acompanhei uma votação presencialmente na ALERJ. O plenário do Palácio Tiradentes é uma construção imponente, assemelha-se ao

interior de uma catedral, o que inclui a presença de um crucifixo ao centro. No teto, a cúpula composta por uma obra de arte em vitral. Grandes painéis circulam o ambiente, representando acontecimentos da história do país. Galerias rodeiam o plenário, de onde a população pode acompanhar as sessões. Na parte baixa, ao centro, de frente para as galerias está posicionada a mesa reservada ao presidente da assembleia, alguns deputados e convidados, um pouco acima dos demais deputados. Sobre suas cabeças, a imagem que eles protagonizam praticamente se repete numa pintura em tons amarronzados, uma obra de arte que simula parlamentares em tamanho real durante a votação da primeira constituição republicana. Uma das diferenças entre a cena silenciosa representada na obra, e a observada em movimentos e sons naquele instante era a presença de algumas mulheres deputadas em roupas coloridas, destoando da uniformidade dos homens em ternos escuros.

Como mencionado, havia passado apenas três dias da comemoração ao Dia da Doula, última semana do ano de 2018, e nas galerias do plenário estava presente um grupo de doulas e apoiadoras com cartazes em defesa da aprovação do PL nº 4.274/2018. Era possível ler as frases: “Doulas para Todas”; “Toda mulher merece uma doula”; “Doulas no SUS e em todo lugar”; e “Doulas favorecem a amamentação”.

Após a votação de outros projetos na pauta do dia, o presidente da ALERJ, Dep. Andre Ceciliano (PT), anunciou o PL nº 4.274/2018 de autoria do dep. Carlos Minc (PSB), seguido de aplausos e gritos das galerias. Iniciou a votação convocando o dep. Luiz Paulo (PSDB) a emitir parecer em nome da Comissão de Constituição e Justiça. O deputado em seu discurso afirmou que a assembleia teve o prazer de aprovar a Lei das Doulas (2017), considerando ter sido “o maior avanço que nós tivemos no sentido de assistência ao parto natural”. Expôs que gostaria de ter nascido sob a supervisão de uma doula, porém teria sido “arrancado a fórceps do útero da minha mãe (...)”. E emitiu o parecer pela constitucionalidade do programa. Muito aplaudido pelas doulas.

Na sequência, o presidente da Alerj, solicitou o parecer da Comissão dos Deveres e Direitos da Mulher, convocando a dep. Enfermeira Rejane (PCdoB), presidente da comissão. A deputada iniciou seu discurso afirmando ter recebido documento da União Brasileira de Mulheres (UBN), de 15 de dezembro de 2018,

solicitando duas emendas ao PL nº 4.274/2018. Neste momento vaias foram ouvidas do alto das galerias e o dep. Carlos Minc acenou da parte baixa do plenário pedindo que não vaiassem. A dep. Enfermeira Rejane seguiu lendo o documento: “A UBN, entidade feminista que luta pelos direitos da mulher (...) sugere propor a emenda que democratiza esse importante momento para a mulher, lendo o projeto não visualizamos o que sempre defendemos que é o direito de escolha da mulher.”

Enquanto isso, a dep. Marta Rocha (PDT), que também fazia parte da Comissão dos Deveres e Direitos da Mulher, se aproximou do dep. Carlos Minc demonstrando não concordar com o posicionamento da colega deputada, que seguia sua leitura: “O coletivo da UBN entende que qualquer mulher pode escolher profissional qualificado que quiser para acompanhá-la no momento gravídico puerperal”, acrescentando que as emenda já haviam sido apresentadas ao dep. Carlos Minc e poderiam ser aprovadas dentro do plenário. Apresentou o conteúdo das emendas. A primeira: “Adicione-se ao artigo primeiro, será respeitado o direito de toda mulher de escolher o profissional qualificado para o seu acompanhamento que mais lhe convier”. E a segunda: “o exercício do direito das mulheres a ter acompanhante, profissionais de sua livre escolha durante todo o trabalho de parto não suprime a possibilidade de essas mulheres poderem contar também com a presença de pessoa de sua rede familiar e social”.

Este posicionamento indicava, mais uma vez, a existência de uma relação conflituosa entre as categorias de doulas e enfermeiras, que sugere certa disputa por espaço na assistência ao parto, ou no mercado da assistência ao parto, mesmo que seja uma disputa pontual, se unindo por outras pautas voltadas à humanização do parto.

O Presidente da ALERJ chamou à consulta o autor do PL em busca de entendimento. Em sua fala, o dep. Carlos Minc (PSB) procurou argumentar: “Veja, o programa é de doulas, sempre já há outras profissionais que tradicionalmente acompanham: enfermeiras, médicas, etc.” Ao que é possível ouvir a voz da deputada ao fundo dizendo que não teria “nada a ver”. Continuando o deputado: “Esse é um programa específico para doulas, toda mulher merece uma doula, mas é claro que não exclui ninguém, está dizendo que toda mulher merece uma doula, as emendas acabam descaracterizando o projeto que é sobre doula.”

As mulheres nas galerias agitavam, a dep. Marta Rocha (PDT) pede a palavra: “Por favor, por favor [dirigindo-se às galerias], eu quero fazer o voto divergente na comissão para que o projeto seja aceito sem emendas”. Seguida por gritos e aplausos das doulas e pela interrupção da dep. Enfermeira Rejane (PCdoB): “As emendas estão registradas na mesa, Sr. Presidente”.

O presidente da ALERJ intercede: “Se nós ficarmos no impasse não será votado, porque vai cair. É a primeira discussão, dep. Enfermeira, Véspera de Natal.” A deputada contra argumenta dizendo não ser autora das emendas, que teriam vindo do movimento social, no caso a UBN: “Eu sou presidente da Comissão de Mulheres da ALERJ, chegaram até nós, o projeto está sendo colhido o parecer aqui, se o projeto tivesse ido às comissões talvez a gente tivesse discutido nas comissões. Agora, essas emendas não são minhas, tenho que apresentá-las aqui”.

Sendo assim o PL seguiu para votação. A dep. Daniele Guerreiro (MDB) foi favorável ao voto divergente na Comissão dos Deveres e Direitos da Mulher, assim como a dep. Rosângela Zeidan (PT), que votou dizendo que o projeto precisava ser aprovado neste mesmo dia. Na Comissão de Saúde, o dep. Dr. Gláucio Julianelli (PSB) afirmou entender que o assunto é conflituoso, apoiando o parecer da dep. Enfermeira Rejane (PCdoB): “acho que isso tem que ser discutido nas comissões”. E o dep. Flávio Serafini (PSOL), também membro da comissão, fez voto divergente. O presidente da Alerj afirmou não ser necessário, pois votaria junto com a CCJ (Comissão de Constitucionalidade e Justiça), que havia votado pela constitucionalidade. Decretando: “Projeto aprovado em primeiro, retorna em segundo”.

Nas galerias, as doulas festejaram a primeira aprovação do PL, mas não estavam completamente satisfeitas devido às emendas propostas pela dep. Enfermeira Rejane (PCdoB). Para algumas, o voto com emendas soou como revanche, pois, anteriormente, um projeto de lei apresentado pela deputada foi questionado por doulas. Segundo estas, o PL legislava tanto para enfermeiras obstétricas, quanto para doulas, de maneira que as prejudicava. De acordo com o que foi dito, as doulas questionaram o PL e conseguiram derrubá-lo. Vale pontuar que esta foi a mobilização relacionada ao PL da dep. Enfermeira Rejane (PCdoB) mencionada durante a audiência em comemoração ao Dia Doula no discurso da presidenta da ADoulasRJ.

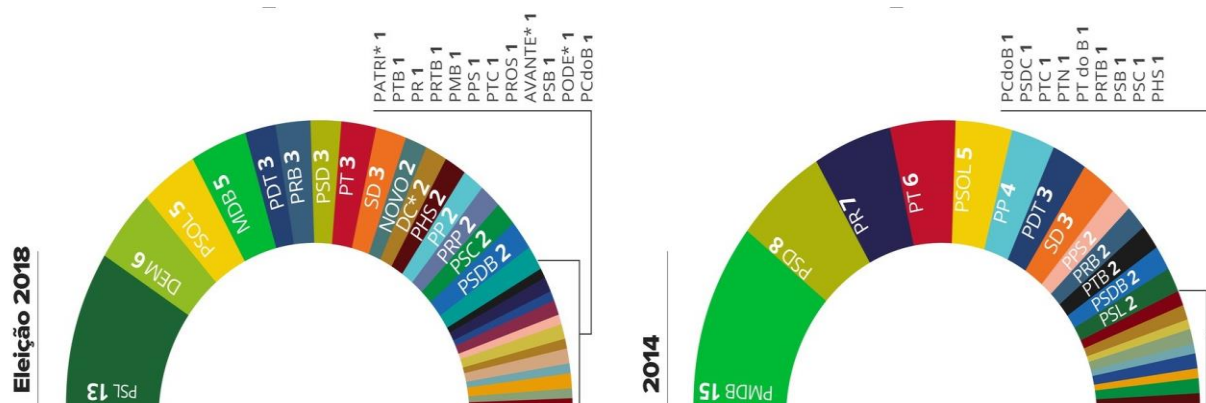
III.2.2 – Segunda votação: uma nova legislatura

A segunda votação do PL nº 4.274/2018 ocorreu na primeira sessão do ano legislativo de 2019, ao dia 05 de fevereiro, contendo outra configuração de parlamentares após eleições ocorridas em outubro de 2018. Vale contextualizar algumas das mudanças.

O pleito de 2018 destacou-se por grandes agitações ao redor das candidaturas, tanto a nível federal, quanto estadual. Partidos que nas eleições de 2014 eram considerados pequenos e de baixa representatividade entre os quadros eleitos tiveram maior destaque em 2018, motivados por fatos políticos como a filiação de nomes que possuíam grande apelo popular naquele momento. É o caso do PSL e a filiação do então dep. federal Jair Bolsonaro em 2018, que mobilizou outras filiações e candidaturas pelo partido (GONÇALVES, 2019)

Enquanto Jair Bolsonaro era eleito presidente da república com um discurso considerado ultraconservador, o PSL aumentava suas cadeiras também nos pleitos estaduais. Na ALERJ, o partido elegeu o maior número de representantes, de 70 deputados, 13 pertenciam ao PSL, seguido pelo DEM com seis deputados, e PSOL com cinco. Uma diferença considerável se comparado à eleição de 2014, quando o PSL era o partido com menor representação na ALERJ, apenas dois deputados. Sendo os maiores à época, PMDB com quinze, PSD com oito e PR com sete deputados (G1, 2018)²⁷. Abaixo uma representação da diferença entre a composição de deputados por partido, eleitos em 2014 e 2018 (Figura 1).

Figura 1: Comparação entre composição da ALERJ a partir das eleições de 2014 e 2018



Fonte: G1, 2018

²⁷ Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/eleicoes/2018/noticia/2018/10/08/saiba-como-eram-e-como-ficaram-as-bancadas-na-alerj-partido-a-partido.ghtml>. Acesso em: 10/10/2020

No total dos 70 deputados eleitos na ALERJ, 34 já possuíam mandatos na casa e foram, portanto, reeleitos, ocorrendo a renovação das demais 36 cadeiras (AGÊNCIA BRASIL, 2018)²⁸. Outra mudança que vale ser destacada no pleito de 2018 foi a eleição de um maior número de mulheres negras. Se em 2014, a Assembleia contava com apenas uma mulher autodeclarada negra, e uma autodeclarada parda entre os parlamentares, em 2018 houve o aumento para duas deputadas pardas e quatro negras (GÊNERO NÚMERO, 2018)²⁹. Destas, três pelo PSOL e ex-assessoras da vereadora do município do Rio de Janeiro, Marielle Franco (PSOL), assassinada em março do mesmo ano.

O ano de 2018 foi marcado pelo brutal assassinato da vereadora, que possuía base eleitoral na favela da Maré com apelo a causas relacionadas aos direitos humanos, direitos das mulheres, da população negra, dos LGBTQI+ e das favelas. Quando assassinada exercia seu primeiro mandato na Câmara Municipal do Rio de Janeiro e contava com experiência política anterior no assessoramento do, então, dep. estadual Marcelo Freixo (PSOL) na ALERJ por dez anos, inclusive, durante a “CPI das Milícias”, presidida pelo deputado em 2008 (G1, 2018)³⁰.

O assassinato de Marielle Franco repercutiu internacionalmente com pedidos de justiça e elucidação do crime, e mobilizou grupos e coletivos de mulheres negras a se candidatarem sob o lema de que *Marielle havia deixado sementes*, entendendo a necessidade de aumentar o número de representantes negras nos espaços de decisão política (ALMA PRETA, 2019)³¹. “No rastro da morte trágica da vereadora, 521 mulheres negras se lançaram candidatas no estado do Rio, um aumento de 52% na comparação com 2014” (FRANCISCO, 2019). Marielle Franco se tornava um símbolo, com rosto e nome circulando também por outros países.

Em um ato em sua homenagem no Rio de Janeiro foi colocada uma placa com seu nome por cima da placa oficial que nomeava a Praça Floriano Peixoto, localizada próximo à Câmara Municipal. Durante as campanhas eleitorais, em outubro de 2018, o candidato que viria a ser eleito deputado com maior votação

²⁸ Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/politica/noticia/2018-10/mais-da-metade-da-alerj-foi-renovada-nesta-eleicao>. Data de acesso: 03/07/2020

²⁹ Disponível em: <http://www.generonumero.media/dobra-numero-de-pretas-eleitas-deputadas-estaduais-ms-nao-elege-nenhuma-mulher-para-assembleia-legislativa/>. Data de acesso: 03/07/2020.

³⁰ Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/vereadora-do-psol-marielle-franco-e-morta-a-tiros-no-centro-do-rio.ghtml>. Data de acesso: 03/07/2020.

³¹ Disponível em: <https://www.almapreta.com/editorias/realidade/documentario-sementes-relata-trajetoria-de-candidatas-inspiradas-em-marielle-franco>. Data de acesso: 03/07/2020.

entre os parlamentares da ALERJ, Rodrigo Amorim (PSL), repercutiu ao quebrar a placa em homenagem a Marielle Franco durante um comício realizado na cidade de Petrópolis, ao lado dos, também candidatos, posteriormente eleitos, dep. federal Daniel Silveira (PSL) e governador do Rio de Janeiro, Wilson Witzel (PSC) (ESTADÃO, 2018). Na polarização acalorada pelo *tempo da política* que é o tempo da campanha eleitoral (PALMEIRA, 1992), para um dos pólos, a ação foi considerada uma agressão à memória da vereadora.

Essa contextualização faz-se importante para entender o cenário encontrado na ALERJ a partir de 2019, sob nova configuração de parlamentares, e suas conexões com a política nacional. Permitindo melhor compreensão do debate eclodido durante a primeira sessão do ano na Assembleia, onde se votou o PL nº 4274/2018, Toda Mulher Merece uma Doula, aproximadamente três meses após as eleições.

III.2.2.1. Mobilização nos gabinetes pré-votação

Como convocado pela ADoulasRJ nas redes sociais, através da criação de *evento* e postagens na plataforma do *Facebook*, doulas e apoiadoras se reuniram antes da plenária com o objetivo de visitar os gabinetes dos novos deputados para explicar o PL proposto e pedir apoio, acompanhei também esta ação. A presidenta da associação chegou após uma reunião com membros do CREMERJ, ocorrida em consequência da repercussão da reportagem realizada pelo programa Profissão Repórter, sobre violência obstétrica, mencionada anteriormente. Não entrou em detalhes sobre a reunião naquele momento, informando apenas o fato de ter sido um bom encontro, os pormenores seriam passados para as doulas em reunião da associação.

Como faltava pouco tempo para a plenária, cerca de 20 minutos, as mulheres buscaram avaliar qual seria a melhor estratégia para visitar ao menos alguns gabinetes. Inicialmente, pensaram em dialogar com os novos deputados conservadores, com foco na bancada do PSL. Depois decidiram que abordariam apenas as novas deputadas conservadoras. Sendo assim, o grupo se dividiu em quatro subgrupos para seguir aos gabinetes das deputadas Alana Passos (PSL),

Franciane Motta (MDB), Marina Rocha (PMB) e Rosane Felix (PSD).

Segui para o gabinete da dep. Marina Rocha (PMB) junto a três outras mulheres e um bebê. É muito comum a presença de crianças acompanhando suas mães nessas mobilizações. A deputada não se encontrava no local, nem o chefe de gabinete ou assessor do plenário. As doulas, então, deixaram uma cópia da “Lei das doulas”, Lei nº 7.314/2016, e do PL nº 4.274/2018, a ser votado neste dia, com uma funcionária e um funcionário do gabinete. Estes ouviram seus pedidos e indicaram que conversariam com a deputada, afirmando que a demanda teria tudo a ver com a mesma. Encontramos, em seguida, o restante das mulheres que retornavam de outros gabinetes, onde tinham conversado com alguns assessores das demais deputadas e apresentado suas demandas.

III.2.2.2. Debatendo e votando o PL nº 4274/2018

Dirigimo-nos às galerias da plenária para acompanhar a pauta do dia. Nesta primeira sessão do ano, após a posse dos deputados, o governador estreante Wilson Witzel³² (PSC) discursou logo ao início, após a execução do hino nacional. Durante seu longo discurso, os presentes não pareciam atentos e o governador aparentava desconforto. A casa estava cheia, nas galerias outras categorias de trabalhadores e trabalhadoras acompanhavam votações de proposições que as interessavam.

Dado início às votações, nas galerias doulas e apoiadoras expunham, novamente, cartazes com dizeres: “Doulas para Todas”; “Toda mulher merece uma doula”; “Doulas favorecem a amamentação”; “Queremos Doulas no RJ”; “Ter uma Doula foi minha melhor escolha”; “Se Doula fosse um remédio seria antiético não receitar”. Entre as conversas havia a preocupação que algum dos novos deputados fizesse emendas ao projeto, o que prolongaria sua tramitação.

³² Desde agosto de 2020 está afastado do cargo em decorrência de um processo de impeachment que corre na ALERJ.

Alguns minutos depois, chegou a informação que duas emendas ao projeto seriam apresentadas pelo dep. Marcio Gualberto (PSL)³³, que estreava como parlamentar na ALERJ. A primeira emenda teria o objetivo de acrescentar ao texto que não estaria entre as funções das doulas aconselhar sobre métodos abortivos. Já a segunda pretendia submeter o exercício da profissão de doulas ao Conselho de Enfermagem ou ao Conselho de Medicina.

Contra-argumentos surgiram nas galerias: “Doulas são acompanhantes de parto e não de aborto”; “Conselho de Enfermagem deve responder sobre os profissionais da enfermagem, assim como, o Conselho de Medicina sobre os profissionais de medicina, e não sobre doulas”.

As votações dos demais projetos prosseguiram, foi possível observar do alto das galerias o dep. Carlos Minc (PSB), autor do PL nº 4.274/2018, dirigindo-se para dialogar com o dep. Márcio Gualberto (PSL), autor das emendas que seriam propostas. A conversa durou alguns minutos, o dep. Minc (PSB) gesticulava bastante enquanto falava, até que o PL de sua autoria foi anunciado pelo presidente da ALERJ. Levantou-se para discursar, enquanto o deputado Márcio Gualberto (PSL) começou a fazer ligações.

Com a palavra, o dep. Carlos Minc (PSB) dirigiu-se ao presidente da assembleia informando ter conversado com o dep. Márcio Gualberto (PSL) devido às emendas por ele propostas. Apresentou os argumentos que utilizou para tentar convencer seu interlocutor a retirar as emendas. Primeiramente, informou a existência de uma lei anterior sobre as doulas, muito discutida na ALERJ, onde estão previstas as definições do que a doula pode e não pode fazer. Aproveitou para assinalar a participação de outros deputados nessa “Lei das Doulas”, mencionando o dep. Marcio Pacheco (PSC). Possivelmente, uma maneira de sugerir que o tema encontra consensos entre as polarizações dos partidos e orientações ideológicas. Ressaltou, ainda, que a lei anterior traz como ideia o parto natural, “olhar a mulher”, estando previsto o que é vedado a doula. Utiliza como exemplo que a doula não pode fazer o trabalho do médico ou da enfermeira. Assim, pontuou que o PL votado neste dia é outra lei, que somente cria um programa para estimular a atividade das doulas, apontando que o Brasil é campeão mundial de cesáreas, sendo a atividade

³³ O deputado é um policial católico ligado ao Centro Dom Bosco, uma organização católica de direita fundada em 2016, que através da plataforma do *Facebook* demonstra regularmente apoio ao deputado, inclusive durante a campanha em 2018, classificando-o como *pró-vida*.

das doulas um incentivo ao parto natural. Concluiu afirmando ter feito os esclarecimentos ao autor das emendas para que estas sejam retiradas, “porque a emenda fala de não induzir a prática abortiva, só que a doula não tem nada a ver com prática abortiva, a doula tem a ver com a defesa da vida, com a defesa da mulher e do parto natural”.

A retórica utilizada com a expressão *defesa da vida* aproxima ao discurso contrário ao aborto que utiliza o termo, podendo ser interpretada como estratégia de apropriar a expressão ou ressignificá-la, adaptando moralmente seu discurso ao discurso do interlocutor, como um recurso argumentativo, em busca que este cedesse no embate, possibilitando um consenso pela aprovação do texto sem emendas.

O presidente da ALERJ pressionou para que o dep. Carlos Minc (PSB) buscasse entendimento, porque se mantendo as emendas ele iria dar prosseguimento retirando o projeto da pauta. O dep. Flávio Serafini (PSOL) pediu a palavra afirmando que “a emenda é fruto de um não entendimento do que trata o projeto”, propondo que se pudesse exercer o direito da discussão para facilitar. O presidente da casa respondeu que abriria a discussão, propondo tempo para entendimento entre os deputados.

Em seguida, a dep. Enfermeira Rejane (PCdoB) mencionou ter apresentado emenda na legislatura anterior, mas que houve entendimento de que a emenda atrapalhava o projeto, pontuando como “as doulas são fundamentais para o atendimento às mulheres grávidas”. Ressaltou o fato de os novos deputados não terem participado do debate, e acrescentou estar alinhada ao dep. Carlos Minc (PSB) em relação à atividade das doulas não estar relacionada a aborto. A partir desta fala da deputada foi possível observar a chegada de consenso, conciliação ou trégua no conflito que havia emergido na primeira votação do PL, entre ela e as doulas.

Dando prosseguimento, o dep. André Ceciliano (PT), perguntou ao dep. Carlos Minc (PSB) se houve avanço no entendimento, se as emendas seriam retiradas, e passou a palavra ao dep. Márcio Gualberto (PSL). Este afirmou ter colocado as emendas “até mesmo para salvaguardar algo que eu entendo ser muito importante como são as doulas, importantes na hora, em um momento fundamental para a vida da mulher que é o momento do parto”. Acrescentando ter cinco filhos e

por isso saber bem sobre isso. Expôs que em conversa com o dep. Carlos Minc (PSB) concluíram que a lei já existe e teria recebido a garantia do deputado que dentro do programa “não vai ser introduzido nenhum aspecto que facilite a promoção, a indução do aborto, ou qualquer coisa semelhante”. Assim definindo: “uma vez que, senhor presidente, não haverá essa abertura ou espaço para isso, eu então retiro as emendas”.

O presidente da assembleia parabenizou, ressaltando: “aqui é o parlamento e lugar de entendimento”. Demais deputados fizeram suas considerações em seguida. Dep. Max Lemos (MDB) elogiou a lei por incentivar o parto humanizado em um contexto de recordes de cesariana no país, felicitando o dep. Carlos Minc (PSB) pelo projeto e o dep. Márcio Guaberto (PSL) pela retirada da emenda.

A dep. Monica Francisco (PSOL), também estreante como parlamentar na ALERJ, exaltou o projeto como “imprescindível para que se erradiquem as práticas racistas institucionais de morte das mulheres negras que são as que mais morrem nos hospitais vítima de violência obstétrica”, e concluiu que “defender esse projeto é defender a vida e, sobretudo, a vida das mulheres negras”. Esta fala da deputada desencadeou protestos mais à frente, por parte de deputados novatos da ala mais conservadora.

O dep. Renan Ferreirinha (PSB), parabenizou o trabalho do deputado voltado às doulas e a matéria: “já te provoco parar colocar o CUMPRA-SE, porque esse é o tipo de projeto que não vai ser cumprido da forma que tem que ser cumprido na sociedade”.

O CUMPRA-SE é a Comissão Parlamentar pelo Cumprimento das Leis, destinada a realizar ações para garantir a execução de legislações em vigor, a qual o dep. Carlos Minc (PSB) é presidente.

O dep. Chico Machado (PSD) concordou com a necessidade do CUMPRA-SE, acrescentando que cabe “a comissão de saúde da assembleia também levantar essa questão porque tem muitos médicos, com todo o respeito aos médicos, que tem uma resistência às nossas queridas doulas. Então, isso precisa ser quebrado na nossa sociedade”. Ressaltando o conflito entre as categorias.

A dep. Enfermeira Rejane (PCdoB) prestou homenagens ao dep. Carlos Minc e às doulas, lembrando ter existido uma grande articulação pela Lei das Doulas na assembleia, aprovada em 2016, que teve, anteriormente, o projeto considerado

inconstitucional dentro da CCJ: “Nós recorremos ao dep. Luiz Carlos (MDB) para que reformulasse seu parecer para que essas profissionais pudessem exercer uma prática que é fundamental para as mulheres no estado do Rio de Janeiro”. Na seqüência, também chamou atenção para a violência obstétrica, “assola todas as unidades de saúde, sendo públicas ou privadas”. Apresentou ainda a necessidade de exigir do governo mais unidades de saúde, apontando que a maioria das maternidades privadas da baixada fluminense foram fechadas, “e nós precisamos de casa de parto onde essas profissionais possam atuar e dar dignidade às mulheres, que hoje sofrem com violência obstétrica, sofrem na mão de profissionais que não sabem da importância da hora do parto para nós mulheres”. Encerrou afirmando que continuarão “lutando nessa casa para que as mulheres tenham o seu momento de parto, o momento de realmente respeito às mulheres grávidas”.

O próximo a discursar foi o dep. Alexandre Knoploch (PSL), também estreado como parlamentar, afirmou ser um grande avanço na sociedade fluminense, saudando o autor do projeto e a importância das doulas. Aproveitou o momento para indicar que o governo Wilson Witzel (PSC) estaria comprometido com a saúde, afirmando: “vamos fiscalizar de perto o tema da violência contra as mulheres na hora do parto, agora, lembrar só à deputada que não são só as mulheres negras que morrem, as brancas, as índias, e todas as outras raças e etnias”. Referindo-se à fala da dep. Mônica Francisco (PSOL). Desenhava-se outro conflito.

Em seguida, o dep. Waldeck Carneiro (PT) cumprimentou o dep. Carlos Minc (PSB) e o movimento das doulas, ressaltando que a assembleia legislativa e a dep. Enfermeira Rejane (PCdoB) também têm dado passos importantes sobre o tema. Relembrou os avanços na legislatura passada com o projeto que organizava a participação das doulas nos partos, sob a perspectiva de humanização, apontando a importância da “valorização da vida da mulher nesse momento tão sublime e tão delicado que é o momento da concepção”. Prosseguiu sua fala lembrando as intervenções das deputadas Monica Francisco (PSOL) e Enfermeira Rejane (PCdoB), indicando que para além de “botar em evidência a importância da humanização do parto num país onde temos uma verdadeira indústria das cesarianas, esse é um projeto que combate a violência contra a mulher, porque a violência obstétrica é uma das dimensões da violência contra as mulheres”.

Continuou ressaltando: “Há nessa situação da violência obstétrica também um corte racial, mulheres morrem por violência obstétrica de todas as raças e etnias, é verdade, mas os dados são claros e inquestionáveis que a violência obstétrica atinge, sobretudo, a parturiente negra e a mulher negra” e, portanto, a dimensão racial também deve ser levada em conta. Finalizou voltando-se às galerias: “Parabéns ao movimento de doulas e parabéns às mulheres fluminenses que poderão ter, a partir desse projeto, uma política pública que fomente e incentive a participação das doulas nos partos. Uma doula para todas, todas com as doulas”.

O dep. Flávio Serafini (PSOL), em seguida, também lembrou o debate sobre parto humanizado pautado na última legislatura, com o projeto que permitia a permanência de doulas em todas as maternidades públicas ou privadas do estado do Rio de Janeiro, assim como, o PL que garantia à mulher o direito ao parto humanizado. Afirmando ser o projeto em votação mais um passo fundamental nesse processo: “O Brasil é recordista da prática cesariana, especialmente no setor privado, onde opera uma lógica industrial de marcação de horário para fazer o parto, para facilitar a vida do médico, submetendo a mulher e a criança a essa violência desnecessária boa parte das vezes.” Já sobre o sistema público de saúde lembra que é onde ocorre maior número de partos normais, porém, “sob a égide da violência obstétrica, porque à mulher não é dada a possibilidade de escolher como vai ser o desenvolvimento daquele trabalho de parto, que deveria ser um direito dela escolher”.

Para o deputado, a criação do programa possibilitaria não só que se tenham mais partos normais, mas uma maior quantidade de partos humanizados e sem violência obstétrica, “porque a violência pode ocorrer não só nas cesarianas desnecessárias, mas também durante o parto normal com intervenções desnecessárias”. Ressaltou seu apoio ao projeto e à luta, e ressaltou seu entendimento junto a outros deputados de que mulheres pobres, principalmente negras são “as maiores vítimas de violência obstétrica, porque são as que estão mais vulneráveis, no processo de trabalho de parto, à pressão dos profissionais que estão colocados, muitas vezes, influenciados por uma lógica da cesárea, por uma lógica da indústria do parto”. Acrescentando que “o protagonismo das mulheres e das doulas é fundamental para desmontar essa lógica”.

A dep. Tia Ju (PRB) também declarou seu voto favorável ao projeto, destacando a importância em enfatizar o parto humanizado: “Não é possível mais em pleno século XXI tantas mulheres morrerem na hora do parto. Parabéns ao movimento das doulas, vocês sempre são bem-vindas a essa casa.” Na sequência, a deputada continuou o debate envolvendo a questão racial: “Posso te dizer também porque minha família é composta de mulheres negras e, também, de mulheres brancas, mas os dados comprovam, nós temos uma lógica dentro das maternidades que muitas mulheres negras são deixadas à parte sem ao menos o direito de uma anestesia”. De acordo com a deputada, nesta lógica, a mulher preta agüentaria mais dor, algo que precisa ser transformado na assistência. Continua sua fala afirmando que “toda mulher tem que ter o direito constitucional, seja ela branca, seja ela índia, seja ela de qualquer raça ou etnia”. E conclui seu discurso afirmando que o governo Witzel (PSC) sinalizou a atenção que dará ao tema, opinando que o programa com certeza seria regulamentado por ele, “daremos mais um avanço na questão do parto humanizado no Rio de Janeiro. Parabéns ao Rio de Janeiro, parabéns às doulas e parabéns por esse programa.”

Na sequência, a dep. Renata Souza (PSOL), exercendo também pela primeira vez o mandato como parlamentar, iniciou sua fala parabenizando às doulas, assegurando que sem elas o projeto não seria possível, assim como ao dep. Carlos Minc (PSB) e sua representação na casa “trazendo essa responsabilidade que é nossa”. De acordo com a deputada, “o parto humanizado é algo que a gente precisa perseguir, afinal de contas, quando a gente pede a CPI dos óbitos de nascituros tem a ver com isso”. No mesmo dia, a deputada havia protocolado pedido de abertura de CPI para investigar óbitos no Hospital da Mulher do município de Cabo Frio. Continuando seu discurso, sugeriu que se tivesse uma doula atuando na unidade “esse assunto não estaria sendo hoje pauta dessa casa para uma CPI que a gente tem autoria”. Ressaltando o papel das doulas na valorização das mulheres nos espaços de saúde e na prevenção à violência obstétrica, lembrando ser uma forma de violência que ocorre de maneira cotidiana nos hospitais.

A dep. Dani Monteiro (PSOL), também estreante como parlamentar, advertiu a relevância do projeto “para frear o que é uma taxa gravíssima no nosso país que cinco mulheres morrem por dia em decorrência de violência obstétrica, e aí quando a dep. Mônica Francisco ressaltava aqui no microfone sobre as mulheres negras não é

nenhuma diferenciação, são dados estatísticos comprovados”. Complementando que “o feminicídio aumenta no nosso país porque ele aumenta prioritariamente entre mulheres negras e indígenas, isso é notório, para mulheres jovens a probabilidade de sofrer violência obstétrica quando você é uma jovem mulher negra é duas vezes maior”. De acordo com a deputada, “ressaltar esses índices, muito pelo contrário do que fazer diferenciações é para a gente caracterizar um problema real no nosso estado, afinal as mulheres negras moram em locais mais vulneráveis, elas são as principais usuárias do SUS, 80% do SUS”. Juntamente a esta informação, acrescentou que os dados estão indicando que as mulheres negras do estado “não só utilizam mais o serviço público, mas a precarização deles, a precarização da vida, vulnerabiliza prioritariamente essas mulheres e, por isso, importante ressaltar essa discussão”. Encerrou parabenizando o deputado e as doulas “que estão aqui ocupando e fazendo valer a democracia dentro dessa casa.”

O dep. Carlos Minc (PSB) agradeceu ao dep. Márcio Gualberto (PSL) por retirar as emendas, assim como, agradeceu as palavras dos deputados, sobretudo das deputadas. Comentou sobre a Lei nº 7.314/2016, Lei das Doulas, indicando ter realizado duas ações do CUMPRA-SE, porque duas maternidades não estavam cumprindo a lei, cujo 1º artigo diz que “as maternidades e casas de parto ficam obrigadas a permitir a presença das doulas, solicitadas pela parturiente e sem ônus e sem vínculo empregatício”. Com isso, a comissão foi à maternidade Leila Diniz no Lins e Hospital Municipal Ronaldo Gazolla em Acari: “Nós fomos lá com a Defensoria Pública, fomos lá com a comissão da ALERJ, fomos lá com o Ministério Público e eles passaram a permitir”. O deputado afirmou que se necessário será realizada ação do CUMPRA-SE para o projeto votado neste dia, caso a lei sendo aprovada seja desrespeitada, pontuando acreditar na aprovação: “Espero até com a ajuda do dep. Márcio Pacheco (PSC) que o governador sancione e vire lei, que uma vez havendo isso, estimule todas a conhecerem um trabalho tão importante”. Acrescentado ser uma atividade que traz dignidade à mulher, humanizando o parto, evitando mortes desnecessárias “tanto preconceito, tanta perda de filhos, perda de saúde, perda de tudo, porque cesariana significa mais custo, mais infecção e a industrialização. Só ganha o lado mercantil, só perde a saúde da mulher. Viva as doulas, viva o parto humanizado!”

Em seguida o dep. Márcio Pacheco (PSC) afirmou ter acompanhado a discussão do tema a partir do debate apresentado pelo dep. Carlos Minc (PSB), pontuando ser um projeto que “de fato nos leva a fazer uma discussão sobre a defesa sim da mulher, a defesa das crianças, a defesa desses que são profissionais que tem defendido a humanização do parto”. Acrescentando que devem ter “cuidado enorme porque o governo tem que estar aberto a discutir, a fazer esse debate, e mais importante ainda, de maneira nenhuma um projeto tão lindo e tão importante como esse deve ser levado à politização do tema”. Explicando que “não se trata de posições políticas, se trata da vida, se trata da vida das mulheres, da vida das pessoas, da vida de crianças, de homens e mulheres que precisam ser tratados de forma igualitária”, e concluiu apresentando seu voto favorável ao projeto. Cumpriu, desta forma, o papel conciliador que a ele estava sendo requisitado desde o início do debate.

O último deputado a discursar, Deputado Rodrigo Amorim (PSL), também em seu primeiro mandato na ALERJ, parabenizou a iniciativa afirmando que o projeto se justifica por si só, indo além do parto humanizado “na verdade esse projeto de lei, ele visa proteger a família como um todo, resguardar a família como um todo, é tendência no mundo o parto humanizado, desde já a minha reverência a todas as doulas e a importância do trabalho de vocês.” Continuou sua fala apontando ser o início do ano legislativo, sugerindo que: “A gente tem que parar de tentar dividir o Rio de Janeiro e o Brasil. É um projeto que se justifica por si só, vamos parar de politizar os bons projetos, esse projeto não é para a mulher negra, é para todas as mulheres, independente de cor”. Prosseguiu indicando que irão aplaudir os bons projetos independentemente do viés partidário: “O projeto é bom, aplausos ao projeto e à iniciativa, o meu voto é sim pela matéria, não pela cor de quem está envolvido, vamos mudar o Rio de Janeiro, sem politizar e sem problematizar as coisas, meu voto é sim”.

Com este voto encerrou-se a votação do projeto, aprovado pela ALERJ e encaminhado à assinatura do governador.

Colocando em comparação as duas votações do PL nº 4.274/2018 na assembleia, em dezembro de 2018 e fevereiro de 2019, é possível perceber o quanto a questão racial esteve em debate nesta segunda votação, impulsionada por deputadas negras, a maioria recém-eleita e ex-assessoras de Marielle Franco

(PSOL). É possível observar que a negação em atribuir ao tema da violência obstétrica um recorte racial partiu de deputados do PSL, sendo encampada por alguns deputados do PSC. Consideraram que citar a questão racial politiza o debate, e esse se configurou o principal conflito exposto nos discursos durante esta votação. Como uma continuação do embate em torno da pauta racial em tensão durante o pleito de 2018, exaltado no estado do Rio de Janeiro pela quebra da placa em homenagem a vereadora assassinada Marielle Franco (PSOL).

Vale pontuar que na votação realizada em dezembro de 2018, com a antiga configuração de parlamentares, o principal conflito se originou das emendas propostas pela dep. Enfermeira Rejane (PCdoB), que além de não apresentar emendas nesta segunda votação, demonstrou-se completamente favorável ao projeto.

Como observado, outro tema conflituoso que esteve em questão nesta segunda votação foi o aborto, já que tratou do assunto uma das propostas de emenda que foi apresentada e depois retirada pelo dep. Márcio Guaberto (PSL). Vale destacar que o tema aborto foi posto em pauta nas eleições 2018 no Brasil e em demais países da América Latina, utilizado como objeto de ativismo político religioso por candidatos que se apresentaram em *defesa da vida e da família* (MARIANO & GERARDI, 2019).

Apesar das controvérsias, as articulações políticas levaram a um entendimento favorável à aprovação do projeto de lei em questão nesse primeiro dia de atividades legislativas na ALERJ pós-eleições 2018.

III.3. – Audiência Pública: CUMPRA-SE Lei do Parto Humanizado

No dia 22 de março de 2019 ocorreu na ALERJ audiência pública solicitada pela Comissão Especial para Acompanhar o Cumprimento das Leis (CUMPRA-SE), presidida pelo dep. Carlos Minc. Esta audiência teve por objetivo fazer cumprir a Lei nº 7.191/2016, de autoria da dep. Ana Paula Rechuan (PSD), que dispõe sobre o parto humanizado na rede pública de saúde do estado do Rio de Janeiro.

O foco da audiência foi o debate sobre direito ao Plano de Parto³⁴, previsto na Lei Estadual nº 7.191/2016, em normativas do Ministério da Saúde, e de uso recomendado pela OMS (2018). A motivação para a realização da audiência pública partiu da publicação da Resolução nº 293/2019 do CREMERJ de 06 de fevereiro de 2019, que dispõe sobre a “proibição de adesão, por parte de médicos, a 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” (CREMERJ, 2019).

Dois dias após a publicação da normativa do CREMERJ, circulou em páginas na internet e notícias de jornais *online* uma nota de repúdio seguida da assinatura de mais de 100 médicas e médicos, com registros profissionais que variavam entre 17 estados: PB, PE, CE, SP, RS, RJ, MT, MG, BA, ES, PR, AL, MA, GO, PA, RO, DF. Na semana seguinte, coletivos pela humanização, associação de doulas, e o IFF/FIOCRUZ (Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz) também divulgaram posicionamentos oficiais contrário à Resolução (PORTAL FIOCRUZ, 2019)³⁵. Uma petição pública com pedido de anulação da Resolução circulou nas redes (o número de assinaturas chegou a 6.371 e permanece aberta) (PETIÇÃO PÚBLICA, 2019)³⁶. Despontava mais um capítulo do conflito envolvendo o CREMERJ e profissionais/organizações atuantes no âmbito da humanização do parto. O Conselho publicou nota de esclarecimento às críticas recebidas (CREMERJ, 2019) e, no mês seguinte, o debate foi levado à ALERJ em audiência do CUMPRO-SE.

³⁴ Art. 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 realizado; IV - a equipe responsável, no plantão, pelo parto; V - as rotinas e procedimentos eletivos de assistência ao parto, pelos quais a gestante fizer a opção. (...) Art. 6º- No Plano Individual de Parto, a gestante manifestará sua opção sobre: I - a presença, durante todo o processo ou em parte dele, de um acompanhante livremente escolhido pela gestante; II - a utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor; III - a administração de medicação para alívio da dor; IV - a administração de anestesia peridural ou raquidiana, e V - o modo como serão monitorados os batimentos cardíacos fetais. Parágrafo único - Na hipótese de risco à saúde da gestante ou do nascituro, o médico responsável poderá restringir as opções de que trata este artigo. Art. 7º- Durante a elaboração do Plano Individual de Parto, a gestante deverá ser assistida por um profissional médico ou enfermeiro, que deverá esclarecê-la de forma clara, precisa e objetiva sobre as implicações de cada uma das suas disposições de vontade (RIO DE JANEIRO, 2016).

³⁵ Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/iff-publica-posicionamento-oficial-sobre-resolucao-293-2019-do-cremerj>. Acesso em: 10/11/2020.

³⁶ Disponível em: <https://peticaopublica.com.br/pview.aspx?pi=BR110571>. Acesso em: 10/11/2020

Foram convidados a compor a mesa de discussão representantes da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, Defensoria Pública da União, Núcleo de Defesa dos Direitos das Mulheres da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro (NUDEM/DPRJ), Ministério Público Federal (MPF), Ministério Público Estadual (MP-RJ), Associação de Doulas do Estado do Rio de Janeiro (ADoulasRJ), Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ) e Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro (SinMed/RJ), apresentados ao início da reunião pelo dep. Carlos Minc, apenas o SinMed/RJ não compareceu.

Estavam presentes ainda representantes de outros órgãos, como Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Comitê de Prevenção e Controle de Morte Materna e Perinatal do Estado do Rio de Janeiro (CEPCMM-RJ), Associação Brasileira de Obstetizas e Enfermeiras Obstetizas do Rio de Janeiro (ABENFO-RJ), ONG internacional *Human Rights in Childbirth*, Associação de Ginecologia e Obstetrícia do Estado do Rio de Janeiro (SGORJ), assim como, demais profissionais da saúde entre médicos e médicas, doulas, terapeutas ocupacionais, educadoras perinatais, fisioterapeutas, psicólogas e enfermeiras (os), além de assessores (as) de parlamentares³⁷, jornalistas e pesquisadoras discentes da FIOCRUZ (Fundação Oswaldo Cruz) e UENF (Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro), onde me incluo. Todos se apresentaram a pedido do deputado presidente da comissão ao início da sessão.

III.3.1. Posicionamento das instituições no debate público: discursos dos representantes

Neste tópico serão apresentados de maneira descritiva os discursos proferidos durante a audiência ocorrida na Sala de Reuniões 211, localizada no segundo andar da ALERJ, mesmo ambiente onde foi realizada a sessão em homenagem às doulas em dezembro do ano anterior, e onde ocorreriam as reuniões e oitivas da CPI do Hospital da Mulher de Cabo Frio, iniciada na mesma semana, sob a presidência da dep. Renata Souza (PSOL).

³⁷ Deputados que enviaram assessores: dep. Tia Ju (PRB), dep. Enfermeira Rejane (PCdoB).

Diferentemente do evento realizado em dezembro, a sala estava mais cheia, muito mais homens presentes, mais mulheres, pessoas em pé e sentadas. Entre os presentes, reconheci algumas personagens dos eventos anteriores, como assessoras e funcionários da assembleia, algumas doulas e o deputado que presidia a audiência.

Dado início à sessão, o dep. Carlos Minc (PSB) expôs as motivações da audiência e passou a palavra primeiramente à presidenta da ADoulasRJ. Como os discursos, em geral, foram longos com muitos detalhes e argumentações, cada um será apresentado separadamente com poucas interrupções para considerações por parte da pesquisadora que narra e interpreta o evento, outra escolha está em apresentar os discursos seguindo a ordem que ocorreram.

Presidenta da ADoulasRJ, Morgana Eneile

Morgana Eneile foi a primeira a ter a palavra e iniciou sua fala destacando o papel da associação das doulas no “ativismo dos direitos das mulheres, além da atuação como profissionais na atenção multidisciplinar no ciclo gravídico puerperal”. Sua fala foi marcada por uma reflexão sobre as percepções dos profissionais da saúde envolvidos na atenção ao parto com relação ao conceito de “desfecho positivo” de um parto. De acordo com ela, a compreensão do que é considerado como desfecho positivo pode variar entre os diversos campos envolvidos na atenção, indicando que apresentaria a perspectiva das doulas sobre a questão e demonstraria o papel das mesmas no contexto da humanização do parto. Outra preocupação seria assinalar o que é o direito ao parto humanizado estabelecido na Lei Estadual nº 7.191/2019, enfatizando que estão previstos os diversos papéis que cada profissional tem na atenção para garanti-lo.

Inicia, portanto, evidenciando a existência de um universo plural na assistência ao parto, com interpretações variadas entre as categorias profissionais a respeito de suas funções, das práticas e conceitos.

Na sequência, fez uma apresentação em slide com imagens e trechos de documentos, com o objetivo de “demonstrar outros lugares onde este direito também estaria configurado”. Uma maneira de legitimar o texto da legislação estadual ao

sublinhar a existência de uma tendência de caráter internacional no mesmo sentido, que ultrapassa o estado do Rio de Janeiro.

Primeiramente, expôs um artigo publicado no site da OMS pela Diretora Geral para Família, Mulher e Crianças da OMS, Princess Nothemba Simelela (2018), salientando que esta leitura foi escolhida por representar uma “mudança que há no mundo [...] na mudança de percepção sobre saúde e na percepção sobre o lugar da mulher na atenção. No fundo, é disso que se trata essa audiência. Se trata por configurar onde está a mulher na atenção”. Destacou o entendimento da OMS de que cuidados considerados de alta qualidade devem abarcar tanto a prestação de serviços, quanto a experiência da mulher. Desta forma, novas recomendações sobre o cuidado intraparto da organização definiriam o padrão global de fornecimento e experiência de cuidados durante o parto. Essas diretrizes colocariam a mulher e o bebê no centro do modelo de cuidado, para melhores resultados físicos, emocionais e psicológicos.

Morgana Eneile pontuou como os serviços e a experiência da mulher, neste entendimento, estão equiparados. Indicando ser esta também a concepção das doulas, onde a mulher ocupa um lugar de pessoa ativa, devendo compreender cada parte que lhe cabe do processo gravídico. Sua argumentação, baseando-se nos preceitos da OMS, traz uma perspectiva também feminista da mulher dotada de agência, o que no cenário de parto propõe que o protagonismo, deve ser da mulher que está recebendo o cuidado.

Neste contexto, faz defesa do direito ao plano individual de parto, definindo-o como um documento no qual “a mulher, através de um conjunto de informações, vai colocar o que gostaria que acontecesse”, comunica ao interlocutor suas preferências, devendo apresentar, antecipadamente, “situações e previsões para reações adversas, afinal de contas o parto pode desenvolver de maneira única para cada mulher, ainda que os estudos possam prever parte deles”.

Apresentou, ainda, outro material da OMS, muito citado por profissionais e organizações adeptos à humanização, que são as *Recomendações sobre cuidados durante o parto para uma experiência de parto positiva*, publicado em 2018. Afirmando ser este o documento que as doulas têm como guia, e a própria organização: “É na OMS que a gente confia, nesse ponto de vista”. Uma das imagens escolhidas para projetar foi um quadro com a representação do modelo de

cuidado durante o parto proposto pela OMS, uma versão em espanhol para facilitar a compreensão dos presentes na audiência, exposto na figura 02 (OMS, 2018). Evocar a OMS é uma forma de legitimar a atuação profissional da categoria, apresenta as recomendações de uma unidade externa que ocupa uma posição de referência sobre questões ligadas à saúde a nível global.

Figura 2: Representação esquemática do modelo de cuidados durante o parto da OMS



Fonte: OMS (2018, p.169)

No modelo de atenção proposto observa-se a representação de uma mulher grávida ao centro, ao redor recomendações para uma experiência de parto positiva: “trabalho de parto respeitado e atenção durante o parto”; “apoio emocional de um acompanhante de sua escolha”; “comunicação eficaz da equipe”; “estratégias para o alívio da dor”; “vigilância regular do trabalho de parto, documentação de eventos, auditoria e comentários”; “ingestão de líquido e alimentos por via oral”; “mobilidade no trabalho de parto e posição de sua eleição no parto”; “plano de derivação preestabelecido” e “continuidade da atenção”.

A presidenta da associação interpretou a imagem da seguinte maneira: “como todos os eixos estão colocados, voltados para a centralidade da mulher, todos os eixos tem a mesma importância, nós não podemos colocar um eixo sobre o outro”, e incentivou que a comissão do CUMPRA-SE contribuísse no trabalho “para que todos os eixos possam ter a mesma relevância, entre eles, como está lá em cima, um trabalho de parto respeitoso e atencioso com relação à mulher, o que não necessariamente os nossos serviços hoje costumam garantir”.

Outro documento apresentado como referência foi a Portaria nº 353/2017 do Ministério da Saúde, normativa conhecida como *Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal*³⁸ (BRASIL, 2017). Dentre os apontamentos do documento destaca as definições sobre o uso do plano de parto, onde é mencionado em um dos itens sobre a necessidade do diálogo da equipe com a mulher que dá entrada numa instituição para o trabalho de parto com um plano de parto escrito. A menção ao Ministério da Saúde e suas diretrizes específicas sobre o tema em debate é uma maneira de ressaltar que estão tomando como base para a atuação profissional o órgão público nacional responsável pela coordenação de um Sistema Único de Saúde, juntamente com estados e municípios.

Morgana apresentou também a Lei nº 7.191/2016, conhecida como Lei do Parto Humanizado e objeto de discussão da audiência. Fez questão de informar que a lei foi escrita por uma médica, ex-deputada Ana Paula Rechuan (PSD), que presidia a Comissão de Saúde da ALERJ à época. Lembrou ter sido uma aliada também na aprovação da chamada Lei das Doulas, Lei nº 7.314/2016, por compreender o papel dessas profissionais na atenção multidisciplinar.

Continuou sua explanação apresentando o que está previsto nos artigos 1º e 4º da lei, os quais asseguram o direito à assistência humanizada e, diagnosticada a gravidez, o direito da gestante à elaboração de um plano individual de parto. Alertou que a elaboração deste documento sofre variações e nem sempre são realizados

³⁸ Em análise à normativa, observa-se no texto de apresentação informações sobre o processo de sua elaboração, a partir de um grupo multidisciplinar formado por médicos obstetras, médicos de família, clínicos gerais, médico neonatologista, médico anestesiológico e enfermeiras obstétricas com o envolvimento de sociedades e associações médicas, de enfermagem e das mulheres, agências reguladoras, pesquisadores, universidades, profissionais e conselhos de profissionais da saúde, além de áreas técnicas do Ministério da Saúde. De acordo com o exposto, o texto passou por apreciação das comissões responsáveis em plenário e por uma Consulta Pública, que gerou 396 contribuições de mulheres, familiares, amigos, cuidadores, profissionais da saúde, interessados no tema, empresas, instituição de ensino, sociedades médicas e associações de pacientes (BRASIL, 2017: 04).

exatamente na forma da lei³⁹. Porém, apontou como os artigos 5º e 6º consideram que “o profissional médico ou enfermeiro, ou seja, o profissional técnico que estiver naquele momento avaliando ou prestando atenção à gestante, vai identificar com a gestante os fatores que estão lá colocados”. Neste sentido, a lei estadual está alinhada à perspectiva do diálogo, também prevista na normativa do Ministério da Saúde, *Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal*, citada anteriormente.

A partir deste raciocínio, deveria, portanto, ocorrer entre equipe e gestante uma avaliação conjunta dos itens e opções que formam o plano de parto. Em suas palavras: “esse instrumento não é um instrumento feito de forma aleatória aos serviços ou de forma aleatória ao que, afinal de contas, é preconizado como deveria de ser o atendimento pré-natal durante o ciclo”. De acordo com a presidenta da associação, do ponto de vista da política de humanização é neste documento que a gestante manifestará suas escolhas, e declara: “o que a gente defende enquanto doula é o pleno direito da mulher de ter a lei como a sua base para que o processo venha a acontecer de forma integrada, colaborativa para o sucesso de sua experiência, com ela tendo o seu lugar na centralidade desse processo”.

Seguindo para a conclusão de sua fala, Morgana Eneile salientou que no curso de qualificação de doulas da Fiocruz, o qual participa da coordenação, existe uma aula específica de plano de parto para as estudantes em formação, mas, de acordo com ela, “não porque doula faça plano de parto”. Complementa com um pedido: “Peço que, por favor, os profissionais colegas que são da área da atenção que estão aqui levem para as suas relações essa informação. Doula não faz plano de parto, quem faz plano de parto é a mulher.” Prosseguiu criticando a reprodução de informações equivocadas sobre isto e, neste sentido, comunicou que a associação enviou em dezembro uma carta ao CREMERJ para tratar de algumas questões deste tipo, “para que antes de falarem de outra profissão busquem dialogar com a gente sobre isso”. Fazia referência ao episódio mencionado na comemoração do Dia da Doula, relacionado às críticas direcionadas às doulas expostas na nota do CREMERJ (2018) em repúdio à reportagem do programa Profissão Repórter sobre violência obstétrica (G1, 2018)⁴⁰.

³⁹ Para artigos 4º, 6º e 7º da Lei Estadual nº 7.314/2016, ver nota 33, pg. 80.

⁴⁰ Disponível em: <https://g1.globo.com/profissao-reporter/noticia/2018/12/12/violencia-obstetrica-e-realidade-em-muitas-maternidades-brasileiras.ghtml>. Data de acesso: 08/10/2020

Aproveitou para desmentir informações que circulam e “atrapalham a boa relação entre os profissionais”, destacando que “doula não faz parto, doula não ganha 10 mil”. E concluiu: “sejam os profissionais técnicos, médicos e enfermeiras, sejam as doulas ou outros profissionais de suporte, o que importa é se essa mulher terá oportunidade de ter um desfecho positivo baseado numa experiência positiva”.

Com mais um recurso visando demonstrar a legitimidade da atuação profissional da categoria, indicou o artigo “*Continuous support for women during childbirth*” (BOHREN *et al*, 2017) como “uma revisão sistemática da Cochrane⁴¹ recente que aponta quais são os benefícios do trabalho das doulas”. Outro documento em língua estrangeira, publicado por uma organização acadêmica reconhecida entre os pesquisadores e de impacto no campo da saúde. A imagem projetada na tela com informações do artigo demonstrou um esquema com benfeitorias observadas na atuação das doulas, entre elas: 1) trabalho de parto mais curto; 2) experiência mais positiva e satisfatória de parto; 3) partos menos dolorosos; 4) menor risco de parto com fórceps ou vácuo; 5) menos cesáreas desnecessárias; 6) bebês com menos necessidades respiratórias no nascimento; 7) menor risco de depressão pós-parto; início mais precoce de amamentação. Nesta interpretação, o exercício das doulas na assistência gera menos riscos para a gestante e o nascituro.

Ao finalizar sua fala, lembrou que os presentes receberam ao chegar cópias do programa “Toda Mulher Merece uma Doula” (sancionado como Lei Estadual nº 8.307/2019 poucas semanas antes da audiência) para se informarem sobre o novo programa estadual de incentivo a atuação das doulas na rede de saúde. E encerrou afirmando acreditar na importância do plano de parto, justificando que a associação propôs a audiência por representar uma profissão que atua no direito à informação e na informação em saúde: “que a gente consiga sair dessa audiência compreendendo que esse direito tem que ser preservado, plenamente cumprido e não pode ser em nenhum momento tergiversado pelo entendimento que possa levar ao prejuízo por parte da mulher”.

⁴¹ “É uma iniciativa de colaboração internacional, a partir do questionamento de seu idealizador, Iain Chalmers, acerca da prática médica e das dúvidas surgidas em seu exercício. Partindo de sua área de atuação, a obstetrícia, formou um grupo de colaboração internacional para reunir pesquisas a respeito das práticas obstétricas, com o intuito de conseguir uma definição do que seriam práticas necessárias e desnecessárias, em quais casos e quando elas seriam prejudiciais. Atualmente, a Cochrane Library produz revisões sistemáticas da produção científica internacional de todas as especialidades médicas, constituindo-se enquanto referência científica fundamental para toda a área de cuidados da saúde” (MENDONÇA, 2018).

Deputado Carlos Minc, Presidente do CUMPRA-SE

Em sua fala, o dep. Carlos Minc (PSB) buscou explicar a dinâmica de funcionamento da comissão do CUMPRA-SE e aspectos da hierarquização entre leis e normas de autarquias, apresentando o entendimento de que a Resolução nº 293/2019 iria à contramão do que está previsto na legislação estadual.

Sobre o CUMPRA-SE informou que a comissão existe há dez anos atuando para o cumprimento das leis, justificando que faz parte da atividade legislativa passar “1/3 do tempo fazendo leis e 2/3 do tempo brigando para as leis serem cumpridas”. Ressaltando a participação das defensorias públicas, ministério público, secretarias estaduais, municipais e imprensa nesse processo. Instituições presentes na audiência através de seus representantes.

Utilizou como exemplo de ação do CUMPRA-SE a ida de membros da comissão, com apoio da defensoria pública e associações, a duas maternidades que estavam desrespeitando a Lei das Doulas: “não conheciam detalhes da lei que garantia a presença das doulas nos termos, exatamente com as possibilidades, as limitações, a garantia que não é substituída por familiar e não confrontava com o enfermeiro ou enfermeira, funções perfeitamente definidas por lei”. Fez ressalva quanto aos objetivos da comissão que não visariam à punição ou estigmatização, mas sim fazer a lei ser conhecida e cumprida, enaltecendo o caráter educativo e informativo das ações. Mencionou ainda como no Brasil não se pode descumprir uma lei alegando o seu desconhecimento.

Outro exemplo utilizado foi uma ação do CUMPRA-SE realizada por conta de certa resolução de um condomínio que contrariava uma lei estadual: “imagina a gente faz uma lei e aí cada clube, cada pizzaria, cada condomínio diz ‘aqui essa lei não vale porque nós temos uma norma do condomínio’, não é assim que funciona a estrutura hierárquica da legislação”. Utilizou este exemplo para fazer conexão com o caso em debate na audiência, relacionado ao conflito entre a Lei estadual nº 7.191/2016 e a Resolução nº 293/2019 do CREMERJ. Em seu entendimento: “há uma lei e há uma resolução do CREMERJ, e elas estão se chocando”. O que sugere o conflito de interesses entre o conselho médico e o estado (pressionado pela militância da humanização), refletido na burocracia das instituições.

De acordo com a compreensão exposta pelo deputado, o debate envolve um aspecto técnico relacionado ao parto e uma questão jurídica, apresentando sua percepção enquanto presidente do CUMPRA-SE e autor de legislações de que uma resolução não pode descumprir uma lei: “uma lei só pode ser alterada por outra lei ou por uma decisão judicial que a torne inválida ou inconstitucional no seu todo ou em algum artigo.”

Dirigiu-se aos membros do CREMERJ como numa tentativa de mitigar os efeitos às eventuais críticas que a categoria médica viria a receber durante a audiência, afirmou ter enorme respeito pelos médicos, mencionando contar com alguns em sua equipe: “tenho no meu gabinete um médico, tenho uma psicóloga, um médico antigo que já foi também da diretoria do sindicato, Luiz Tenório, foi secretário de saúde de Niterói, foi diretor do Hospital Pedro Ernesto, me ajudou a fazer várias leis da saúde do trabalhador”. Seguiu pontuando atuar de forma solidária na assembleia ao plano de cargos e salários da área da saúde, afirmando que apesar de possíveis interpretações diferentes “reconhece o enorme esforço, as condições terríveis que os médicos trabalham no Rio de Janeiro, a questão salarial, a questão de hospitais sem equipamentos, sem nada, então os médicos, as enfermeiras, os trabalhadores da saúde, eu considero que são realmente uns heróis”.

Concluiu seu discurso ressaltando a importância de conhecer a posição das instituições presentes a respeito do tema em questão, apontando a existência de uma contradição que levou à realização da audiência, e considerando o parlamento “um lugar bom para discutir essas contradições”. Imputando à assembleia a necessidade de consensos e respeito às diferenças para a aprovação de leis. Um ponto que caracteriza a tentativa do deputado em cumprir um papel conciliador. Esse trecho de seu discurso lembrou-me o desempenho do presidente da assembleia durante as votações do Programa Toda Mulher Merece Uma Doula, e sua fala, após o consenso que levou à aprovação da matéria sem emendas: “aqui é o parlamento e lugar de entendimento”.

Vale destacar de antemão a atuação que o dep. Carlos Minc (PSB) desempenhou enquanto presidente da comissão, fazendo um papel de mediador no debate fez considerações ao final da maioria dos discursos dos representantes das instituições e geriu a dinâmica e ordem das falas.

Médico obstetra Alexandre Chieppe, Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro

Apesar de ter sido apresentado pelo deputado sob a afirmação da importância que teria para a audiência poder ouvir o posicionamento da Secretaria com relação à humanização do parto, plano de parto e às legislações, o Subsecretário de Vigilância em Saúde, representando o poder executivo estadual, limitou-se a dizer que o tema em debate é uma lei com toda sua legitimidade, e que há “dificuldade de se cumprir a lei por conta de questões que a gente ainda precisa afinar entre todas as partes presentes”. Concluiu sua fala afirmando que a secretaria se colocava como uma instituição que deve fazer cumprir a lei, e expôs a preferência pela opção de deixar as discussões avançarem sem um posicionamento de sua parte. Foi o discurso mais breve da audiência. Não voltando a se pronunciar, a Secretaria não apresentou, assim, um “lado” no debate que se desenhou entre: favoráveis e contrários à Resolução do CREMERJ.

Defensor Público Federal Tales Arcoverde, Defensoria Pública da União

O representante da DPU iniciou sua fala pontuando que seu contato com o tema em debate se dá em função de seu trabalho na defensoria, a partir da busca da sociedade civil. Demonstrou preocupação em relação às taxas de mortalidade materno infantil⁴², afirmando a existência de “um problema muito sério para sentar e resolver enquanto sociedade”. Acrescentando a importância da assembleia para fomentar este diálogo.

Quando perguntado pelo dep. Carlos Minc (PSB) se a Lei nº 7.191/2016, especificamente, estaria ajuizada, com alguma ação, respondeu sobre a existência de “um mandato de segurança coletivo impetrado pela REHUNA, que teve a inicial indeferida agora”. De acordo com o defensor, a peça apresentada continha “uma série de citações a convenções internacionais, a precedentes judiciais,

⁴² No Brasil a Razão de Mortalidade Materna é de 60 por 100 mil nascidos vivos. A taxa de Mortalidade Infantil foi de 12,35 por mil nascidos vivos, em 2018. No estado do Rio de Janeiro, a razão de Mortalidade materna é 84,7, a pior taxa do Sudeste, segundo dados de 2017 e o índice de Mortalidade Infantil, 11,5 por mil nascidos vivos. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados.html?view=municipio>. Acesso em: 10/11/2020

jurisprudência, é muito rica no sentido de que sim existe uma violência obstétrica”. Pontuou sobre as características observadas nas ocorrências deste tipo de violência: “não significa que os médicos ou que os agentes que estão envolvidos naquele processo ajam de forma violenta, mas todo o sistema age de forma violenta no parto. Isso eu tenho uma plena convicção de que acontece”. Sugeriu a necessidade de mudança na estrutura de parto e pré-natal, na estrutura de todo o sistema de saúde para que não haja a violência obstétrica.

Em relação ao tema estabelecido pela resolução do CREMERJ, Tales Arcoverde abordou o seguinte questionamento: “Eu não sei até que ponto em algo fora de questões éticas ligadas a médico o CREMERJ pode se imiscuir. Aqui se faz lei, aqui na casa onde foram eleitos representantes do povo”. Apontando que as autarquias, como é o caso do CREMERJ e da OAB, em suas palavras: “não têm a legitimidade democrática para legislar, e esse é o ponto, o que existe para as corporações médicas é um mandato dado pela população para efetivamente julgar quando pessoas que compõem aquela categoria infringem a ética”. Desta forma, assinala que não é papel do CREMERJ normatizar sobre o plano de parto: “um documento que é reconhecido há mais de 30 anos por entidades internacionais de saúde, não se imiscui, não é possível se imiscuir nisso”. Também aciona, portanto, órgãos de caráter global para incidir valor ao uso do plano de parto e legitimidade à lei estadual, em detrimento à normativa do CREMERJ.

Lembrou ainda, citando a apresentação da presidenta da ADoulasRJ, os benefícios do plano de parto e do diálogo entre médico e paciente como práticas reconhecidas internacionalmente, “eu acredito que é uma medida extremamente saudável para a gente começar a reconhecer efetivamente aquela cidadã que está ali, aquela usuária do serviço como um ente de direitos, eu acho imprescindível que a gente tenha esse olhar”.

Em seguida, expôs como posicionamento institucional da DPU a necessidade de se dar atenção para as demandas e críticas exteriorizadas pelos usuários dos serviços: “inclusive usuários da Defensoria Pública porque é a sociedade civil que vai oxigenar as nossas instituições”. Complementando este raciocínio, indicou que a partir do momento onde “há um movimento muito grande de pacientes, de pessoas envolvidas no sistema do parto, para que os médicos as ouçam, eu acho que existe uma obrigação para que sejam ouvidas essas pessoas, é nossa obrigação enquanto

profissional”. Finalizou afirmando ser obrigação enquanto agentes públicos o ato de ouvir e refletir acerca das demandas apresentadas.

O defensor público questiona, portanto, a legitimidade da Resolução do CREMERJ, acrescentando uma crítica à maneira como a instituição recebe demandas e críticas originadas de movimentações de pacientes e outras categorias profissionais atuantes na assistência, sugerindo, ainda, ao debate a reflexão sobre papel dos servidores e o papel dos usuários do serviço. E, neste sentido, associar a sociedade civil à possibilidade de oxigenação das instituições pode ser interpretado, no contexto apresentado, como instrumento de democratização dos serviços.

Defensora Pública Karine Vasconcelos, NUDEM/DPRJ

Karine Vasconcelos, representando o Núcleo de Defesa dos Direitos das Mulheres da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro (NUDEM/DPRJ), buscou corroborar com a fala do representante da DPU em relação ao olhar que o profissional deve ter sobre a gestante, fazendo também um paralelo com a atuação do defensor público enquanto prestador de um serviço: “nós temos os instrumentos, nós estudamos, mas muitas vezes aquilo que talvez a gente tenha não sirva para o usuário ou para aquela mulher, no caso da relação médico paciente”.

A defensora apresentou o entendimento de que a Lei nº 7.191/2016 ao referir-se sobre plano de parto indica que é para este ser debatido em sua confecção: “eu não consigo compreender qual a dificuldade de um médico conversar com sua paciente, de um profissional ou a enfermeira ou a doula de conversar e saber o que ela quer”. Citou a experiência de trabalho como defensora, apontando que faz parte do papel do servidor dialogar, aproximando à função dos médicos “conversar com as pessoas, tentar entender qual é o problema delas e dar uma solução médica, mas atendendo aquilo que a pessoa quer”.

Seu posicionamento com relação à normativa do CREMERJ em questão coaduna com a concepção do Defensor Público Federal ao afirmar: “uma resolução que é interna do CREMERJ não pode violar lei pela hierarquia das normas, isso é uma previsão constitucional”. Explicando ver de forma clara a ilegalidade da resolução, pontuou: “se o CREMERJ quiser questionar alguma coisa que questione

a lei, não faça uma norma interna contrariando o que está numa legislação superior a ela”.

Sinalizou, ainda, receber na defensoria grande demanda de reclamações relacionadas à assistência ao parto, afirmando como estas não são voltadas somente aos médicos: “às vezes, o problema começa na recepção, às vezes, tem mulher que tem problema do início ao fim”. Mencionou receber entre os casos vítimas de violência obstétrica, familiares de gestantes que morreram durante a assistência, casos relacionados à má assistência no pré-natal e por falta de pré-natal. Indicando como nesses casos a defensoria “fica numa batalha com o município para dar assistência adequada às mulheres”. Finalizou lembrando que a defensoria faz, inclusive, juntamente ao CREMERJ vitórias em hospitais, maternidades, posto de saúde, conseguindo, segundo ela, melhorar muitas dessas assistências. A atuação do CREMERJ neste sentido poderá ser observada durante as denúncias que levaram à realização da CPI do Hospital da Mulher de Cabo Frio, que será abordada em um próximo capítulo.

A fala da defensora, portanto, deixou posicionamento do NUDEM/DPRJ pela ilegalidade da Resolução nº 293/2019 do CREMERJ. Reforçando o debate proposto pelo Defensor Público da União em relação à função do servidor e a necessidade de que desempenhe suas atribuições em diálogo com os usuários dos serviços.

Mediação do deputado Carlos Minc

Atuando como mediador no debate, o dep. Carlos Minc se dirigiu ao conselheiro do CREMERJ, Raphael Câmara, explicando aos presentes que este havia pedido para falar mais adiante entre os convidados. Durante os discursos anteriores, pude perceber a movimentação do conselheiro, estava visivelmente nervoso, rosto vermelho, expressões faciais aparentemente incontroláveis. Chamou uma das assessoras do deputado e falou ao seu ouvido. Quando em observação no campo de pesquisa, tudo parece chamar atenção, uma movimentação como essa dificilmente deixaria de despertar curiosidade em mim. Supus do que se tratava à fala do deputado. O conselheiro gostaria de ser o último a discursar. Uma estratégia de retórica dificultada pelo deputado, que propôs ao membro do conselho adiantar sua fala, já que estavam discutindo a resolução da instituição.

Raphael Câmara justificou seu pedido anterior da seguinte maneira: “é porque eu estou sentindo que o clima é praticamente a gente ser criticado por todos, se a gente falar no começo [pausa]”. Sua fala foi interrompida pelo deputado que acrescentou: “se você ou seus companheiros forem criticados terão direito a falar tantas vezes quanto necessário, ou seja, o fato de falar antes não significa que depois não possa falar outra vez dando novos esclarecimentos”.

Neste momento, o deputado pegou cópias das normativas em debate, Lei estadual nº 7.191/2016 e a Resolução do CREMERJ nº 293/2019, escolhendo alguns trechos para leitura. Primeiramente leu ao que dispõe a resolução: “sobre a proibição de adesão, por parte de médicos, a 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” (CREMERJ, 2019). Em seguida, leu trecho da exposição dos motivos para a resolução, um texto anexado ao fim da normativa com o objetivo de justificá-la, cujo relator é o conselheiro Raphael Câmara:

Vem crescendo, nos últimos anos, modismos na obstetrícia que são deletérios à boa prática médica e que colocam em risco a gestante e o concepto, além de interferirem de forma perigosa no Ato Médico.⁴³ A situação se tornou tão grave que, atualmente, quem muitas vezes decide os procedimentos a serem tomados pelos obstetras são pessoas sem preparo para decisões que envolvem vida e morte. Esse panorama se tornou um verdadeiro suplício para médicos, que ficam temerosos de serem processados caso não sigam estas orientações. Muitas delas, completamente sem fundamento científico, com viés antimédico. O trabalho de parto e o parto são situações permanentes de risco de morte. A mulher somente por estar grávida tem risco muitas vezes maior de morrer que uma mulher não grávida, sendo o parto o ápice deste risco. Não à toa, era a morte no parto uma das principais causas de óbito até tempos passados, não muito longínquos (CREMERJ, 2019).

⁴³ Ato médico é entendido como o conjunto de atividades que é de responsabilidade do profissional médico. O exercício da medicina é regulamentado no Brasil pela Lei nº 12.842/13, conhecida como Lei do Ato Médico. O processo de tramitação desta lei, até ser aprovada e sancionada com vetos, durou mais de uma década, com mobilizações favoráveis ao texto a partir dos conselhos e sociedades de medicina, e mobilizações contrárias a partir dos conselhos e sociedades de outros profissionais da saúde, como fisioterapeutas, enfermeiros, psicólogos e nutricionistas, que entendiam que o texto original do projeto de lei limitava o exercício de suas profissões e prejudicava o modelo de atenção proposto pelo SUS.

Na sequência, o deputado leu também trecho da Lei nº 7.191/2016 que, em sua perspectiva, representaria uma salvaguarda para os médicos, parágrafo único do artigo 6º: “na hipótese de risco à saúde da gestante ou do nascituro, o médico responsável poderá restringir as opções de que trata este artigo” (RIO DE JANEIRO, 2016). Acrescentando ainda o artigo 8º, o qual prevê como “as disposições de vontade, constantes do Plano Individual de Parto, poderão ser contrariadas quando assim o exigirem a segurança do parto ou a saúde da mãe ou do recém-nascido”. Desta forma, de seu ponto de vista, “teve o legislador a preocupação de não criar uma norma ideal que fizesse o médico ou enfermeiro manietados de não poderem agir numa situação que saísse completamente do figurino de uma situação mais pacífica, normal, saudável e fosse para o lado exatamente do risco”.

Defendeu que ao ler os motivos expressos na Resolução nº 293/2019 do CREMERJ “parece que o relatório se insurge em relação a uma lei, que deixasse o médico de mãos atadas e ele próprio exposto a ser processado, mas talvez não tivessem dado atenção a esses artigos da lei que criam as ressalvas”. Em seguida, voltou-se ao conselheiro afirmando ser esta “uma provocação, no sentido democrático”, e passou-lhe a palavra.

Enquanto presidente do CUMPRA-SE, já havia apresentado o entendimento de que a Resolução nº 293/2019 iria à contramão do que está previsto na legislação estadual, desta vez, utilizou trechos das normativas para sustentar sua argumentação. A seguir observa-se o conselheiro do CREMERJ valer-se dos mesmos trechos, em contra argumentação, no sentido de demonstrar que não há contradição entre as normativas.

Médico obstetra Raphael Câmara⁴⁴, conselheiro do CREMERJ

O conselheiro do CREMERJ iniciou seu discurso devolvendo a provocação do deputado, afirmando que este já havia feito a defesa da resolução por ele. Agradeceu o convite para participar da audiência e perguntou se o deputado estava

⁴⁴ Foi nomeado em junho de 2020 para o cargo de secretário da Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde.

ciente do convite para comparecer ao evento do CREMERJ sobre parto e aborto⁴⁵, que também discutiria legislações, programado para o final da mesma semana.

Raphael Câmara lembrou a pergunta que o dep. Carlos Minc havia feito ao Defensor Público Federal Tales Arcoverde, sobre a existência de ações na DPU relacionadas à Lei nº 7.191/2016 e quis também dar uma resposta à questão: “Sim, a REHUNA fez uma ação e a REHUNA perdeu a ação, o resultado saiu ontem e a ação foi extinta, a ação dessa rede não existe mais, é uma vitória do CREMERJ, a gente considera uma vitória da saúde materna infantil”. O defensor público da União, que estava posicionado ao seu lado, negou com um movimento da cabeça a afirmação do conselheiro, e mais tarde se pronunciou novamente sobre a questão.

Continuou o conselheiro do CREMERJ: “A nossa resolução é muito simples, ela tem dois artigos. Qualquer crítica a essa resolução, na verdade, ela é muito mais de viés ideológico do que com viés técnico”. O termo *viés ideológico* foi muito utilizado no discurso do médico conselheiro. Desde 2018, o CFM e os Conselhos Regionais têm feito uso do termo com bastante frequência em documentos relativos ao parto. Uma estratégia para deslegitimar os entendimentos propostos pela linha de atuação que se desenha na disputa como concorrente no cenário da assistência, que é a humanização do parto.

Em seguida, o representante do CREMERJ fez a leitura dos artigos da Resolução, art. 1º: “É vedado ao médico aderir e/ou subscrever documentos que restrinjam ou impeçam sua atuação profissional, em especial nos casos de potencial desfecho desfavorável materno e/ou fetal”. Durante a leitura do artigo 2º ressaltou seu ponto de vista de maneira que identificaremos acrescentando colchetes: “Art. 2º - A vedação contida no art. 1º [e aqui é importante, o que mostra que é ideologia que faz as críticas] não abrange as demais medidas sugeridas pela paciente no que se refere à ambiência, autorização para participação como espectador do parto, dentre outras que não se relacionem com a prática do ato médico.” E construiu seu argumento fazendo referência à fala anterior do dep. Carlos Minc, alegando que este teria feito defesa da resolução mesmo de forma involuntária, pois na interpretação proposta, a normativa do CREMERJ não iria de encontro à lei: “Então, na verdade

⁴⁵ O evento teve transmissão ao vivo na plataforma virtual do CREMERJ, aberto a médicos e estudantes de medicina. Tive oportunidade de assisti-lo com o auxílio de uma médica do meu convívio. Reflexões sobre esse evento serão abordadas no último capítulo da tese, onde pretende-se aprofundar o tema das controvérsias científicas relacionadas à assistência ao parto.

esta resolução só proíbe o que já está proibido no Código de Ética Médico, e não vai em momento algum de encontro às leis já existentes”.

Durante seus argumentos criticou que leis sobre parto têm sido aprovadas na ALERJ e em outras instituições legislativas sob determinadas orientações, citando como exemplo um projeto de lei apresentado na Câmara dos Deputados pelo, então, deputado federal Jean Willys (PSOL) com participação da ONG Artemis, voltada para o enfrentamento de violências contra as mulheres.

Neste sentido, pediu para que os médicos sejam chamados a contribuir quando leis envolvendo a medicina estiverem em construção, pois de acordo com ele: “vem uma lei que envolve diretamente o ato médico e a gente fica sabendo pela imprensa, ou fica sabendo no dia que a lei já está sendo votada, como foi, por exemplo, a Lei das Doulas”. Continuou afirmando que se os médicos fossem ouvidos os legisladores teriam suas sugestões e orientações, assim como têm de doulas e enfermeiras “você ouve todo mundo e o médico que vai ser o mais afetado pela lei não é ouvido”.

Neste contexto, a nova gestão do CREMERJ desde outubro de 2018 teria criado, de acordo com o conselheiro, uma comissão parlamentar em busca de diálogo. Relacionou esta nova postura de diálogo do conselho ao convite para participação do *Seminário Parto e Aborto* do CREMERJ direcionado ao dep. Carlos Minc e outros parlamentares, como a deputada estadual de São Paulo, Janaina Pascoal (PSL) e, em suas palavras, “para não dizer que é uma coisa de direita”, a deputada federal Talíria Petrone (PSOL), ambas em exercício do primeiro mandato dos respectivos cargos desde janeiro de 2019. Continuou pontuando: “nada mais amplo do que PSL e PSOL, então é um evento que a gente quer discutir, quer debater para evitar este tipo de coisa”.

Retomando seus argumentos em defesa da Resolução nº 293/2019, disse que “tirando o viés ideológico, o que eu notei é que as pessoas ficaram muito incomodadas com a explanação dos motivos, porque se a pessoa ler a resolução vai ver que a nossa resolução é perfeita, mas ficou incomodada com a explanação dos motivos”.

Nesta fala, Raphael Câmara refere-se à justificativa da resolução assinada por ele como conselheiro relator e apresentada no corpo do documento da resolução logo abaixo das assinaturas do presidente e diretor do CREMERJ, Sylvio Sergio

Neves Provenzano e Ricardo Farias Júnior, respectivamente. Mencionada anteriormente pelo deputado, cita “modismos na obstetrícia que são deletérios à boa prática médica e que colocam em risco a gestante e o conceito, além de interferirem de forma perigosa no Ato Médico”, referindo-se ao Plano de Parto como um dos “meios idealizados”. Menciona violência obstétrica como “outro termo inventado para difamar médicos, dando a impressão que as violências que as gestantes sofrem são por culpa dos obstetras, sendo estes tão vítimas do sistema quanto as grávidas”. O texto apresenta ainda posicionamentos acerca do uso da episiotomia, manobra de Kristeller, cesariana, entre outros procedimentos objetos de controvérsias na assistência ao parto.

Em sua fala na audiência, Raphael Câmara reitera que o conteúdo do texto expõe “tudo o que a gente realmente acredita, só que explanação dos motivos não é resolução, não tem poder de lei, é um comentário, como várias leis ou resoluções em outros ambientes são feitos e tem uma explanação dos motivos completamente ativista ao nosso ver”.

Porém, as justificativas ou exposições dos motivos publicadas em anexo às normativas têm por objetivo argumentar sobre a importância da nova norma apresentada, apontando os benefícios coletivos de sua aprovação. Assim, essa tentativa do conselheiro de desvincular o conteúdo da exposição dos motivos da resolução à própria resolução, em minha interpretação, é contraditória, afinal é essa exposição de motivos que explica a norma. Se o tom da exposição de motivos é a preocupação que médicos sejam processados, este é o tom da resolução. Se a exposição de motivos põe-se contra o termo “violência obstétrica”, internacionalmente utilizado para tratar violências cometidas durante a assistência ao ciclo-gravídico, essa também é uma motivação da resolução. E, neste sentido, a resolução ignora as mudanças e discussões ocorridas no campo da obstetrícia nas últimas décadas voltadas à humanização do parto, o que inclui o direito da mulher ao plano de parto, identificado pela exposição de motivos como um instrumento idealizado.

Referindo-se à apresentação da presidenta da ADoulasRJ na audiência, Raphael Câmara sugere que os estudos da *Cochrane* expostos são questões técnicas as quais ele poderia levar horas em discussão, mas que não seria o caso. Ao mencionar os benefícios das doulas demonstrados na apresentação e a questão

da diminuição de cesariana citada mais de uma vez no debate, afirmou: “o CREMERJ não vê diminuição de mais ou menos cesarianas como desfecho positivo e desfecho negativo. O nosso desfecho, que a gente valoriza, é morte materna e morte neonatal”. Seguindo seu raciocínio, finalizou o discurso assinalando: “a gente não está nem aí para essa questão de aumentar ou diminuir cesariana, a gente não está nem aí para essa questão de diminuir ou aumentar custo”. Justificando, neste sentido, que não entendem como fator importante a diminuição de custo por diminuição de cesariana: “porque a gente acha que muitas vezes essa diminuição de cesariana, diminuição de custo, leva à morte. Mães e bebês com essa ditadura do parto vaginal, elas podem estar morrendo por se evitar a cesariana”.

Mediação do deputado Carlos Minc

Antes de passar a palavra aos próximos convidados, o dep. Carlos Minc contestou a crítica feita por Raphael Câmara relacionada à ausência de médicos na elaboração de leis que os atinge. De acordo com o deputado, para cada lei em construção são realizadas em média duas reuniões mensais, e diversas leis envolvendo saúde teriam sido realizadas com a presença de médicos, especialistas, pesquisadores, cientistas, utilizando como exemplo legislações sobre saúde auditiva, saúde mental, saúde do trabalhador, sobre a substituição do chumbo da gasolina nas refinarias, proibição do amianto, discussões sobre a substituição do mercúrio na produção de cloro soda e sobre agrotóxicos. Ressaltou como em algumas delas o CREMERJ também estava presente, existindo sempre a preocupação em ouvir especialistas de cada área.

Justificou como a presença desses médicos e especialistas, inclusive, contribuiu para a aprovação de tantas leis, aperfeiçoando legislações, pois sem base de sustentação elas seriam apontadas como *achismos* e cairiam no parlamento ou na justiça o que, segundo ele, não aconteceu. Mesmo assim, o deputado reforçou que a partir de agora chamaria sempre representantes do conselho para debater temas de seu interesse.

Procuradora da República no Rio de Janeiro, Marina Figueira, Ministério Público Federal

A Procuradora da República, Marina Filgueira, iniciou sua fala informando que foi instaurado um instrumento administrativo no MPF sobre a Lei nº 7.191/2016 e a Resolução nº 293/2019, o instrumento estaria sob responsabilidade de outro procurador e ainda não teria sido instruído, não havendo no momento um posicionamento sobre a Resolução. Mencionou estar aguardando resposta do CREMERJ sobre o assunto para avaliação⁴⁶. Desta forma, informou que sua presença na audiência seria de ouvinte, parabenizou o CREMERJ por se colocar à disposição para discutir, indicando que o MPF se recente da falta de diálogo com o CREMERJ, principalmente em relação ao *Fórum Perinatal*, evento fomentado pelo MPF, onde, segundo ela, se faz “um debate amplo, sobretudo, um debate aberto para todos falarem e para todos ouvirem e o CREMERJ sempre é convidado e o CREMERJ nunca está presente”.

Apontou a participação, por exemplo, da Dra. Carla Brasil, presente na audiência como representante da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-Rio), explicando que “o MPF nem se coloca como debatedor por falta de condições técnicas para debater, mas até como fomentador de reunir as instituições, de reunir as pessoas interessadas que possam participar desse debate”. Neste momento, o Raphael Câmara comentou nunca ter sido chamado para o *Fórum Perinatal* e a procuradora respondeu que o motivo seria o fato de ele ter assumido como um dos conselheiros do CREMERJ há pouco tempo (seis meses, na ocasião).

Médica de Família e Comunidade Carla Brasil, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-Rio)

A superintendente de Hospitais Pediátricos e Maternidades da Secretaria Municipal de Saúde (SMS-Rio) apresentou suas impressões refletindo inicialmente sobre as mudanças no campo da medicina: “o cenário de parto hoje, não é o cenário de parto que eu estudei há vinte, trinta anos atrás, várias aquisições foram feitas, várias questões da tecnologia, que a gente chama de tecnologia leve, foram

⁴⁶ O Ministério Público Federal e a Defensoria Pública da União, em setembro, moveram ação civil pública Nº 5061750-79.2019.4.02.5101/RJ, com pedido de liminar, para anular a Resolução nº 293/2019. Em dezembro do mesmo ano a Justiça Federal anulou a Resolução.

incorporadas”, assim como, também apontou mudanças nas tecnologias dos instrumentos e equipamentos de diagnósticos, as chamadas tecnologias pesadas.

Lembrou o fato de ser médica, justificando por isso “falar com muita tranquilidade para o CREMERJ, para as doulas e para enfermagem obstétrica”, indicando estar em debate uma prática médica que teve e tem necessidade de mudar: “é importante que a gente faça, fale de prática clínica baseada em evidência, não é empirismo, não é o que eu sinto, o que eu quero, a minha experiência, a experiência do meu lócus, não, não é não, tem que ser para além disso”.

Acrescentou que ao incorporar novas práticas à prática tradicional isto ocorre sem demérito de nenhum profissional e utilizando como referência a OMS e o Ministério da Saúde. E citou também a reflexão proposta pelo Defensor Público Federal Tales Arcoverde sobre o papel do servidor público, afirmando ser uma servidora que milita há anos na área, onde teve que desconstruir o que aprendeu e reconstruir, utilizando-se de conhecimento técnico e das mudanças de entendimentos, que apontam outro cenário: “o mundo mudou, trazemos então para a assistência técnica e neonatal os outros elementos, eu aprendi a falar de empoderamento, eu aprendi a falar de meu corpo, minhas regras, sou eu que escolho e decido como mulher o que eu quero, vou ou não ter filhos (...)”.

Aqui vale apontar uma das reflexões levantadas por Mendonça (2015) ao analisar os dois modelos concorrentes de assistência ao parto, tecnocrático e humanizado, apresentando como profissionais da saúde partidários da humanização do parto relatam essa virada na forma de enxergar e exercer sua profissão, em um processo em que desaprendem determinados ensinamentos estabelecidos na formação tradicional, aprendendo outros e buscando bases teóricas para essas mudanças. “Apesar de os profissionais passarem por esse chamado momento da virada, em que adentram o universo da humanização, a passagem de um modelo para o outro não é direta e automática, é gradual e muitas vezes mesmo dolorida para os que escolheram trilhar esse caminho” (MENDONÇA, 2015, p. 259)

Colocando-se novamente enquanto servidora ligada à estrutura pública, afirmou a necessidade de ouvir a pluralidade e as possibilidades colocadas pelo campo e não tomar decisões baseadas em vontades individuais. Refletindo sobre a nova realidade do cenário de parto apresentou como exemplo de novas possibilidades a atuação da enfermagem obstétrica, das doulas e das mulheres com

seus desejos. Incluindo como parte desse cenário, o plano de parto foi explicado por ela como um plano de intenções que o profissional do pré-natal ou do parto tem que ouvir: “me cabe ouvir, mas também me cabe falar, caso o transcorrer daquele parto se dê de forma diferenciada e, obviamente, eu tenho certeza que qualquer um de nós, nos nossos papéis, não vai querer um desfecho desfavorável”.

Direcionando sua fala ao conselheiro do CREMERJ, Raphael Câmara, expôs que estiveram juntos em outras ocasiões e pontuou a necessidade de haver seriedade e maturidade para discutir o controverso, entendendo ser um papel importante também para a comissão do CUMPRA-SE: “eu não tenho que concordar com tudo, nós não temos que concordar uns com os outros em cada detalhe, mas temos que aprender a respeitar, baseado na legislação, porque a lei eu entendo que é uma lei maior sim”. Apresentando sua conclusão em relação à lei estadual e à resolução do conselho.

Afirmou que a lei não é cumprida em sua totalidade, dando como exemplo o trabalho realizado e o tempo despendido em conversas e estratégias para que as maternidades do município entendessem a importância, por exemplo, do papel da doula, mencionando como anteriormente a esse debate existiu a questão do direito ao acompanhante, onde argumentava-se que pai não é visita, tem direito a assistir e acompanhar a gestante ao parto. Em conclusão, afirmou: “apesar de achar isso óbvio enquanto gestora, a construção cotidiana disso nas nossas, hoje, doze unidades municipais, nós somos dezenove no SUS, ela precisou de um conjunto de ações desses profissionais que não estavam habituados a isso”. Neste momento, a Procuradora do MPF, Marina Filgueira, interrompeu a fala da gestora complementando que “ainda estamos construindo”, em referência aos desrespeitos à lei do acompanhante nas maternidades ainda reportados. Ao que Carla Brasil respondeu concordando: “Com certeza. E aí o MP foi fundamental nas nossas parcerias, porque a gente dizia também: O MP vem aí, isso é lei”.

Levantando a necessidade da construção de uma proposta de sociedade mais democrática fez uma reflexão sobre desigualdades nos espaços públicos e privados, demonstrando como é cotidiano que na unidade privada o marido, companheiro ou companheira esteja com a mulher na hora do parto, e questionou a diferença dessa prática nas unidades públicas: “Por que aqui é diferente? ‘Ah, porque vai entrar de *sandalinha* de dedo’. E daí? Não é a *sandalinha* de dedo que

vai nos dificultar essa relação, vamos nos respeitar, vamos acolher, esse é o nosso papel”. A sandália de dedo ou chinelo é utilizada aqui como forma de representar desigualdades e discriminações direcionadas a usuários do SUS no cotidiano da assistência. Para além da relação entre servidores e usuários do sistema, existem mecanismos de exclusão orientados institucionalmente por determinadas unidades de saúde, por exemplo, quando estabelecem regras pela proibição da entrada de acompanhantes utilizando determinados calçados, como sandálias e chinelos, contribuindo para distinções e dificultando acesso a indivíduos em situação de vulnerabilidade social.

Continuando sua fala, Carla Brasil, apresentou como exemplo de um novo cenário que se desenha o dado aproximado em que 90% dos partos no município seriam acompanhados por quem a mulher escolhe, alegando que isso pode parecer pequeno ao debate, mas ter sido uma mudança muito importante para as mulheres. Neste sentido, alertou como muitas vezes esquece-se de ser este um direito conquistado, lembrando como havia estranhamento há apenas dez anos em relação ao direito ao acompanhante. Contextualizou ser este também um novo elemento nesse cenário, assim como, a mulher dizer como quer parir, como quer se mover, quais instrumentos prefere ter à disposição: “e se isso não for uma impossibilidade técnica, que não coloca em risco mulher e criança, não tem porque a gente fazer diferente”.

Reforçou o fato de não ser uma construção simples, mas que os profissionais precisam se reconstruir e incorporar novas possibilidades a partir de uma “construção baseada em evidência, baseada num corpo técnico, óbvio que ninguém quando pensa em política pública pode implementar uma prática que não tenha uma estrutura baseada em evidência”. E, para isso, apresentou como referências o Ministério da Saúde, o Instituto Fernandes Filgueiras, a OMS, a atuação de estudantes, universidades, sociedades. Evocando em seu discurso a importância de uma gestão pública alinhada à medicina baseada em evidência, às diretrizes das instituições consideradas autoridades em saúde, ou seja, à técnica legitimada, que deve chegar aos profissionais que atuam na ponta do sistema.

Buscou indicar, a perspectiva e ações da Secretaria Municipal de Saúde (SMS-RIO), segundo ela, atuante desde a Lei das Doulas junto às maternidades, mesmo existindo ainda dificuldades. Informou que para facilitar uma série de outras

questões estão montando um convenio junto à associação de doulas. Em relação à enfermagem obstétrica afirmou ser a secretaria pioneira e a que mais emprega profissionais da enfermagem obstétrica na rede pública.

Na sequência, entrou no tema da morte materna informando que 21 mulheres morreram naquele ano: “Saímos de uma razão de 83 de mortalidade materna para uma razão de 60. Estávamos no ano anterior com 50 óbitos, então com 20 mulheres mortas a menos, 20 famílias destroçadas a menos, 20 profissionais também destroçados a menos, porque ninguém quer desfecho desfavorável”. E seguiu com o questionamento: “Mas, porque morre ainda?” Ressaltando como os números são muito díspares em relação aos países desenvolvidos. Em 2017, o Brasil ocupou a 86ª posição no ranking entre 177 países por taxa de mortalidade materna. A taxa do ano no Brasil foi de 60 mortes a cada 100 mil nascidos vivos, podendo ser comparada com outros países, conforme se observa no Anexo 1⁴⁷.

Estes dados guardam a complexidade da questão e, fazendo uso deles, a secretária municipal encerrou sua fala alertando que ainda há muito a fazer: “não apenas de ordem orçamentária, mas também da ordem da ação mais efetiva, da mudança de comportamento, de mudança de olhar o mundo, como diz Odent⁴⁸, ‘para mudar o mundo é preciso mudar a maneira de nascer’ e eu acredito nisso”.

É possível perceber como duas perspectivas concorrentes tentam se auto classificar enquanto técnicas, o CREMERJ ao impor ao outro o caráter ideológico que o desassociaria da técnica, enquanto o outro, que é o movimento de humanização do parto, também se qualifica enquanto técnico e se ampara a normativas e consensos internacionais e nacionais validados por instituições legitimadas no campo da saúde.

A fala da médica Carla Brasil aponta também para um movimento de construções e reconstruções onde o profissional médico atue repensando o campo da medicina e incorporando novos consensos, dialogando com demais campos profissionais da saúde, numa perspectiva multidisciplinar, utilizando termos como empoderamento, numa perspectiva feminista, citando as reconstruções em sua trajetória profissional. Indica a possibilidade de consensos na ciência médica

⁴⁷ Disponível em: Disponível em: <https://www.indexmundi.com/map/?v=2223&l=pt>. Acesso em: 08/02/2022

⁴⁸ Obstetra francês referência em Parto Humanizado.

capazes de unir evidências técnicas à perspectiva de igualdade e autonomia das mulheres demandada por movimentos feministas.

Ana: um caso de plano de parto desrespeitado

Foi convidada à audiência uma mulher para compartilhar sua experiência de parto, com relação ao uso do Plano de Parto. Ela relatou ter buscado muitas informações durante a gravidez, tendo contado com uma equipe e uma doula em seu pré-natal, as quais também auxiliavam nas informações sobre seus direitos: “eu tive a informação, com a informação eu tinha o direito, então para mim estava tudo certo”. A partir dos conhecimentos adquiridos fez seu plano de parto: “tive uma gravidez gemelar, dicoriônica, são dois fetos em diferentes placentas, então a minha médica falou que se tivessem os dois cefálicos estava tudo bem, meu plano de parto ia ser seguido e tudo certo”. Informou também ter feito um plano de parto para o caso de necessitar de uma cesariana, e nele apontou que não fossem realizadas algumas condutas, as quais entende que são, atualmente, consideradas desnecessárias.

Explicou que teve pré-eclampsia⁴⁹ e, com isso, não pôde realizar o parto normal. De acordo com seu relato, a doula falou que ela iria para a mesa de cirurgia, mas o restante seria como tinha desejado. Ana teria buscado esta mesma confirmação de sua obstetra: “eu levei meu Plano de Parto para minha obstetra, era do meu plano de saúde, ela deu ‘ok’ para o meu plano de parto, mesmo se eu fosse para a cesárea”. Porém, segundo relatou, ao entrar no centro cirúrgico a injeção da anestesia raquidiana⁵⁰ não conseguiu ser aplicada com a parturiente deitada de lado, mas sim sentada, e causou-lhe estranheza o fato de ninguém ter tido permissão para entrar no momento. Em suas palavras: “Depois disso foram 18 horas até eu conseguir ver as minhas filhas, porque eu estava nesse estado da pré-

⁴⁹Hipertensão que ocorre após 20 semanas de gestação (ou antes, em casos de doença trofoblástica gestacional ou hidrôpsia fetal) acompanhada de proteinúria, com desaparecimento até 12 semanas pós-parto. Na ausência de proteinúria, a suspeita se fortalece quando o aumento da pressão aparece acompanhado por cefaleia, distúrbios visuais, dor abdominal, plaquetopenia e aumento de enzimas hepáticas. (...) A eclampsia caracteriza-se pela presença de convulsões tônico-clônicas generalizadas ou coma em mulher com qualquer quadro hipertensivo, não causadas por epilepsia ou qualquer outra doença convulsiva. Pode ocorrer na gravidez, no parto e no puerpério imediato” (BRASIL, 2010)

⁵⁰ Tipo de anestesia local que é ministrada por injeção nas costas da parturiente para romper os estímulos de dor dos membros inferiores e região lombar.

eclampsia. Eu não tive a *golden hour*, a hora dourada⁵¹, e demorei três horas para sair do centro cirúrgico, porque não tinha leito para eu ficar”. As filhas não puderam ser levadas até ela, que ficou deitada na maca esperando até ser encaminhada a outro local. Outra questão apresentada diz respeito à amamentação: “no meu Plano de Parto pós-cirúrgico eu tinha o pedido para as minhas filhas não tomarem leite artificial, e, mesmo que fosse artificial, fosse no copo⁵², e mesmo assim não foi cumprido, foi mamadeira”. Para argumentar sobre os motivos de seu desejo comentou sobre os índices de aleitamento no país, afirmando que são baixíssimos e, por isso, teria se preocupado em apresentar no Plano de Parto suas preferências com relação à amamentação.

A sensação guardada e apresentada por ela foi de não ter sido respeitada: “acordei duas horas ou quatro horas depois da minha cirurgia, sem sentir minhas pernas, não sabia onde estavam as minhas filhas, não lembrava o que tinha acontecido, não sabia nem onde elas estavam, porque eu estava na UTI, não tinha enfermeira, minha mãe não pôde ficar”. Relatando as apreensões por não ter notícias das filhas e a sensação de não ter tido o direito e a maternidade respeitados.

Enfatizou não ter questionado o fato da necessidade de um parto cesárea, ressaltando ter combinado antecipadamente com a médica que seria feito o necessário e explicou, desta forma, que seu Plano de Parto não limitava a médica a não fazer algo.

Para encerrar, apontou como o “direito ao Plano de Parto é o direito da mulher em ter direito e participação na própria vida, na vida do seu filho também”, afirmando entender que algumas questões precisam ser remodeladas e que isso leva tempo.

Referindo-se a fala do conselheiro do CREMERJ finalizou advertindo: “quando você fala que está pouco se importando se é parto normal ou parto

⁵¹ A chamada *Golden Hour*, Hora de Ouro ou Hora Dourada é a primeira hora de vida do recém nascido. As instruções da OMS, OPAS e Ministério da Saúde do Brasil são para que na primeira hora após o nascimento o bebê seja colocado pele a pele com a mãe e seja oferecida a primeira amamentação. Benefícios: melhor adaptação ao aleitamento materno, proteção de infecções, redução dos efeitos de estresse no recém nascido, manutenção da estabilidade térmica. (BRASIL, 2017) (OPAS, 2018)

⁵² Na impossibilidade da amamentação diretamente dos seios da mãe, o Ministério da Saúde sugere que o leite seja oferecido no copo ao bebê: “A mamadeira é um grande veículo de contaminação, aumentando o risco de infecções e diarreias. Sua utilização está associada também com maior risco de desmame precoce, problemas orofaciais, de fala e dentição (BRASIL, 2015).

cesárea, pouco se importa também com essa mulher, o objetivo é só essa criança nascer de qualquer jeito? Acho que fica um pouco difícil de a gente avançar”.

Médico Obstetra Renato Augusto de Sá, vice-presidente da Sociedade de Obstetrícia do Rio de Janeiro

O vice-presidente da Sociedade de Obstetrícia do Rio de Janeiro iniciou sua fala demonstrando preocupação sobre o ato de se “legislar sobre coisas que precisam ser pactuadas, combinadas, muito mais do que partir para uma obrigatoriedade para que sejam cumpridas”. De seu ponto de vista, o Plano de Parto é um instrumento de relação entre duas pessoas que precisa ser respeitado como um acordo e exige respeito entre as pessoas para ser cumprido.

Fazendo referência a fala da superintendente da SMS, Carla Brasil, afirmou que as coisas precisam ser construídas, tendo como objetivo comum “a saúde da mulher e também a saúde do feto ou do recém-nascido, porque a gente fala muito da questão da mulher, mas o direito do feto também precisa ser respeitado nessa situação”. Avaliando a atuação profissional dos médicos, indicou como “por vezes, são um pouco mais invasivos do que gostaríamos, muito em questão da proteção da saúde do feto, porque tanto a mortalidade materna quanto a morbidade e a mortalidade fetal são extremamente relevantes”.

Pontuou ainda, acreditar no Plano de Parto como um instrumento útil, mas reiterou a preocupação de que exista a necessidade de uma lei para regulamentá-lo. Propõe que existam mais assembleias, utilizando como exemplo a própria audiência em andamento, segundo ele, para o debate e propostas de “instrumentos de educação muito mais do que instrumentos de legislação, mesmo porque as questões são baseadas em questões de ciências e essas coisas são mutáveis e a própria legislação não consegue mudar da mesma maneira que a gente muda”. Utilizou como exemplo a questão das ocorrências hoje entendidas como violências obstétricas, que não eram vistas dessa forma quando se formou em medicina há 30 anos. Concluiu apresentando como sugestão que se pactue muito mais do que discuta e legisle sobre esses assuntos.

Ao final de sua fala, o dep. Carlos Minc fez algumas considerações. Afirmou que diversas das leis propostas por ele não gostaria de ter apresentado, mas que

foram necessárias, utilizando como exemplo leis que impedem os estabelecimentos de discriminarem pessoas LGBTQI+: “Poxa, mas tem estabelecimento que discrimina? Será que é necessário isso? Será que o bom senso não prevalece? Por que alguém vai humilhar um semelhante pelo seu amor?”. Reforçando, dessa forma, não estar satisfeito com a necessidade de se criar tais leis, mas que elas acabam servindo como um instrumento a mais para algumas mudanças importantes, alertando que as mulheres têm direitos e precisam ser garantidos. Assinalou que sozinhas as leis não resolvem tudo: “ninguém vai achar que vai acabar com o racismo, machismo ou homofobia por lei, isso é outra ilusão, essas coisas são questões culturais que vem lá de trás e a lei é apenas um grão de areia, ela não começa nem termina”.

O deputado enfatizou que se essas questões chegaram a ser discutidas, votadas e sancionadas no parlamento, construindo-se uma norma legal é porque este diálogo não fluía, notabilizando o fato de que uma norma legal só pode ser derrubada por outra norma legal de poder equivalente. Encerrou esta fala afirmando: “muitas coisas que não deveriam ser, são, dado o atraso da sociedade, não gostaria de fazer mais da metade de leis que fiz se houvesse mais solidariedade, mais cultura, menos ódio, preconceito, infelizmente a gente sabe que talvez não seja para essa nossa geração.”

Enfermeira Obstetra Heloísa Lessa, ABENFO e ONG *Human Rights in Childbirth*

A enfermeira obstetra Heloísa Lessa participou da audiência representando duas instituições, a ABENFO (Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras) e a ONG internacional *Human Rights in Childbirth* (Direitos Humanos no Parto). Em referência à preocupação do obstetra Renato de Sá sobre o ato de se legislar determinadas questões, ela afirmou ser uma enfermeira obstetra que atua dentro da legalidade, não vendo problemas relacionados ao fato. Comentou ainda sobre o desconforto em “sentar numa mesa de negociação quando a gente é chamada de ‘profissional não médico realizando parto’, o profissional não médico que realiza parto hoje no estado do Rio de Janeiro é a enfermagem obstétrica”. Fazendo menção ao trecho do texto de exposições dos motivos da Resolução nº

293 do CREMERJ sobre plano de parto, assinado por Raphael Câmara, onde consta:

Esta pressão tem como consequência impedir a realização de procedimentos necessários e cientificamente validados e, com isso, restringir o papel do médico. Ao fim e ao cabo, o resultado disso é o abandono da obstetrícia por médicos competentes que não aceitam se submeter a isso; maternidades públicas tomadas por não médicos realizando partos, com o objetivo de baratear a assistência em demérito da qualidade; e aumento das mortalidades materna e infantil nos últimos anos no Brasil e no Rio de Janeiro (CREMERJ,2019).

A atuação de enfermeiras obstétricas na assistência ao parto é regulamentada pela Lei federal nº 7.498 de junho de 1986, assim como, pela Resolução nº 516/2016 do COFEN (Conselho Federal de Enfermagem). Prossequindo sua fala, Heloísa Lessa pontuou que essa atuação ocorre em maternidades, Casas de Parto, e partos domiciliares: “hoje a gente atua, inclusive, praticamente 50% dos partos de baixo risco do município, então eu acho que enquanto categoria nós merecemos respeito, eu gostaria muito de ser chamada de enfermeira obstétrica”.

Em seguida, apresentou estar falando como técnica que assiste ao parto e recebe as mulheres e seus Planos de Parto. Indicou que para além de se falar em detalhes contidos nos Planos de Parto como a posição de parir, episiotomia, entre outros, vale a reflexão sobre o porquê da importância dessas questões, apresentando como resposta que “as mulheres querem um Plano de Parto, porque elas querem segurança para parir”.

Partindo de uma argumentação a partir da fisiologia do corpo da mulher, a enfermeira obstétrica questionou como um corpo com capacidade de engravidar e gestar, tudo a partir de desencadeamentos genéticos complexos, não seria capaz de parir após realizar todos os outros processos que envolvem a gestação. Se demonstrando indignada com um posicionamento que transforma a ação de parir do corpo em um problema e ato médico, deixando de ser um evento fisiológico. Apresentou o seguinte entendimento: “a ciência muda, a ciência já entendeu que o parto fisiológico, o parto natural sem intervenção é possível de acontecer, na maioria das vezes, se a gente dá condição para a fisiologia acontecer”. Essas condições, a partir do relato da enfermeira obstétrica, envolvem, inclusive, a necessidade de local

silencioso, de baixa iluminação, com a mulher em liberdade para se movimentar e escolher suas posições. Continuou explicando, e se dirigindo aos homens presentes “que porventura não soubessem”: “um dos hormônios principais do parto é o mesmo hormônio da relação sexual, como é que a gente vai liberar esse hormônio com gente falando, com luz acesa [...]”. Justificando a importância da composição do ambiente para o parto.

Vale destacar a respeito desse discurso, a análise que Mendonça (2018) faz em relação à representação dos hormônios por parte de ativistas pela humanização do parto, onde a partir de um discurso biomédico tais substâncias são entendidas como produtoras de agência, ganhando centralidade no cenário de parto.

Durante a audiência, a enfermeira obstétrica comentou alguns procedimentos citados anteriormente. De acordo com ela, o assunto não é apenas o Plano de Parto, mas respeito ao corpo e a fisiologia das mulheres, rebatendo questões técnicas sobre o uso de episiotomia e manobra de *Kristeller*. Iniciando pela episiotomia, afirmou que os médicos formados mais recentemente sob novas evidências, que demonstram como a episiotomia não é necessária na grande maioria dos casos, não querem mais executá-la durante o parto: “isso parece realmente que é do *tempo do ronca*⁵³, me desculpem falar, mas eu atendo parto e a gente não precisa cortar a mulher para isso, fazem quatro, cinco anos que eu não vejo necessidade, nem com enfermeiras fazendo parto, nem com obstetras que sejam treinados”.

Indicando, assim, que a assistência ao parto depende do treinamento que o profissional recebe, problematizou afirmando: “os obstetras que estão fazendo parto hoje não sabem fazer parto normal, eles sabem fazer cesariana, mas eles não sabem fazer parto normal, então, às vezes ele precisa fazer a episiotomia”. Em seu entendimento, isto acaba ocorrendo devido à maneira como o parto é conduzido pelo profissional e suas constantes intervenções. O tema da formação profissional em medicina aparece com frequência nos debates acerca da assistência ao parto, a pesquisadora Sara Mendonça (2015) ao analisar o embate entre adeptos dos modelos concorrentes de parto “tecnocrático” e “humanizado”, apresenta o depoimento de um médico obstetra que se define como “cesareanista convicto”, Jorge Rezende Filho, cujo pai, Jorge Rezende, é referência no campo da medicina

⁵³ Expressão popular que indica algo que está ultrapassado.

tecnocrática cesareanista brasileira, assumindo a categoria indicada pelo filho. O depoimento publicado em *blog*⁵⁴ “aborda elementos da formação dos médicos atuais, onde a ênfase do ensino se dirige para a realização de cesáreas, formando médicos com pouca prática e segurança para realizarem partos normais” (MENDONÇA, 2015).

Outro assunto levantado pela enfermeira obstetra diz respeito à relação entre custo e parto normal ou parto cesariana, afirmando se importar em reduzir taxas de cesariana: “quando a gente fala da cesárea e do não importar se é cesárea ou parto normal, o custo, eu me importo com o custo porque se eu deixar de gastar dinheiro com isso eu vou gastar com prevenção, eu vou aumentar a taxa de amamentação, eu vou trabalhar com outras coisas”, referindo-se novamente ao posicionamento do conselheiro do CREMERJ.

Finalizou sua fala pontuando sobre possíveis diferenças de posicionamentos encontradas entre médicos e instituições, indicando que não há uma unanimidade de pensamento sobre os temas discutidos entre eles: “existem médicos e médicos, existe CREMERJ, existe FEBRASGO, existe FIGO, existem outras instituições médicas”. Definindo, em relação ao Plano de Parto, que a instituição ABENFO defende e trabalha com o documento, assim como as enfermeiras trabalham com doulas. Estas últimas falas sugerem as diferenças de perspectivas e práticas coexistindo dentro do campo da medicina, além de apontar a ABENFO como uma instituição que preza pela atuação das enfermeiras junto às doulas, buscando afastar uma possível rivalidade entre as duas categorias.

Mediação do deputado Carlos Minc

Antes de passar o microfone para o próximo inscrito, o deputado pediu para o Defensor Público Federal Tales Arcoverde comentar novamente sobre a ação da REHUNA relacionada à Lei nº 7191/2016, mencionada na fala do conselheiro do

⁵⁴ “A geração atual de obstetras, na qual me incluo, os jovens egressos de nossas faculdades de Medicina nos últimos 20-30 anos, desaprendeu ou nunca se adestrou nas operações transpelvianas. Quantos de nós sabemos executar uma versão por manobras internas, conhecemos os estorvos dos volteios difíceis, quantos de nós manejamos com dexteridade um fórcepe médio, empunhamos, sem temor, o basiótrobo?” (apud Mendonça 2015) A postagem não encontra-se mais disponível no endereço eletrônico indicado pela autora. <www.marciapeltier.com.br/?content=materia&id=594> (18 fev. 2013).

CREMERJ, Raphael Câmara, que havia declarado que a REHUNA perdeu a ação e com isso, em seu entendimento, o CREMERJ e as mulheres ganharam.

Atendendo ao pedido do deputado, o Defensor Público Federal Tales Arcoverde afirmou: “O juízo da 17ª vara federal não chegou a analisar o mérito dessa ação. A opção da REHUNA foi por uma ação cujo rito impossibilitava, na visão do juízo, uma maior instrução e ela foi extinta sem análise do mérito”. O dep. Carlos Minc perguntou, em seguida, se a ação seria reapresentada, ao que Tales Arcoverde indicou que sim e explicou: “É bem diferente de afirmar perdemos ou ganhamos, tal qual o que acontece com o corpo de uma mulher, não é x ou y, as coisas são muito mais complexas. A ideia da DPU é refazer essa ação no rito adequado”.

Assessor jurídico Lucas Laupman, CREMERJ

O assessor jurídico do CREMERJ, Lucas Laupman, iniciou seu discurso afirmando que o CREMERJ sairia enriquecido da audiência pela possibilidade do debate, capaz de mudar concepções, e mencionou como “as mulheres não tem só o direito, as mulheres conquistaram diversos direitos, e isso faz delas uma emancipação numa sociedade patriarcal e que tem que ser cada vez mais respeitadas”.

Em seguida, apresentou seu ponto de vista sobre o debate jurídico: “o CREMERJ, jamais em sua Resolução, foi contrário a essas premissas que a gente falou aqui, parece por vezes que as posições são antagônicas e eu fico muito feliz da minha fala, porque a gente converge para o direito à vida, à humanização, esse é o nosso papel na sociedade”. Desta forma, no entendimento que apresenta “não existe descumprimento da lei, nem poderia haver descumprimento da lei, porque no dia que eu entrar na ALERJ descumprindo uma lei estadual eu não poderia ser advogado”. E prosseguiu pontuando: “as resoluções devem complementar as leis onde há os seus hiatos” ao mencionar a pirâmide hierárquica das legislações como composta por “constituição federal, direito à vida, depois as leis federais nas matérias que lhe cabem, as leis estaduais e as leis municipais”.

Sobre o conteúdo, afirmou que a resolução corrobora com os artigos 6º e 8º da Lei nº 7.191/2016, já mencionados anteriormente no debate, ao vedar ao médico

receber documentos “que restrinjam ou impeçam a atuação do profissional”. E apresentou a reflexão sobre como os profissionais envolvidos na atenção ao parto, assim como todos da sociedade, lutam pelo direito à vida, afirmando que pode ocorrer do médico fazer alguma opção errada, como humano também comete erros. Mas insistiu que a preocupação do CREMERJ é que os médicos sejam aliados das discussões: “os médicos não podem ser aviltados por nenhuma das partes, não pode a mãe impor algum condicionamento ao médico que coloque o direito da vida dela ou do bebê em risco, desde o juramento de Hipócrates”.

Nesta altura do discurso do assessor jurídico, o dep. Carlos Minc o interrompe afirmando que a lei prevê o seguinte: “a elaboração do plano de parto deverá ser precedida de avaliação do profissional médico, então ele participa”. Chamando atenção que a Resolução do CREMERJ nº 293/2019 trata de uma proibição ao que a lei trata como um direito, constando na redação da resolução: “dispõe sobre a proibição de adesão por parte do médico quaisquer documentos, entre eles o plano de parto”. E questionou se algum outro conselho estadual de médicos do Brasil adotou alguma posição semelhante a essa ou não. Em seu entendimento, a lei coloca o plano de parto claramente como um direito e apresenta como deve ser elaborado em parceria entre equipe e paciente, enquanto a primeira linha da resolução já menciona a proibição “eu não entendo como, por mais que a gente conheça a habilidade dos advogados, como que essa resolução não está contrariando se a lei garante o plano e a resolução proíbe o médico de aderir o plano”.

No momento, o conselheiro do CREMERJ, Raphael Câmara chamou atenção para o art. 2º da resolução onde aponta: “a vedação contida no art. 1º não abrange as demais medidas sugeridas pela paciente no que se refere à ambiência, autorização para participação como espectador do parto, dentre outras que não se relacionem com a prática do ato médico”, concluindo que a resolução é igual à lei.

Uma pergunta que fica com relação é este artigo, ao especificar não abranger outras medidas se não as relacionadas à prática do ato médico, define que a mulher não teria o direito de recusar a realização de um procedimento médico em seu próprio corpo?

Quando a palavra volta ao assessor jurídico do CREMERJ Lucas Laupman, este alertou ao fato do deputado não ter mencionado um dispositivo da redação que,

segundo ele, é um condicionante “que restringe ou impeçam”. Lembrando o fato de “um documento celebrado entre as partes não pode infligir nada a terceiros, isso está no código civil, isso na ciência do direito é comezinho, aqui a nossa preocupação é com a autonomia do médico”. Em sua argumentação expõe que não pode “deixar um médico trabalhando em situações com salários, muitas vezes, atrasados, com plantões de mais de 24h, com a situação muito adversa, ainda mais, pressionado com um documento, que o CPF dele vai ser processado”.

Pontuou como o CREMERJ tem uma função institucional de “garantir a ética do direito dos médicos, que eles respeitem os planos e as decisões das mulheres, que como eu falei, se emanciparam em ter os seus direitos porque não lhe foi conferido, o direito das mulheres nunca foi conferido, elas conquistaram os direitos delas”. Fazendo conexão com suas próprias possíveis futuras mudanças de percepção, ao mesmo tempo, apontando seu atual entendimento para a questão discutida afirmou: “pode ser que daqui um pouco o Lucas pode vir aqui e mude sua percepção, mas hoje a resolução não descumpra [a lei]”.

Explicando a relação entre a autonomia do médico com o conteúdo restritivo do texto da normativa, argumentou: “naquele condicionamento onde a mãe fale ‘em hipótese alguma eu quero ser feita a obstetrícia, ser aberta a barriga’, aí é a autonomia do médico, porque o médico tem o dever de garantir a vida”. Voltando a dizer que “dentro das concepções jurídicas, dentro da pirâmide normativa é que há uma complementação, não há uma violação da lei”. O assessor jurídico atentou, ainda, como o “cumprimento da lei tem que ser aferido nos hospitais, não necessariamente, no CREMERJ”, indicando em seguida que o CREMERJ tem “poder normatizador, só que ele é complementar, ele é decorrente de um poder de polícia que ele tem, da função de polícia que é um termo mais desenvolvido nesse sentido”.

Encerrou afirmando ter sido muito rico o debate, com a exposição do ponto de vista de cada um, indicando haver uma “convergência muito forte: 1º) defender a sociedade; 2º) defender o direito da vida”, acrescentando que no Brasil vida não é um direito disponível, “nenhuma pessoa pode dispor da vida, por mais infeliz que esteja, por mais doente que esteja, o Estado resolveu tutelar essa pessoa e o direito à vida”. Em seu entendimento, “o médico está representando o Estado, ele não pode deixar alguma situação que coloque em risco a vida da parturiente e da criança”.

Médica Sanitarista Santinha Tavares, presidenta do Comitê Estadual de Prevenção e Controle de Morte Materna e Perinatal do Estado do Rio de Janeiro

A médica sanitaria Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos, conhecida como Santinha Tavares, iniciou sua fala constatando que a discussão se dava acerca do corpo da mulher e o poder deste corpo, em seu entendimento, com quem está a decisão e o poder maior. Na sequência, buscou identificar outros temas em discussão como a questão de hierarquização de profissões, afirmando: “nenhuma profissão é superior a outra, o médico não é superior à enfermagem, certo?”.

Caminhando sua reflexão no sentido de buscar entender quais instituições hoje ditam e controlam o corpo da mulher, apontou, primeiramente, a religião e a medicina, indicando ser esta uma questão muito séria: “a religião manda, quer ter ou não quer ter, faz aborto ou não faz aborto, aí o médico, eu sou médica com uma tranquilidade muito grande, aí o médico vem e diz a forma que deve ter. À mulher não lhe dá nem o direito.”

Deu prosseguimento à sua fala concordando com parte do discurso do assessor jurídico do CREMERJ, Lucas Laupman, quando mencionou a luta e conquistas das mulheres por direitos: “nós mulheres não estamos aqui nesta mesa discutindo porque fulano quis, nós fomos desde 1960 brigando para chegar aqui”. Uma referência à história das mobilizações feministas.

Pressionando por uma ampliação no diálogo, Santinha Tavares provocou: “o CREMERJ, o meu conselho, poderia no seminário de sexta e sábado convidar toda a sociedade civil de mulheres, as organizações todas, a encher o CREMERJ, termos todos os grupos, e não é chamado, querido”. Argumentando na perspectiva de se o tema em debate é sobre as mulheres, sobre o corpo das mulheres seria, portanto, essencial que grupos de representatividade de mulheres fizessem parte deste debate: “eu não vou discutir João, eu vou discutir a mulher, eu vou discutir o aborto, eu vou discutir o parto”.

Refletindo sobre a assistência ao parto mencionou a fala da defensora pública do NUDEM/DPRJ, Karine Vaconcelos, que questionou a dificuldade de alguns médicos em dialogar com as pacientes. Reiterou: “Por que não conversar? Que

profissão é essa que não se conversa com o outro? Eu quando estudei medicina, a gente tinha uma coisa que chamava uma cadeira, certo? Onde a gente aprendia a conversar com o paciente. Hoje não tem mais isso”. Em seguida, apresentou certa experiência que vivenciou ao dar uma aula sobre parto para determinada turma de formandos em medicina, onde teria perguntado quantos haviam feito parto normal, ouvindo como resposta: “nunca vi isso e não quero fazer parto normal, porque estou aprendendo a fazer grande cesárea”.

Sugere, desta forma, um afastamento dos médicos em relação aos pacientes, pontuando que ao tratar de uma mulher eles têm o poder sobre aquele corpo, mas querem distância da mulher. Em seu entendimento, não fazem questão de saber quem é a mulher cuidada por eles: “Às vezes, nós fazemos uma cesárea ‘Como é o nome dela? É Santinha? Não, acho que o nome dela é Joana’. E nós não queremos saber. Está cortada, o filho já saiu. Entende? É algo muito sério isso. Ouviu, Dr. Raphael?”.

E, a partir deste momento, passou a comentar sobre a atuação do Raphael Câmara e do histórico do CREMERJ, indicando que o conselheiro compareceu a uma reunião do Comitê, mas, afirmando como no geral “o CREMERJ está se ausentando, está distante dos próprios médicos e eu quero voltar a ter vontade de gostar do meu CREMERJ, certo? Porque neste momento ele está lá e eu estou aqui”. O que pode ser entendido como um afastamento, inclusive, no sentido de oposição entre paradigmas, já que é possível identificar um histórico de eventos conflituosos envolvendo profissionais da medicina que atuam sob a perspectiva da humanização do parto, e as gestões do CREMERJ, que teriam uma perspectiva considerada conservadora tecnocrata, conflitos estes mencionados nos capítulos anteriores.

Santinha encaminhou o encerramento de sua fala afirmando ser o povo muito claro, rico e inteligente, concordando que existem médicos e médicos, ou seja, não existiria uma unanimidade de pensamento entre os profissionais. Finalizou lembrando que certa vez em uma mesa de discussão na UERJ ela teria feito, no decorrer do debate, uma defesa à enfermagem e, por este motivo, teria sido questionada por um médico se era médica. Como resposta, teria respondido ironicamente não saber, em suas palavras: “Agora me deu uma agonia, não sei se sou médica, não sei se sou enfermeira, o que eu sou? É porque eu sou negra? É

porque eu sou do Maranhão? É porque eu defendo os outros? É porque eu busco igualdade? Então eu não sei o que eu sou, eu sou apenas uma mulher”. Demonstrando um estranhamento dos pares quando se quebra algum tabu corporativista.

Antes do dep. Carlos Minc fazer suas considerações, o assessor jurídico do CREMERJ pediu para fazer um comentário direcionado à médica Santinha Tavares, dizendo-lhe que deveria se integrar mesmo ao CREMERJ: “porque o CREMERJ é para os médicos, essa gestão está aqui desde outubro, então muita coisa está mudando, havia há 25 anos um mesmo grupo no CREMERJ e agora é um CREMERJ que está há 05 meses discutindo, evoluindo, então a gente precisa dos médicos juntos”.

O dep. Carlos Minc lembrou que a discussão não se encerrava na audiência em andamento, afirmando não ser nem a primeira e nem a última a acontecer. Indicou nesta fala que a comissão iria agir, assim como a defensoria pública, e pontuou que o CREMERJ ouvindo poderia modificar algo: “O objetivo não é ter vencedores e vencidos, o que a gente quer é avançar nos direitos, na humanização. Aqui não é um tribunal, a gente nem tem poder nessa Assembleia de dizer quem vai fazer o quê, cada um segue as suas normas”.

Réplica do médico obstetra Raphael Câmara, CREMERJ

Em seguida, Raphael Câmara utilizou de seu direito à réplica, questionando, inicialmente, a fala da enfermeira obstétrica representante da ABENFO: “queria manifestar o mais veemente repúdio à frase textual ‘obstetras não sabem fazer parto normal’, isso é um absurdo. Se eu falasse o contrário aqui de alguma outra profissão provavelmente sairia daqui preso. A pessoa falou isso e foi aplaudida”. Afirmando na sequência: “o CREMERJ enquanto instituição não aceita essa frase”, e então, questionou: “se a gente não sabe fazer parto, quem sabe?”.

Neste momento, grande parte das mulheres presentes na plateia respondeu em coro: “a mulher”. Inflando os ânimos e os ruídos na sala de reuniões, ao que foi necessário o dep. Carlos Minc, em seu papel de mediador e presidente da sessão, garantir a palavra do conselheiro do CREMERJ. Este continuou: “Bom, então, isso quebra o raciocínio, né? A gente nota que é uma claque organizada. Então, a gente

quer manifestar esse repúdio”. Ao que foi interrompido pela plateia novamente em manifestação.

A presidenta da ADoulasRJ e o dep. Carlos Minc interviram para garantir a fala do médico e o dep. Carlos Minc se posicionou da seguinte forma: “Eu acho que qualquer generalização é perigosa também. Eu vou dizer, os meus dois filhos nasceram de parto de cócoras. Dr. Fernando Estelita já está em outra dimensão. E eu conheço dezenas e dezenas de obstetras que são de uma humanidade a toda prova”. Concluiu seu comentário afirmando entender que “qualquer generalização para qualquer lado é estigmatizante”, e voltando-se ao Raphael Câmara, disse: “acho que nisso você tem razão”.

Em seguida, o conselheiro do CREMERJ retomou a palavra e mudando de assunto tratou sobre a definição de Plano de Parto, pontuando achar que muitos dos presentes não sabiam exatamente o que seria: “Plano de parto é um papel que a mulher chega e apresenta para o médico. Esse plano já vem pronto, não é feito em conjunto, principalmente em Hospital Público. A maioria é tranquilo, é ponderado. A resolução deixa claro que ninguém proíbe isso”, indicando como esses Planos de Parto não se configurariam um problema, mas que “existe plano de parto completamente irresponsável”, informando ter preparado para a apresentação no fórum de Parto e Aborto do CREMERJ alguns exemplos desses planos.

Aproveitou o ensejo para responder a provocação da médica Santinha Tavares sobre o CREMERJ não convidar entidades de mulheres a participar de um Fórum sob o tema de parto e aborto. O conselheiro justificou apontando que o auditório da instituição é de 150 lugares: “Se a gente abrir para a comunidade inteira não vai caber. Nada mais justo que ser aberto aos médicos e estudantes de medicina, isso é meio óbvio. Então, a senhora, por exemplo, como médica já pode ter se inscrito ou não, mas está aberto para a senhora”.

E voltou a falar sobre o Plano de Parto na rotina dos hospitais, e o conteúdo de alguns documentos: “Tem coisas como: ‘não aceito cesariana em hipótese alguma, não aceito analgesia de parto mesmo que eu grite e berre’. Eu estou falando literal, é exatamente isso que está escrito, e várias outras completas maluquices, que a gente não pode compactuar com isso”.

Afirmou ser o CREMERJ contra esse tipo de Plano de Parto “não um plano de parto razoável, ponderado que foi discutido com o médico, com a enfermeira ou com

quem quer seja. Não é possível que isso não tenha ficado claro”. Voltando a apontar que as críticas à resolução são ideológicas: “mais uma vez está claro para mim que qualquer pessoa que esteja contra e que realmente tenha lido essa resolução, ela está indo contra por viés ideológico, porque, se a pessoa leu com cuidado, a lei é absolutamente igual à nossa resolução”. Justificando que a resolução foi formulada a pedido dos médicos, e apesar das críticas na audiência, a maioria dos médicos teria sido a favor do texto. Pediu que as pessoas buscassem por exemplos de Planos de Parto para ver como existem documentos “que se o médico assinar ele é um criminoso”.

Respondendo à pergunta feita pelo dep. Carlos Minc sobre a existência deste tipo de resolução em vigor em outro conselho regional de medicina do país, o conselheiro do CREMERJ afirmou que vários conselhos pediram uma cópia da resolução, e diversas delas estariam em tramitação, dando como exemplos os conselhos de São Paulo e Minas Gerais. Prevendo resoluções semelhantes a essa no futuro como realidade em outros estados.

A última busca *online* realizada pela pesquisa em julho de 2020 identificou resolução aprovada e publicada com mesmo conteúdo pelo CREMERS - Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul, Resolução nº 04/2019 e de conteúdo parecido pelo CRMSC - Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina, Resolução nº 193/2019. Ambos sofreram ação judicial.

O conselheiro comentou ainda sobre o processo de tramitação de uma normativa dentro dos conselhos, que para ser aceita passa por comissões, é aprovada em plenária e publicada em diário oficial, afirmando: “Ninguém está ali brincando, são quarenta médicos e foi aprovada com unanimidade, médicos das mais diferentes matrizes ideológicas, de pensamentos e tudo mais, não teve um voto divergente na plenária. Foi aprovação por unanimidade e aquilo foi construído”.

Encerrou sua fala comentando sobre a construção da Resolução nº 293/2016 da seguinte maneira: “Eu tenho que assumir, eu assumo aqui. A minha resolução original, a explanação era realmente, às vezes, até agressiva. Mas aí um falou ‘tira aquilo, tira isso’, e ficou esse resultado final que foi aprovado por unanimidade e todo mundo gostou”.

Mediação do deputado Carlos Minc

Com o avançar do tempo de audiência, o dep. Carlos Minc começou a propor alguns encaminhamentos. Dirigindo-se ao conselheiro do CREMERJ, afirmou ser conhecido como uma pessoa conciliadora e propôs apresentar uma sugestão baseada no entendimento de que “há, obviamente, contradições, mas talvez não sejam tão fortes quanto se imaginava”.

Fundamentou sua proposta argumentando existir na assembleia uma norma ou técnica legislativa que consiste em: “qualquer um que vá se referir a um assunto, havendo uma lei, ele se refere a essa lei”. Neste sentido, como existe uma lei estadual anterior à resolução e em vigor abordando o mesmo tema, o deputado sugeriu que o texto da resolução cite a lei. Apresentando no texto, primeiramente, a existência da lei e chamando a atenção para os artigos que tratam do Plano de Parto e, em suas palavras, “impedem que qualquer medida seja tomada que punha em risco a vida da mulher, a vida do bebê, e que mesmo os procedimentos que constam no Plano de Parto, havendo estes riscos, eles podem ser descumpridos, etc, etc”. Disse isto afirmando que, obviamente, não faz parte do CREMERJ, estaria fazendo “apenas dentro da linha do diálogo, como foi sugerido”.

O deputado chamou atenção para o fato de que mencionar a legislação serve, inclusive, para que os médicos estejam informados sobre a existência da lei e não sejam expostos à consequência de serem incriminados e punidos pelo descumprimento de uma legislação ao negar receber qualquer plano de parto, por desconhecimento da lei: “O CREMERJ teria que, também, defender o médico alertando-o que existe uma lei em vigor no estado, que não foi contestada, que não houve nenhum *ad*⁵⁵ que a considerasse inconstitucional, então ela está em vigor e ninguém pode descumpri-la alegando desconhecimento”.

Em seguida, Raphael Câmara respondeu concordando, afirmando que poderia ter sido assim. E o deputado continuou: “Porque informaria os médicos que existe uma lei, um médico que lê essa resolução nem sabe que existe uma lei sobre o mesmo tema, e se ele descumprir abertamente essa lei não havendo todas as exceções, que são enormes no 6º, 7º e 8º, ele pode ser incriminado”. Acrescentando

⁵⁵ Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) é o instrumento utilizado com a finalidade declarar que uma lei ou parte dela é inconstitucional.

ainda: “acho que a primeira coisa que um conselho que te defende diz é ‘olha, amigo, atenção, tem uma lei em vigor, se a gente vai entrar em algum momento na justiça contra ela é outra questão, ela está em vigor, então saibam’.”.

Médico urologista Luís Guilherme Teixeira dos Santos, corregedor do CREMERJ

O corregedor do CREMERJ Luís Guilherme dos Santos pediu a palavra e dirigiu-se à médica Santinha Tavares elogiando sua fala, mencionando ser novo no CREMERJ. Disse como vê uma mudança no CREMERJ e comentou sobre a influência do Raphael Câmara nessa mudança, afirmando ser este “um cara engajado nisso e tem as suas palavras, às vezes, um pouco mais enfáticas, mas ele fala de uma forma que é uma defesa do ato médico em si.”

Continuou indicando como corregedor do CREMERJ viver vendo as duas partes “eu vejo as pessoas que sofrem abusos, os doutores que são abusados, e eu tenho meio que decidir para onde eu vou, é uma tarefa árdua, porque é necessário que eu seja imparcial, porque eu tenho que ver o que é certo”. Apresentando como entendimento do que é correto: “o que vai gerar a vida e uma qualidade boa para a sociedade”. Informando ser este o papel do CREMERJ: “o CREMERJ nada mais é do que uma autarquia que defende não o médico, somente, é mais e muito mais a sociedade”.

Em suas conclusões com relação à legitimidade da resolução em questão, afirmou que aparentemente ela parece ser completamente contraditória à lei e, por isso, a redação poderia ser melhorada para melhor compreensão. Elogiou a atual gestão do CREMERJ, comentando sobre a atuação dos colegas: “são muito ativos, a intenção nossa, gente, não é fazer com que a doula ou enfermeira seja menor ou maior, eu, particularmente, venho de uma medicina, apesar da minha idade eu sou formado há vinte anos, eu aprendi a ouvir”.

Comparou o Plano de Parto ao ato médico, afirmando como a medicina trata de: “Ouvir, concordar, planejar, atuar, e com isso, fazer o quê? Aquilo foi acordado e quando eu tiver uma provável emergência, aquilo muda. Então o Plano de Parto é isso.” Levou ao debate também a preocupação com as generalizações, criticando “um tipo de discussão que nos gera a nada, a gente não vai chegar a lugar nenhum”.

Realçou a mudança que vê no atual CREMERJ, apontando: “ações na saúde pública que está desdobrando, está unindo todos os entes do judiciário”. Destacando como muitos dos problemas estariam associados à assistência municipal, à infraestrutura e às pessoas. Mostrou-se solidário ao relato exposto na audiência pela parturiente que não teve seu Plano de Parto respeitado, afirmando ter visto histórias parecidas, sendo obrigado a julgar. Ressaltou ainda a preocupação com a formação profissional, fazendo referência à fala da Santinha Tavares, a importância de pensar sobre a qualidade do ensino na medicina, enfermagem e demais profissionais.

Sugeriu que o debate seja feito de forma mais ponderada, menos agressiva “porque nós estamos hoje aqui na casa do povo onde a gente defende os interesses do povo, e aqui eu não posso defender o que eu quero, é o que é o melhor para todos”. Ao avaliar a Lei nº 7.191/2016 afirmou ser pertinente, muito boa, com salvaguardas, assim como a Resolução nº 293/2019 do CREMERJ. E em consonância com Raphael Câmara, apontou a existência de um problema de interpretação com bases ideológicas: “eu acho que a interpretação, e eu vou usar um termo que eu particularmente não gosto, que eu acho que é um grande mal hoje da sociedade brasileira, que é ideologia, eu prefiro dizer que é diferenças de opiniões, é melhor, ideologia é muito pejorativo hoje em dia”.

Encerrou indicando que o CREMERJ visa o diálogo, deixou registrado o convite à médica Santinha e demais presentes enquanto dizia: “todos aqui que estiveram presentes, se tiverem as suas dúvidas, se quiserem ajudar, nós estamos aqui para ajudar a todos, então vamos diminuir um pouco esse tom, porque nós não vamos chegar a lugar nenhum”.

Réplica da presidenta da ADoulasRJ, Morgana Eneile

Chegando o fim da audiência a presidenta da ADoulasRJ, Morgana Eneile, primeira a discursar, teve direito à réplica. Demonstrou estar satisfeita com a realização da audiência, considerando como “colocar todos esses atores na mesa para dialogar sobre isso é uma vitória inenarrável, e não é uma vitória da Associação de Doulas, é uma vitória das mulheres”. Continuou apontando que seu trabalho e sua luta se dão por “autonomia e protagonismo das mulheres e pelo direito ao parto digno e respeitoso”.

Fazendo referência à fala do assessor jurídico do CREMERJ, Lucas Laupman, a doula afirmou acreditar “em potência, todas as pessoas nessa mesa, nessa audiência têm como perspectiva a autonomia, o protagonismo e o parto digno e respeitoso”. E chamou atenção para uma questão das escolhas de usos de termos: “um parto digno e respeitoso, inclusive, soa como um nome mais bonito para o que a gente chama e que na verdade combate, que é a tal da violência obstétrica, que é praticada por todos, inclusive por doulas”.

Levantando o conceito de violência obstétrica, afirmou ser “muito ruim quando a classe médica toma as dores da violência obstétrica como se estivesse falando contra ela, quando na verdade, qualquer profissional que atue na assistência ao parto, inclusive, a recepcionista pode cometer violência obstétrica”. Em sua explanação tentou passar o entendimento que a violência obstétrica não é ato específico de uma profissão, ocorrendo em um momento da atenção que a mulher deveria estar na centralidade desde a recepção, e, desta forma, qualquer profissional envolvido na assistência é passível de cometê-la.

Voltando-se ao conselheiro do CREMERJ, Raphael Câmara, disse: “Realmente, Dr. Raphael, eu devo concordar que as suas motivações expressas no texto foram muito mais causadoras de rebuliço e desentendimento do que talvez os termos expressos nos dois artigos”. Fazendo, em seguida, uma sugestão no mesmo sentido da proposta apresentada pelo dep. Carlos Minc: “se não há impedimento do CREMERJ na compreensão da lei, altere-se a resolução para que ela não gere a possibilidade de que um profissional médico venha utilizá-la para impedir uma mulher de ser atendida na forma como ela gostaria”. Afirmando ter certeza que o corregedor do CREMERJ, Luís Guilherme, não gostaria de receber um caso dessa natureza na corregedoria. Em sua argumentação apontou, a partir da conclusão obtida com relação à garantia prevista na lei nº 7.191/2016 da salvaguarda dos médicos e dos direitos das mulheres, “que se corrijam os instrumentos e que se coloque isso de uma forma que o entendimento da centralidade da mulher esteja colocado, a centralidade da mulher como usuária, como cidadã, como uma pessoa que tem direitos”.

Chamou atenção para a possibilidade de diálogo entre o CREMERJ e organizações de mulheres, referindo-se à ideia de um novo CREMERJ apresentada pelos membros do conselho presentes na audiência: “Existe uma frase que a gente

usa muito no movimento que é 'nada sobre nós sem nós'. Querem falar sobre como as mulheres vivenciam o parto? Chamem as mulheres. Querem falar sobre como as mulheres se relacionam sobre o aborto? Chamem as mulheres". Neste sentido, apresentou a necessidade de refletir por que existe desconforto com relação a esse tema, sugerindo que "os desconfortos acontecem porque as mulheres mudaram, o movimento pela humanização só cresce porque as mulheres mudaram, são as mulheres que não querem ser atendidas assim, o que vocês vão fazer com relação a isso?"

Neste cenário de mudanças, apontou como a Associação de Doulas tem atuação voltada à educação, com a realização de 40 rodas de gestante gratuitas por mês em diferentes municípios, e firmou: "nós não vamos parar de informar as mulheres sobre os seus direitos, isso não vai acontecer, nem devemos, faz parte, inclusive, da nossa profissão".

Reiterou ainda que o CREMERJ dialogue com as outras profissões envolvidas: "querem falar sobre doulas, chamem as doulas, querem falar sobre enfermagem obstétrica, chamem as enfermeiras". Demonstrando acreditar "se todas essas entidades e todas essas áreas que compõe a assistência multidisciplinar à mulher sentassem mesmo para discutir a mudança do cenário, era muito mais fácil que esse cenário alterasse". E evidenciando o conflito existente entre os campos profissionais envolvidos, continuou: "Que não ficasse médico brigando pela melhoria da sua condição, achando que sua condição é ruim porque tem enfermeira obstétrica. Enfermeira obstétrica achando que sua condição é ruim porque agora mulher entra com doula. Quem perde? Todo mundo. E perdem as mulheres."

Apontando no sentido da mudança, indicou: "algo que essa audiência pública pode trazer é que se ao colocar a centralidade da mulher, se basear a experiência da mulher nessa força como a força central que pode alterar cenário de parto, realidade obstétrica, mortalidade e, inclusive, condições de trabalho do parto, que se faça". E voltou-se ao Raphael Câmara afirmando que nenhuma doula ou enfermeira obstétrica é contra cirurgia cesariana: "nenhuma, nenhuma, essa pessoa não existe, isso é um mito, nós queremos cesáreas bem indicadas, inclusive, autonomia e protagonismo servem para aquela mulher que diz assim 'eu não quero ter parto normal, eu quero fazer cesárea'". Lembrando que o Plano de Parto também deve ser feito por gestantes que desejam cesarianas.

Na sequência, apresentou ao debate: “nenhum médico obstetra vai ser desobrigado a fazer cesárea, não tem nenhuma legislação, não tem nada que a gente escreva que diga ‘médicos que só querem fazer cesarianas deixaram de fazer cesarianas’ porque as doulas não querem ou porque as enfermeiras”. Mas, existem mulheres que querem ter parto normal e este direito é negado: “isso é o que vocês têm que discutir, o que acontece com as mulheres que querem ter parto normal e não conseguem”. Demonstrando preocupação central com a falta de autonomia vivenciada pelas mulheres que não são atendidas em suas escolhas, afirmando o fato de necessitarem de profissionais qualificados, atenção humanizada e multiprofissional.

Encerrou sua fala agradecendo a oportunidade do debate proporcionado pela audiência e apontando como desejo “outras oportunidades de fazer diferente entre nós e a favor da vida, da autonomia, do protagonismo das mulheres nessa história”.

O dep. Carlos Minc encerrou a sessão afirmando que para manter o protagonismo das mulheres não daria a última palavra. A audiência teve duração de duas horas e quarenta minutos.

III.4. Percepções sobre a arena de debates

Ao longo da pesquisa bibliográfica e do levantamento de legislações estaduais e federais relacionadas aos direitos das mulheres gestantes, muitos conflitos vieram à tona. Para melhor leitura do cenário observado buscou-se identificar desde o princípio quais os atores envolvidos nos eventos de disputa, entre personagens e instituições, ao que se evidenciou o protagonismo de associações e conselhos de profissionais da enfermagem e da medicina, associações de doulas, movimentos sociais, ONGs e redes organizadas pelos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, grupos de pressão e interesse, que atuam no sentido de pressionarem os poderes legislativos e executivos na formulação de regras.

Da mesma forma, compõem este cenário as instituições públicas atuantes na regulamentação da atuação dos profissionais na assistência ao parto, na definição dos direitos das mulheres gestantes e criação e regulação de políticas públicas, entre elas câmaras municipais, assembleias estaduais, congresso nacional,

secretarias municipais e estaduais de saúde, ministério da saúde, agências reguladoras de saúde e, novamente, os conselhos de classes, dotados de poder normativo. Muitos dos conflitos relacionados às normas e políticas públicas instituídas foram transformados em disputas judiciais, inserindo mais atores nesse cenário, ou seja, defensorias públicas estaduais e da União, ministérios públicos estaduais, MPF e Tribunais de Justiça.

As controvérsias acerca da Resolução nº 293/2019 do CREMERJ compõem um desses exemplos. Acompanhar a audiência pública da comissão do CUMPRA-SE da ALERJ, que debateu as prerrogativas da Lei estadual de Humanização do Parto (Lei nº 7.191/2016) e da Resolução nº 293/2019 do CREMERJ, permitiu à pesquisa analisar os posicionamentos expostos em mesa de discussão por parte dos órgãos e organizações envolvidos neste conflito.

Como observado, o CUMPRA-SE convocou a audiência a pedido da ADoulasRJ, sob a preocupação da resolução do CREMERJ desrespeitar a lei estadual que garante às gestantes o direito ao Plano de Parto entre suas convenções. Entre os posicionamentos apresentados pelos presentes foi possível testemunhar defesas à resolução, críticas e abstenções. As defesas do texto foram realizadas apenas pelos membros do próprio Conselho. As abstenções em relação à legitimidade da resolução partiram dos seguintes órgãos representados na audiência: 1) Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, o representante preferiu não opinar; 2) MPF, sob a justificativa que o instrumento administrativo instaurado ainda não havia sido instruído, aguardando informações das partes; e a 3) Sociedade de Obstetrícia do Estado do Rio de Janeiro, o vice-presidente se posicionou contrário ao fato de legislar-se sobre o tema, não fazendo defesas nem à lei nem à resolução. Já as críticas mais contundentes à normativa publicada pelo CREMERJ partiram de representantes da Defensoria Pública da União, Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, ADoulasRJ, ABENFO, ONG *Human Rights in Childbirth*, Comitê Estadual de Morte Materna e Perinatal, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, e da própria comissão do CUMPRA-SE.

Analisando os discursos e argumentações utilizadas para fundamentação dos pontos de vista adotados é possível identificar uma disputa que se deu com muitas menções a dois conceitos: autonomia do médico e autonomia da mulher. O conflito

evidenciado polarizou-se nos discursos que se diferenciavam a partir das preocupações chave que reivindicavam. Ou seja, junto aos que criticavam a resolução do CREMERJ, a preocupação principal dava-se pela necessidade de garantia dos direitos e autonomia das mulheres. Junto aos que defendiam a resolução em debate, a preocupação principal demandava a autonomia dos médicos e a garantia do ato médico.

Vale destacar que as médicas que estavam no evento representando a Secretaria Municipal do Rio de Janeiro e o Comitê Estadual de Morte Materna e Perinatal, com experiências profissionais voltadas aos princípios do movimento pela humanização do parto, também são associadas ao CREMERJ. Diferentemente dos conselheiros e membros da diretoria do Conselho presentes na audiência, elas discursaram a partir da preocupação com a garantia dos direitos das mulheres, questionando práticas médicas consideradas problemáticas para a assistência ao ciclo gravídico, o que, mais uma vez, aponta as controvérsias dentro do campo médico com relação à assistência à mulher gestante. Onde se observa a existência de modelos de parto considerados concorrentes, o modelo de humanização do parto e o modelo tecnocrático (MENDONCA, 2015).

Nas falas durante a sessão da audiência, praticamente, todos cobraram mais diálogo entre as organizações presentes, cada um partindo de suas particularidades. Os membros do CREMERJ cobraram diálogo dos representantes do legislativo com o conselho ao elaborarem leis que envolvam o ato médico. Doulas cobraram diálogo do CREMERJ sobre o trabalho das doulas, antes de as criticarem publicamente, a partir de desinformações. Defensores Públicos cobraram maior diálogo dos profissionais de saúde com as mulheres por eles assistidas, levantando um debate sobre funções e ética dos servidores públicos. Cobrança também realizada por médicas em cargos de gestão do estado e município do Rio de Janeiro, assim como, por representantes das associações de enfermagem e de doulas.

Há conciliação possível em uma controvérsia envolvendo autonomia do médico e autonomia da mulher?

O resultado da judicialização do conflito relacionado à Resolução nº 293/2019 do CREMERJ foi a decisão judicial pela anulação da normativa em dezembro de 2019. A ação civil pública nº 5061750-79.2019.4.02.5101/RJ foi ajuizada pelo MPF e DPU, tendo como réu o CREMERJ, com pedido de anulação integral e imediata da

Resolução em questão, o que foi acatado pela sentença do juiz federal João Augusto Carneiro Araújo da 12ª Vara Federal do Rio de Janeiro. Em sua fundamentação, argumentou:

Para a citada Resolução, a autonomia da gestante em relação ao seu corpo e ao seu parto restringe-se às "medidas sugeridas pela paciente no que se refere à ambiência, autorização para participação como espectador do parto, dentre outras que não se relacionem com a prática do ato médico". Todavia, a prática do ato médico não pode resultar na redução da gestante à qualidade de mera expectadora do procedimento a que estará submetida, abstraindo-lhe a qualidade de sujeito de direitos plenamente capaz que lhe é inerente. De modo algum o papel da gestante pode se resumir a "sugerir" a ambiência e a indicação de participante na hora de seu parto. A redação dos dispositivos da Resolução foi indevidamente abrangente, autorizando a conclusão de que os médicos estão proibidos de assinar todo e qualquer plano de parto (BRASIL, 2019).

Demonstrando-se não estar alheio às reclamações do CREMERJ a respeito de Planos de Parto realizados indevidamente e sem acompanhamento de profissionais da saúde, a sentença sugeriu que ao Conselho caberia:

(...) regulamentar e dispor sobre o conteúdo do plano de parto, mediante um debate público aberto, com a participação da comunidade médica e da sociedade civil, assegurando a autonomia da mulher e a liberdade profissional, observada sempre a atuação médica em caso de risco de vida à mãe e ao nascituro, aliás, como foi feito pela Lei Estadual nº 7.191/2016. Contudo, tal não ocorreu, tendo o requerido editado uma Resolução demasiadamente restritiva, violando a autonomia das mulheres gestantes ao vedar, na prática, a subscrição pelo médico do plano de parto (BRASIL, 2019).

O debate envolvendo autonomia dos profissionais de medicina e autonomia das mulheres por eles assistidas levanta o seguinte questionamento: a mulher gestante na condição de paciente tem o direito de recusar determinados tratamentos ou procedimentos?

O Conselho Federal de Medicina (CFM) em setembro de 2019 publicou a Resolução nº 2.232/2019 que "estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente". O artigo 2º da normativa assegura "ao paciente maior de idade, capaz, lúcido, orientado e consciente, no momento da decisão, o direito de recusa à terapêutica proposta em tratamento eletivo, de acordo com a legislação vigente" (CFM, 2019).

Porém, alguns artigos desta resolução também foram alvos de ação civil pública, movida pelo MPF, por incluírem mulheres gestantes na lista de exceções dos pacientes que podem recusar tratamentos. A judicialização de conflitos originados a partir de normativas publicadas pelo CFM e dos conselhos regionais de medicina, relacionados à assistência ao parto, tem sido recorrente nas últimas décadas, já observados alguns casos nos capítulos anteriores. Em dezembro de 2019 a decisão judicial da 8ª Vara Cível Federal de São Paulo acatou o pedido do MPF suspendendo trechos da Resolução nº 2.232/2019 do CFM.

Já o artigo 5º da normativa determina que a recusa terapêutica não deve ser aceita pelo médico quando caracterizar abuso de direito, e define abuso de direito da seguinte forma: I - a recusa terapêutica que coloque em risco a saúde de terceiros; II - a recusa terapêutica ao tratamento de doença transmissível ou de qualquer outra condição semelhante que exponha a população a risco de contaminação. Foi suspenso pela decisão judicial o parágrafo 2º desse artigo que determinava: “a recusa terapêutica manifestada por gestante deve ser analisada na perspectiva do binômio mãe/feto, podendo o ato de vontade da mãe caracterizar abuso de direito dela em relação ao feto” (CFM, 2019). Além deste, foram suspensos pela decisão judicial trechos dos artigos 6º e 10º também relacionados à assistência ao parto.

Desta forma, o entendimento das decisões judiciais, atualmente, sugere que as normas garantem à mulher gestante a recusa de tratamentos ou procedimentos médicos nas condições dispostas pelas legislações, ou seja, sugere a autonomia da parturiente enquanto maior de idade, capaz, lúcida, orientada e consciente, no momento da decisão.

Sobre o debate proporcionado pela audiência do CUMPRA-SE muitos assuntos surgiram rodeando os termos de autonomia da mulher e autonomia do médico. A exigência das mulheres presentes por autonomia foi explicada como resultado de mudanças sociais, mudanças na ciência, mudanças na medicina.

Longe de ser uma transformação homogênea gera reações dos campos mais conservadores. Pode não ser a eles compreensível olhar para uma mulher e enxergá-la enquanto ente de direitos com voz ativa, partindo de um histórico de relações desiguais, alas mais conservadoras lutam para não incorporar determinadas transformações de mentalidade relacionadas aos direitos das mulheres e as decisões referentes a seus corpos. Para além da óbvia disputa de

campo, disputa por quais profissionais tem autoridade e técnica para realizar determinados procedimentos.

O que nos coloca em um debate na esfera dos direitos humanos, de pensar as consequências das relações de gênero, cor, classe e demais disparidades sociais. O que vai além de possíveis processos judiciais entre médicos e pacientes, inclusive, apontados pela bibliografia como subnotificados.

Mulheres se sentem violentadas durante assistência recebida nos serviços de saúde, públicos ou privados, um fenômeno que aponta à necessidade de que os profissionais da saúde ao atendê-las devem ter como objetivo básico não causar sofrimento às mulheres, que estas sejam devidamente acolhidas e tratadas com dignidade. Transformações culturais e as pressões dos grupos organizados têm demandado mudanças nos protocolos, normas e práticas, mudanças nos ensinamentos profissionais, nas condições profissionais, a partir do entendimento que as mulheres precisam estar seguras em uma unidade de saúde.

Neste capítulo tratamos de buscar entender os discursos e disputas com relação a autonomia das mulheres e seus direitos. Tivemos acesso a uma arena de debates onde mulheres organizadas apontavam suas demandas, demandas estas feitas diretamente à classe médica, neste caso específico, à classe médica do estado do Rio de Janeiro, mas que vimos se tratar de questões que ultrapassam esse tipo de fronteira geográfica.

No próximo capítulo vamos nos deparar com experiências de mulheres na assistência obstétrica que farão refletir sobre estrutura e gestão em saúde, formação e prática profissional, a partir de investigações de uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) realizada pela ALERJ sobre casos de óbitos neonatais.

CAPÍTULO IV

CPI DO HOSPITAL DA MULHER DE CABO FRIO (RJ): MORTALIDADE NEONATAL E ASSISTÊNCIA À GESTANTE

IV.1 Inserção na CPI do Hospital da Mulher

Este capítulo apresenta os resultados do acompanhamento de campo realizado a partir dos trabalhos da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) do Hospital da Mulher, no município de Cabo Frio, localizado na Região dos Lagos, no estado do Rio de Janeiro, que foi instaurada em março de 2019 e concluída em outubro do mesmo ano. Em linhas gerais, a comissão teve como objetivo a investigação de óbitos de nascituros e recém-nascidos no referido hospital, distante poucas horas da capital.

Primeiramente, vale expor que foi a parte mais difícil do trabalho de pesquisa em campo, assim como, este foi o capítulo mais difícil de ser escrito. Os relatos das mulheres e seus familiares sobre o tratamento recebido expõem seus lutos adicionados a dúvidas e revoltas pelo desfecho dos partos. Muito deste capítulo é sobre luto e violência obstétrica.

Foram as revoltas de mulheres e seus familiares em manifestações realizadas em frente à unidade de saúde que fizeram com que os casos ganhassem visibilidade e fossem levados à investigação por deputadas da ALERJ, assim como na DEAM/Cabo Frio. Mais uma vez, vê-se a mobilização de mulheres incidindo sobre o cenário da política pública de saúde, bem como sobre a condução da política, sob a pauta da necessidade de uma assistência segura ao parto.

À época, acompanhava enquanto pesquisadora, outras ações na ALERJ relacionadas aos direitos das mulheres gestantes, como as votações de projetos de lei e audiências, observadas no capítulo anterior. Quando a CPI do Hospital da Mulher de Cabo Frio foi instaurada despontou como um cenário importante de análise, tratando-se de uma investigação com envolvimento de muitos atores anteriormente identificados como parte das movimentações e disputas acerca da humanização do parto, entre eles, Conselhos de Medicina e Enfermagem,

Associação de Doulas, Defensoria Pública, Ministério Público, DEAM, Poder Executivo e Legislativo das esferas municipais, estaduais e federais, e mulheres usuárias do SUS. A CPI foi uma oportunidade de perceber como esses atores (e seus interesses manifestos) se movem nessa arena. Inserir os acontecimentos decorrentes da CPI no escopo da pesquisa mostrou-se como mais uma possibilidade de melhor enxergar a complexidade desse campo.

Embora o recorte da pesquisa ter optado por não fazer o levantamento das legislações municipais relacionadas à saúde da mulher, da mesma forma como realizado das esferas estaduais e federal, devido ao grande número de municípios no país. A CPI, apesar de ter como objeto um hospital municipal, ocorreu na ALERJ, mobilizando instituições e o arcabouço normativo estadual e federal observados no segundo capítulo desta tese, por este motivo decidiu-se por compreender suas atividades.

Pude acompanhar, presencialmente e por transmissões *online*, reuniões da CPI, oitivas e audiências públicas realizadas tanto na ALERJ, como no município de Cabo Frio. Durante o período, me deslocava para as ações da CPI do município onde morava, Rio das Ostras, vizinho a Cabo Frio, com destino ao Rio de Janeiro ou Cabo Frio. As atividades ocorriam por aproximadamente duas horas, em geral, sob um clima de luto, por se tratar de uma investigação ligada a mortes fetais ou neonatais, principalmente, quando havia presença de mães e familiares.

A seguir serão apresentadas as motivações para a abertura da CPI, sua composição, características das reuniões, processo de investigação, material colhido pela investigação, resultados, recomendações e a análise do processo observado.

IV.2 Antecedentes

No final do ano de 2018 e início de 2019 as mídias locais da Região dos Lagos do estado do Rio de Janeiro pautaram o aumento de mortes neonatais no Hospital da Mulher de Cabo Frio, a principal cidade da região. As reportagens foram mobilizadas a partir de denúncias e manifestações de familiares e gestantes após atendimentos na maternidade, apontando casos de morte fetal ou neonatal. No mês de janeiro de 2019 foram registrados 10 óbitos de nascituros (ou recém-nascidos)

em um cenário de 155 partos⁵⁶. Contabilizando os meses de janeiro, fevereiro, março e abril foram registrados 17 óbitos (RIO DE JANEIRO, 2019, p.26).

Iniciada a nova legislatura na ALERJ no mesmo ano, a dep. Renata Souza (PSOL) entrou com o Requerimento nº 05 de 04 de fevereiro de 2019, com objetivo de instauração de Comissão Parlamentar de Inquérito CPI para investigar os óbitos na unidade de saúde de Cabo Frio, a partir dos encaminhamentos realizados pelo Setorial de Mulheres⁵⁷ do partido no município, que acompanhou as denúncias realizadas pelas famílias.

A CPI foi constituída a partir do Requerimento nº 05/2019, gerando a Resolução nº 05/2019, publicada no Diário Oficial de 05 de fevereiro de 2019, iniciando os trabalhos em 21 de março de 2019 quando ocorreu primeira reunião pública, sob a presidência da Dep. Renata Souza (PSOL), vice-presidência da dep. Marta Rocha (PDT) e relatoria da dep. Enfermeira Rejane (PCdoB). Formaram ainda a comissão os deputados Renan Ferreirinha (PSB), Sub Tenente Bernardo (PROS), Max Lemos (MDB), e Doutor Serginho (PSL). Como suplente os deputados Flávio Serafini (PSOL) e Dani Monteiro (PSOL). A CPI reuniu-se semanalmente para as oitivas das testemunhas convocadas e análise dos documentos durante aproximadamente oito meses. Acompanhei todo o processo, a maior parte de forma presencial, quando não era possível acompanhava a transmissão *online* pelo canal do *Youtube* da TV ALERJ⁵⁸, onde o material permanece com acesso disponível.

Após o requerimento de CPI na ALERJ, a Câmara de Vereadores do município de Cabo Frio também instaurou CPI com os mesmos fins (Requerimento nº 06/2019), que ocorreu paralelamente à CPI da ALERJ e sob a orientação de troca de informações entre as duas comissões. A primeira reunião aberta da CPI da

⁵⁶ Para efeito de comparação a o Relatório Final da CPI traz os seguintes dados: “Apenas para se ter uma ideia da gravidade dos fatos, tomaremos de empréstimo as taxas nacionais em comparação aos dados de óbitos observados no mês de janeiro no Hospital da Mulher. Cabe esclarecer, antes de proceder tal comparação, que se trata apenas de um exemplo. Para efeito da taxa de mortalidade infantil, o número de óbitos está relacionado a mil nascidos vivos em cada região, o que se aplicaria em um universo populacional mais amplo, no qual o HMCF estaria inserido. Procederemos, apenas, um exercício de comparação. O total de 10 óbitos dentre os 155 partos realizados no HMCF resulta em um percentual de aproximadamente **6,45%** de óbitos de nascituros e recém-nascidos em janeiro. A taxa nacional foi, em 2018, 3,28 óbitos a cada mil nascidos vivos, o que, percentualmente, significaria **0,328%** sobre cem nascidos vivos. Neste sentido, é possível deduzir que o índice de mortalidade no mês de janeiro, no Hospital da Mulher de Cabo Frio, foi mais de 19 vezes maior do que a taxa nacional observada em 2018” (RIO DE JANEIRO, 2019, p. 26).

⁵⁷ Espaço de organização das mulheres no partido do PSOL.

⁵⁸ <https://www.youtube.com/c/TVALERJCanal>

Câmara de Vereadores de Cabo Frio ocorreu dia 20 de março de 2019, com a presença de mulheres denunciantes e seus familiares.

IV.3 Sobre as reuniões da CPI da ALERJ

As duas primeiras reuniões ocorreram nas últimas semanas de março com a finalidade de instalação da CPI, onde foram votados os membros da comissão e estabelecidas definições relativas ao plano de trabalho. Já durante os meses de abril, maio, junho e agosto as reuniões tiveram o objetivo de ouvir testemunhas. A maioria das oitavas ocorreu em uma sala de reuniões da ALERJ. Durante os últimos meses foram reuniões de deliberações e debates sobre perícia de documentos, prazos e relatório final.

A sala onde ocorreram as reuniões é composta por uma grande mesa oval onde se acomodavam as pessoas convocadas a testemunhar e parte dos deputados e público presente. À cabeceira desta mesa, uma mesa retangular menor disposta um nível acima das demais é destinada à presidência da Comissão, no caso, à dep. Renata Souza (PSOL). À sua direita e esquerda mais dois acentos, onde se acomodavam a vice presidenta e a relatora da CPI.

A cada reunião, a presidenta da comissão iniciava a sessão informando hora e data, nomeando os deputados presentes, apresentando os objetivos da reunião e, quando necessário, abria as demandas para aprovação dos membros da comissão. Em seguida, o microfone era direcionado aos demais deputados. No geral, as deputadas Marta Rocha (PDT) e Enfermeira Rejane (PCdoB) participaram mais ativamente dos debates com propostas e colocações, em comparação aos demais membros da comissão.

As sessões foram transmitidas pela TV ALERJ, algumas filmadas também por outros veículos de imprensa do estado do Rio de Janeiro, geralmente os cinegrafistas eram as pessoas em pé na sala, juntamente às assessoras e assessores que se mantinham próximos à cadeira destinada à presidência da comissão.

Durante as ações da CPI foi possível identificar algumas mulheres por estarem presentes em eventos anteriores, como a audiência em comemoração ao

Dia da Doula, votação de projeto de lei, e a audiência do CUMPRA-SE, motivada pela publicação de um parecer do CREMERJ contra o Plano de Parto. Evidencia-se assim, uma rede de mulheres atuante no cenário, que passaram a frequentar os espaços de deliberação, como é o caso de mulheres membros das ADOULASRJ, ABENFO, membros de grupos de pesquisa da FIOCRUZ, defensoras públicas, entre outras.

IV.4 Sobre a investigação

A investigação foi realizada a partir de algumas frentes. Ocorreram oitivas com o objetivo de coletar depoimentos que pudessem munir os parlamentares de informações sobre os fatos investigados, assim como, a análise de documentos da unidade de saúde investigada. Outros documentos foram encaminhados a partir da contribuição de diversos órgãos e instituições que compartilharam dados, relatórios e depoimentos com a CPI, como é o caso da DEAM/Cabo Frio, OAB/Subseção de Cabo Frio, Câmara Municipal de Cabo Frio, CREMERJ, COREN, MPRJ, Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro e Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro.

Ainda foi realizada uma visita técnica à unidade de saúde para melhor compreensão do cenário observado, onde os parlamentares se dirigiram ao município de Cabo Frio e tiveram acesso às instalações do HMCF. No mesmo município a comissão efetuou uma audiência pública, com o objetivo de levar informações, como também de ouvir contribuições e relatos da população em geral. Posteriormente, realizou outra audiência pública, porém nas dependências da ALERJ, na capital do estado, evocando o tema da Violência Obstétrica.

As informações coletadas nessas diferentes frentes foram utilizadas para chegar às conclusões e encaminhamentos da CPI, como é possível observar no Relatório Final e serão apresentadas nos tópicos a seguir.

IV.4.1. Visita técnica da CPI ao Hospital da Mulher de Cabo Frio

Um dos primeiros atos da CPI foi a visita técnica ao HMCF no dia 01 de abril de 2019. Estiveram presentes, representando a comissão, a dep. Renata Souza, o dep. Dr. Serginho e o dep. Subtenente Bernardo. O relatório final da CPI apresenta as impressões dos parlamentares em visita à unidade indicando “um cenário de atendimento deficiente”, impressões estas que também costumavam ser citadas em momentos de oitivas e audiências públicas pelos parlamentares (RIO DE JANEIRO, 2019, p.45).

Entre os registros consta a inoperância do elevador, o que ocasionava o deslocamento de mulheres gestantes pelas rampas e escadas da unidade, independentemente de suas condições clínicas, já que as enfermarias, o centro cirúrgico e a sala de pré-parto estão localizadas no segundo andar. Outro ponto observado, relacionado à estrutura do prédio, refere-se a leitos improvisados no auditório da unidade. Assim como, aos números de leitos disponíveis para a Unidade Intermediária Neonatal, no caso existiam quatro leitos, que de acordo com os levantamentos da CPI, seriam insuficientes. A relatora aponta que no local foram identificadas 10 saídas de oxigênio, o que poderia indicar que houve a redução no número de leitos (RIO DE JANEIRO, 2019, p.40-41).

Além deste fato, os parlamentares destacaram a “morosidade no atendimento às parturientes ao longo da visita, encontrando mulheres aguardando por mais de quatro horas” (RIO DE JANEIRO, 2019, p.46).

Os pontos identificados ao longo da visita à unidade foram apresentados durante as oitivas, principalmente, aos diretores da unidade, em busca de elementos sobre suas responsabilidades com relação às condições físicas da unidade.

IV. 4.2. Sobre a Interdição Ética do CREMERJ ao HMCF

Durante o processo de denúncias e investigações, o CREMERJ também realizou vistoria no HMCF. A visita técnica na data de 17 de abril de 2019 culminou, um mês depois, na interdição ética do trabalho médico na unidade, prevista pela Resolução CFM nº 2062 de 29/11/2013, que dispõe sobre a interdição do exercício ético-profissional do trabalho dos médicos em unidades de saúde que não apresentarem as condições exigidas como mínimas na Resolução CFM nº 2.056/13

e demais legislações (CFM, 2013). Desta maneira, a interdição ética impede a atuação dos médicos em estabelecimentos que não ofereçam condições de trabalho aos profissionais e representem risco à saúde e vida dos pacientes. Nestes termos, o CREMERJ não tem o poder de fechar o hospital, mas de interditar a atuação dos médicos na unidade.

Além das irregularidades identificadas anteriormente na visita técnica realizada pela CPI, o CREMERJ pontuou que: 1) a Unidade Intermediária Neonatal (UIN) “não possuía corpo técnico próprio, não havendo médico especialista em pediatria e neonatologia, médicos plantonistas, nem responsável técnico”; 2) apenas um pediatra plantonista aos finais de semana para toda a unidade; 3) desatualização do quantitativo de leitos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) em relação aos que estavam em funcionamento; 4) uma das três salas do centro cirúrgico encontrava-se inoperante, em decorrência de infiltrações; 5) ausência de leito próprio para a recuperação pós-anestésica; 6) falhas no fluxo de materiais na Central de Materiais e Esterilização (CME), com "fluxo cruzado" de materiais limpos e contaminados, indicativo para risco de infecção; 7) inexistência de testes químicos e biológicos no CME, para aferição da eficácia de procedimentos de esterilização; 8) ausência de laboratórios, resultando em demora de diagnósticos; 9) demora em casos de necessidade de transfusão; 10) ultrassonografia terceirizada realizada em unidade básica localizada no prédio anexo ao Hospital; 11) aparelho de cardiotocografia inoperante, utilizado para a avaliação sobre sofrimento fetal; 12) desorganização dos prontuários e ausência das evoluções nos mesmos; 13) não há espaço entre os leitos para acomodar adequadamente um acompanhante por paciente e inexistem cortinas ou qualquer elemento que permita à paciente um pouco de privacidade; 14) ventilação inadequada, o que leva as pacientes a levarem ventiladores; 15) inexistência de incubadora de transporte; 16) ausência de avisos em locais visíveis sobre o direito da gestante e parturiente ao acompanhamento no pré-parto, parto e pós-parto; 17) falta de materiais para a higienização das mãos; 18) falta de colírio de nitrato de prata; 19) inexistência de desfibrilador; 20) falta de alguns fios cirúrgicos; 21) falta de luvas estéreis; 22) roupa insuficiente; 23) inexistência de farmacêutico plantonista; 24) existência de fungos por toda a unidade; 25) ausência de Comissão de Revisão de Óbito, Comissão de Morbimortalidade Materno-Infantil, Comissão de Controle de Infecção em Serviço de

Saúde -CISS e Comissão de Ética Médica; 26) ausência de registro de Diretor Técnico.

Este cenário foi apresentado ao Plenário do CREMERJ que decidiu pela interdição ética a partir de 17 de maio de 2019, tendo sido retirada uma semana depois, em 23 de maio de 2019, após nova visita técnica. Conforme publicado no site do CREMERJ, a prefeitura teria cumprido com as principais exigências realizadas pela entidade (CREMERJ, 2019), apesar de não ter especificado quais seriam essas principais exigências.

IV.4.3. Depoimentos e oitivas analisados pela CPI da ALERJ

As oitivas realizadas pela CPI receberam na ALERJ representantes de instituições que de alguma forma pudessem trazer informações sobre os casos específicos investigados e a situação geral administrativa do Hospital da Mulher de Cabo Frio, da saúde do município e do estado. Como é possível perceber no quadro abaixo, as mulheres envolvidas nos casos de óbitos fetal e neonatais investigados não foram ouvidas, apesar do convite da CPI e datas disponibilizadas para esses depoimentos.

As razões para isso não ficaram evidentes durante a pesquisa. No relatório final da CPI consta a reserva da data de 10/06/19 destinada a ouvir as famílias das vítimas dos óbitos, onde a ausência é justificada por motivo de chuvas no estado. Neste dia, eu estava presente na reunião. Diante à ausência dos depoentes esperados para o dia, os membros da CPI levantaram possíveis motivações para o não comparecimento, desde o luto e desmotivação por terem que repetir as histórias, visto que já haviam prestado depoimento à DEAM. E até mesmo a preocupação com o uso político das declarações, questões que ficaram no campo das suposições. Os membros debateram alternativas para que pudessem facilitar os depoimentos para as mulheres e seus familiares, como a realização das oitivas no município de Cabo Frio. Fato é que essas oitivas com as mulheres e seus familiares não ocorreram e a CPI utilizou as informações dos depoimentos colhidos pela DEAM/Cabo Frio, que compartilhou com a CPI os documentos e evidências sobre as investigações em curso.

Quadro 9: Oitivas da CPI do Hospital da Mulher

| Órgão / Instituição | Nome do depoente/cargo | Data | Pontos abordados |
|--|--|----------|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Hospital da Mulher de Cabo Frio (HMCF) | <ul style="list-style-type: none"> Paul Herbert Dreyer Neto – Diretor Clínico Lívia Natividade – Diretora Administrativa | 02/04/19 | <ul style="list-style-type: none"> Problemas estruturais e materiais do Hospital da Mulher de Cabo Frio Inexistência de Reunião de Transição da Direção do HMCF/ Precariedade no processo de transferência administrativa Hipótese dos depoentes para os óbitos, a partir de questionamento da presidência da CPI: Mulheres com patologias associadas à gravidez não tratadas no Pré-Natal / Assistência Primária Obstáculos à presença de acompanhante junto às parturientes Nomeações dos cônjuges Paul Herbert e Lívia Natividade para os cargos de Diretor Geral e Diretora Administrativa do HMCF / Nepotismo / Improbidade Administrativa Mecanismos adotados para acompanhar as mortes / Comissão de Revisão de Óbitos ineficiente/inexistente Desconhecimento por parte dos gestores dos Dados orçamentários do HMCF Processos de Compra / Licitação / Desabastecimento Dificuldades no preenchimento dos quadros profissionais / Desvio de função de servidores - Profissionais de serviços gerais atuando como maqueiros; Enfermeira como Doula Falta de autonomia administrativa e orçamentária do HMCF para efetivar comprar e contratações Obstáculos para entrega de cópias de prontuários Inexistência de programas de treinamento e capacitação dos funcionários |
| <ul style="list-style-type: none"> Secretaria Municipal de Saúde de Cabo Frio | <ul style="list-style-type: none"> Marcio Mureb – Secretário | 16/04/19 | <ul style="list-style-type: none"> Hipótese do depoente para os óbitos: Óbitos por deficiência no pré-natal Exoneração de Paul Herbert (Diretor Clínico do HMCF) e Lívia Natividade (Diretora Administrativa do HMCF) Dificuldades orçamentárias e de recursos humanos encontradas ao assumir a secretaria / Descontinuidade dos contratos / Morosidade nos processos licitatórios / Insuficiência orçamentária Ausência de conhecimento sobre medidas de suplementação orçamentária diante as deficiências estruturais encontradas ao assumir o cargo Ausência de Plano de Ação para enfrentar os óbitos no HMCF e denúncias de irregularidades / Ausência de auditoria ou fiscalização no HMCF / Justificativa do depoente: a ação do gestor não é periférica, mas global Falta de autonomia administrativa e orçamentária do HMCF para efetivar comprar e contratações Ausência de elaboração de plano de cargos e salários da área da saúde |
| <ul style="list-style-type: none"> HMCF | <ul style="list-style-type: none"> Paloma Silva de Carvalho – Coordenadora da Comissão de Controle de Infecções do HMCF | 16/04/19 | <ul style="list-style-type: none"> Contrato de trabalho renovado anualmente desde 2009 / Precariedade no vínculo de trabalho Controle de Infecção Hospitalar – foco na equipe de limpeza Deficiências para o desempenho da função – equipamentos de proteção individual; educação |

| | | | |
|--|--|----------|--|
| | | | <p>continuada; controle de vacina dos funcionários</p> <ul style="list-style-type: none"> • Profissionais de serviços gerais atuando como maqueiros • Infiltrações / Obras • Protocolo para tratamento do lixo hospitalar • Demandas do setor não atendidas pela administração |
| • HMCF | <ul style="list-style-type: none"> • Fernanda Póvoas dos Santos - Coordenadora de Enfermagem do HMCF e membro da Comissão de Óbitos do HMCF | 16/04/19 | <ul style="list-style-type: none"> • Reuniões da Comissão de Óbitos do HMCF a cada três meses – não houve reunião entre janeiro e março, quando ocorreram os 17 óbitos investigados pela CPI • Depoente sem hipóteses sobre possíveis causas das mortes, mas alerta para quantitativo de sífilis em gestantes • Educação continuada dos profissionais de enfermagem / Humanização |
| • HMCF | <ul style="list-style-type: none"> • Amanda Silva de Carvalho Araujo - Enfermeira do HMCF | 16/04/19 | <ul style="list-style-type: none"> • Estudo dos casos para compreender os motivos dos óbitos / Comissão de Revisão de Óbitos – pontuado quantitativo de casos de sífilis em gestantes • Pedido de ações preventivas feito à Saúde Coletiva e Estratégia Saúde da Família pela Comissão de Revisão de Óbitos • Recursos Humanos para atendimento às pacientes / Ausência de enfermeira 24h no pré-parto / Levantamento da necessidade de vinte e dois enfermeiros e aproximadamente trinta técnicos em enfermagem |
| • Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro | <ul style="list-style-type: none"> • Fernanda Fialho • Margareth Magalhães | 25/04/19 | Sem comentários. ⁵⁹ |
| • Tribunal de Contas do Estado do RJ | <ul style="list-style-type: none"> • André Cirne de Paula - Coordenadoria de Auditoria de Contas/ Núcleo de Planejamento e Saúde de Cabo Frio e Região • Renata Souza – Coordenadoria de Auditoria de Contas/ Núcleo de Planejamento e Saúde de Cabo Frio e Região | 30/04/19 | <ul style="list-style-type: none"> • Gestão político administrativa do município de Cabo Frio • Redução do conjunto global de receitas / diminuição nos gastos do município com saúde / Crise nos municípios / Dependência de royalties • Dificuldade do município na gestão de saúde mesmo antes da crise • Auditoria de planejamento em saúde – município sem setor de planejamento - estrutura precária / Auditoria dos contratos de saúde – contratos sem licitação, difícil acompanhamento / Município sem setor de regulação central, ambulatorial ou hospitalar |
| • Associação | <ul style="list-style-type: none"> • Lídia de Sá | 14/05/19 | <ul style="list-style-type: none"> • Violência Obstétrica / Desrespeito e violência contra pacientes / Impedimento da entrada de doulas / |

⁵⁹ Não acompanhei este dia de oitiva na ALERJ e não tive acesso às informações coletadas através de outras fontes.

| | | | |
|--|---|----------|---|
| de Doulas do Estado RJ | Barreto - Coordenadora da ADOULAS/RJ | | <p>Direito a acompanhante desrespeitado / Pacientes impossibilitadas de utilizar telefone no pré-parto e no centro cirúrgico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de denúncias das profissionais e pacientes – hipótese da depoente: medo de represálias • Desvio de função – enfermeira atuando como doula • Falta de Humanização do atendimento / Falta de investimento na qualificação dos servidores • Falta de acolhimento/preocupação com a questão emocional de uma pessoa passando por um luto / Puerpério com luto |
| <ul style="list-style-type: none"> • DEAM (Delegacia Especializada da Mulher) | <ul style="list-style-type: none"> • Bernardo de Oliveira Ferreira - Inspetor de Polícia Civil/ DEAM | 14/05/19 | <ul style="list-style-type: none"> • Inquéritos policiais • Oitivas das vítimas • Ausência de exame cadavérico nos corpos dos bebês por não terem sido considerados mortes violentas ou suspeitas pelos médicos que atestaram • Declarações de testemunhas ouvidas na DEAM relacionaram causas dos óbitos a problemas de saúde das gestantes e pré-natais deficientes • Depoente não apresentou hipóteses para os óbitos, aguardando o fim das investigações |
| <ul style="list-style-type: none"> • CREMERJ | <ul style="list-style-type: none"> • Rafaella Braga Leal Reis – Diretora de Fiscalização do CREMERJ | 21/05/19 | <ul style="list-style-type: none"> • Seis Inspeções do CREMERJ ao HMCF com notificações / Protocolo do CFM • Irregularidades encontradas não foram resolvidas – ausência de médico plantonista na UI neonatal, falta de equipamentos, falhas estruturais, pacientes alocadas em auditório com ausência de cobertas, roupa de cama, camisola (levavam de suas casas), sem permissão de acompanhantes, lactário sem geladeira, ausência de laboratório • Risco à vida de paciente / Risco ao ato médico / Interdição Ética |
| <ul style="list-style-type: none"> • CREMERJ | <ul style="list-style-type: none"> • Luís Guilherme Teixeira dos Santos – médico corregedor do CREMERJ | 21/05/19 | <ul style="list-style-type: none"> • Interdição Ética • Ausência de registro de Paul Herbert no CREMERJ como responsável técnico pelo HMCF / HMCF não tinha responsável técnico inscrito no CREMERJ • A Comissão de Revisão de Óbitos existia de forma não regular, sem registro no CREMERJ • CREMERJ não apresentou medidas disciplinares contra a direção do HMCF |
| <ul style="list-style-type: none"> • CREMERJ | <ul style="list-style-type: none"> • Lucas Laupman – Advogado Assessor do CREMERJ | 21/05/19 | <ul style="list-style-type: none"> • Interdição Ética no HMCF • Comissão de Revisão de Óbitos |
| <ul style="list-style-type: none"> • Defensoria Pública – RJ | <ul style="list-style-type: none"> • Thaísa Guerreiro – Defensora Pública • Alessandra Nascimento – Defensora Pública | 21/05/19 | <ul style="list-style-type: none"> • Encaminhamento à direção do HMCF de vinte e oito observações de irregularidades com base nas denúncias feitas à Defensoria Pública • Ação Civil Pública movida pelo MP/RJ • Funcionamento de unidades de tratamento improvisadas – Unidade de internação funcionava como UTI |
| <ul style="list-style-type: none"> • Comissão da | <ul style="list-style-type: none"> • Rebeca Servaes | 21/05/19 | <ul style="list-style-type: none"> • Interdição Ética no HMCF |

| | | | |
|--|---|----------|---|
| Mulher da OAB/RJ | – Advogada e Presidente da Comissão da OAB/RJ | | <ul style="list-style-type: none"> Investigações dos casos de óbitos |
| <ul style="list-style-type: none"> HMCF | <ul style="list-style-type: none"> Tânia Lydia Matozinho Lowen Pires – Diretora Geral | 31/05/19 | <ul style="list-style-type: none"> Relação com os diretos do HMCF Quantitativo de óbitos Comissão de Óbitos do HMCF sem credenciamento no CREMERJ Apontamentos da Comissão de Óbitos do HMCF para as causas das mortes: Doenças na gestação; Infecções urinárias de repetição graves; Má formação congênita; Gravidez prolongada; Prematuridades Extremas; Dificuldades de transferências das pacientes, falta de vagas em UTIs casadas (mãe e recém-nascido) na central de vagas. Direito a acompanhante Falta de profissional de enfermagem obstétrica Fechamento da Unidade Intermediária Neonatal por falta de profissional qualificado Adequações ao TAC (Termo de Ajuste de Conduas) do MPRJ ainda não realizadas: Climatização; Contratação de médicos para a UIN; Obras estruturais; Central de Esterilização de Materiais. Ausência de informações nos prontuários: não existia protocolo de preenchimento; O revisor de prontuário pediu adequações: Resumo de Alta, informações da Fisioterapia, Fonoaudiologia, Serviço Social e Nutrição. A Comissão de Óbito não achou que houvesse inconsistência de informação e registro dos prontuários Falta de protocolo de conduta diante às mortes Equipe estressada; Planejamento de curso de capacitação para a equipe em humanização, chamado: Cuidando de quem cuida Não concorda com o termo violência obstétrica |
| <ul style="list-style-type: none"> HMCF | <ul style="list-style-type: none"> Paul Herbert Dreyer Neto - Ex-Diretor | 04/06/19 | <ul style="list-style-type: none"> Atuação como diretor e, também, como médico na emergência às terças-feiras Ausência de inscrição de responsável técnico ao CREMERJ Interdição Ética Unidade de tratamento improvisada |
| <ul style="list-style-type: none"> Secretaria de Saúde de Estado de Saúde do RJ | <ul style="list-style-type: none"> Thaís Severino da Silva - Superintendente de Atenção Primária à Saúde | 14/08/19 | <ul style="list-style-type: none"> Taxa de mortalidade perinatal / Taxa de mortalidade infantil Afecções originadas no período perinatal / malformações congênitas e anomalias / sífilis congênita Pré-natal – Cabo Frio com um percentual de mulheres que fizeram sete ou mais consultas abaixo da média estadual e regional Nenhuma equipe de atenção básica do município realiza teste rápido de sífilis Planejamento de ações para a área da saúde Rede Cegonha Saúde da Mulher |
| <ul style="list-style-type: none"> Secretaria de | <ul style="list-style-type: none"> Adma dos Santos | 14/08/19 | <ul style="list-style-type: none"> Papel da vigilância sanitária |

| | | | |
|--|--|----------|---|
| Saúde de Estado de Saúde do RJ | Spasojevik – Superintendente de Vigilância Sanitária Epidemiológica | | <ul style="list-style-type: none"> • Inspeção e verificação do cumprimento das intimações lavradas • Recomendação de interdição do HMCF, mas medida não efetuada • Termo de ajuste de conduta |
| <ul style="list-style-type: none"> • Secretaria de Saúde de Estado de Saúde do RJ | <ul style="list-style-type: none"> • Anna Francine Gonçalo Rigato | 14/08/19 | <ul style="list-style-type: none"> • Atualização do plano de enfrentamento da sífilis • Protocolo de atendimento da toxoplasmose para gestantes e crianças • Capacitação para médicos e enfermeiras para atendimento de urgência e emergência no Hospital Albert Einstein em parceria com o Ministério da Saúde – dez vagas por estado por ano |

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados de campo e do Relatório Final da CPI do HMCF

Como observado, diversos pontos foram abordados durante as oitivas, com base na atuação e responsabilidades dos depoentes em relação ao Hospital da Mulher de Cabo Frio. Vale destacar os problemas de gestão evidenciados tanto nos depoimentos dos diretores do HMCF, quanto do secretário de saúde do município. Muitas das responsabilidades e funções dos cargos eram ignorados pelos depoentes, os quais imputavam a terceiros encargos próprios.

As hipóteses para os óbitos, destacadas nas falas dos depoentes, jogavam na assistência primária ou nas próprias mulheres as culpas pelos óbitos, por não realizarem um pré-natal de qualidade. Uma estratégia utilizada pelos diretores do HMCF, onde apostavam na responsabilidade da assistência primária tentando retirar as suas. Uma alternativa também empregada pelo secretário de saúde, que perde ainda mais o sentido, já que a assistência primária em saúde faz parte da administração da pasta da secretaria de saúde. Ao ser questionado sobre isto, em depoimento, respondeu que “a ação do gestor não é ter ação periférica, é ter ação global”, e esse argumento utilizava para a maioria dos questionamentos sobre sua falta de atuação em relação à realidade do HMCF ou da assistência primária, incluindo o pré-natal.

Um ponto que expõe a falta de planejamento na área da saúde que fica ainda mais evidente ao observar as considerações expostas nos depoimentos de representantes da secretaria de saúde do estado e do TCE. Por exemplo, um município onde argumentam possuir tantos casos de sífilis em gestantes e sífilis congênita, não possuía equipe da atenção básica que realizasse teste rápido de sífilis. Assim como, um município com o alegado percentual de consultas abaixo da média estadual e regional não possuía plano de ação baseado na ESF para melhoria deste cenário. Uma realidade que as auditorias do TCE/RJ revelam, o município não tinha o setor de planejamento em saúde, com muitos contratos sem licitação e a inexistência de setor de regulação central, ambulatorial ou hospitalar.

Já as oitivas dos diretores do HMCF chamam ainda mais atenção quando se tem acesso aos depoimentos das vítimas e seus familiares realizados à DEAM/Cabo Frio ou à OAB/Cabo Frio, pelas arbitrariedades na relação com as pacientes e seus acompanhantes. Tais questões serão ilustradas por casos destacados, com os quais o corpo do relatório final da CPI tomou forma e ganhou em densidade. Desse modo, para a consecução da seção, apresento depoimentos reunidos pela CPI, de modo que possam dar subsídio às discussões trazidas por essa tese.

A partir dos casos em destaque, baseados nos depoimentos coletados, é possível fazer uma articulação com os temas debatidos nos capítulos anteriores desta tese. Anteriormente, foi apresentado todo um arcabouço legislativo que indica direitos dos quais as mulheres gestantes deveriam estar imbuídas durante a assistência ao ciclo gravídico. Ao mesmo tempo, bibliografias abordadas nos capítulos anteriores e os debates acompanhados nas atividades da ALERJ, que precederam a CPI, já indicavam as violações as quais as mulheres são submetidas. Os relatos a seguir são capazes de trazer ainda mais materialidade a essas discussões.

O primeiro caso de óbito a despontar um conflito entre paciente, seus familiares e o HMCF foi do feto da gestante A.A.C.F, que depôs no dia 12 de fevereiro de 2019 na OAB/Cabo Frio, assim como seu companheiro, T.V.S.F. Em sua oitava informou onde realizou o pré-natal, sendo considerada gestante de risco seria agendada uma cirurgia cesariana na última consulta que teria, no dia 03 de janeiro. Porém, um ultrassom no dia 21/12/2018, em clínica particular, constatou ausência de batimentos cardíacos no bebê, com 32 semanas de gestação. O médico orientou que se dirigisse ao HMCF. Onde, de acordo com o depoimento, foi negado a presença do acompanhante da gestante. No dia seguinte, no horário de visita, às 15h seus familiares teriam constatado que nenhum exame havia sido feito e a paciente estava apenas com medicamento para hipertensão. Às 17h o companheiro da paciente voltou ao HMCF e, sem maiores explicações sobre os procedimentos a serem realizados, entendendo que deveria ter ocorrido uma cirurgia cesariana para retirada do feto sem vida, juntou-se a amigos e familiares em uma manifestação no HMCF. Momento em que teriam sido informados que deveriam aguardar até dia 26/12/2018 para mais informações.

Como apresentado nos depoimentos, um vídeo da manifestação foi divulgado nas redes sociais e o companheiro da gestante foi chamado para uma conversa com o diretor clínico do HMCF. Segundo o diálogo apresentado pelos depoentes, o diretor clínico informou que estava apenas “tapando um buraco no HMCF a pedido de seu amigo prefeito”, que não tinha necessidade de estar ali por ser aposentado do corpo de bombeiros e perguntou se o companheiro da paciente “tinha noção do que era administrar um hospital daquele porte” (2019, p.47).

Na análise da CPI com relação ao evento, “não é possível deduzir negligência, imprudência ou imperícia quanto ao descumprimento dos protocolos existentes”, porque na literatura médica consta que “no caso de óbito fetal não existe uma obrigatoriedade da realização de cesariana, que deve ser analisado pelo médico responsável”. Porém, ao se observar o elemento relação médico/paciente se concluiu que, considerando uma paciente e familiares enlutados e as falhas de acolhimento e de comunicação com relação aos protocolos de tratamento que seriam seguidos pelo HMCF, somados a previsão do código de ética médica que garante o direito da paciente em decidir sobre a terapêutica (salvo em caso de risco de morte iminente), este direito foi negado (2019, p.48).

Desta maneira, na conclusão da CPI sobre o evento houve “negligência com relação ao acolhimento humanizado da paciente, que permaneceu com um feto morto em seu interior sem ter acesso aos protocolos de serviço inerentes ao seu caso, em completo desamparo e sofrimento” (2019, p.49). Destacando, ainda, a atuação desrespeitosa do diretor clínico do HMCF em diálogo com o companheiro da paciente.

Para além das possíveis causas dos óbitos, vale salientar a relação dos profissionais do HMCF com as pacientes e seus acompanhantes em outros casos registrados em depoimentos na DEAM/Cabo Frio e OAB/Cabo Frio.

Na oitiva da parturiente L.R.G, realizada dia 18/03/2019 na DEAM/Cabo Frio, a depoente declarou ter se dirigido ao HMCF com contrações nos dias 16/02/19, 17/02/19 e 24/02/19, os médicos que a atenderam informaram que ainda não havia dilatação para o parto. Ocasões que a paciente afirmou ter informado que seu parto anterior não teve dilatação e, por isto, foi realizada uma cirurgia cesariana, informação desconsiderada pelos médicos. Retornou dia 26/02/19 às 19h30 e foi atendida dia 27/02/19 às 01h00, ainda sem dilatação. Informou que não sentia mais o bebê mexer, o médico realizou a ausculta e declarou não haver batimentos. Pediu que aguardasse até 12h00 para a realização de um ultrassom que verificaria o óbito. Mais tarde, segundo os relatos, outros médicos disseram que fariam uma cirurgia cesariana, pois em razão do tempo era o momento de retirar a criança, viva ou morta, quando foi constatado o falecimento do recém-nato (2019, p.51).

A parturiente enlutada retornou ao HMCF dia 18/03/19 para pedir o prontuário de seu atendimento, o que foi negado pela funcionária. Em seu depoimento, afirmou

que ao insistir o documento por ser seu direito, a funcionária foi à direção do HMCF e retornou informando o prazo de cinco dias para entrega. A parturiente teria pedido um documento informando que o prontuário seria entregue em outra data, junto à matrícula da funcionária, que informou não possuir matrícula. De acordo com o depoimento, a parturiente estava com o celular na mão e a funcionária teria gritado que estava sendo filmada e iria processá-la por isso. Na oitiva ainda foi informado que a parturiente nunca teve acesso aos exames realizados na unidade, nem acompanhamento após a morte do feto (2019, pp.52-53).

Sobre este caso é possível identificar evidências que se enquadram nas definições de violência obstétrica ao observarmos as legislações existentes (Quadro 3 e 5). Desde as possíveis negligências relacionadas aos atendimentos pré-parto, que podem ter culminado no falecimento do feto, até ao desrespeito e agressões no tratamento à paciente na ocasião de requisição do prontuário, que deve ser entregue imediatamente à solicitação. Esta questão da recusa ou dificuldades estabelecidas para entrega de prontuários já havia sido exposta no relatório feito pelo Conselho Municipal de Saúde de Cabo Frio em visita ao HMCF dia 22/01/19, onde os conselheiros presenciaram a espera de familiares que aguardavam a documentação de uma parturiente, cujo bebê havia falecido, e a recusa da diretora administrativa em entregar o prontuário (7 2019, p.54). Durante as oitivas do diretor clínico e da diretora administrativa foi negado que houvesse qualquer impedimento à entrega dos prontuários solicitados.

Nos demais depoimentos de parturientes e familiares coletados pela DEAM/Cabo Frio e OAB/Cabo Frio os relatos sobre à dificuldade de acesso aos prontuários e negativa do direito a acompanhante se repetem. Além destes pontos em comum entre as declarações, chama atenção alguns casos de desrespeitos e violências específicos sofridos por algumas parturientes durante ou após suas perdas.

O caso de L.V.M. ressalta falta de cuidado e uma comunicação falha ao ponto de ao final da situação relatada nem a parturiente, nem sua mãe que a acompanhou (apenas no momento do parto) sabiam se o feto havia nascido vivo ou morto, e qual o exato peso do feto. Isto, pois, segundo os depoimentos coletados na DEAM/Cabo Frio, dia 20/03/2019, L.V.M foi internada dia 06/03/2019, às 22h, com sangramento no sexto mês de gestação. Ficou no soro, sem acompanhante, recebeu visita da médica pela manhã, pediram que comprasse o medicamento Ultragestan, por não

haver no hospital. Depois só recebeu outra visita médica às 11h do dia seguinte, tendo acordado com muitas contrações e medicada com Buscopan. Fez ultrassom por volta de 13h30, tendo que descer a pé e esperar pelo exame, apesar da recomendação de repouso. Informaram no ultrassom que o bebê estava bem e pesava 600g. As dores aumentaram ao fim da tarde, quando teria pedido a presença de um médico às 17h. O médico teria chegado à porta do quarto às 22h e dito para darem calmante, por não tinha o que fazer. Não foi examinada. No relato apresentado no relatório final da CPI não consta o que ocorreu desde esse momento até os momentos que antecederam o parto. Já no relato do parto consta que quando a médica rompeu a bolsa, a mãe da parturiente estava presente e as duas declararam que viram o bebê se mexer, com movimentos no peito. A mãe da parturiente teria perguntado o que iriam fazer e disseram que o bebê estava morto, antes de cortar o cordão umbilical (2019, p.59).

Segundo as depoentes, o bebê foi colocado embrulhado sobre a cama ainda se mexendo. Mas desde o momento que nasceu era dito que estava morto. Quando a parturiente foi transferida para a enfermaria pediu para ver a criança e, então, constatou que estava morta. Além da dúvida que ficaram sobre o nascimento do bebê, com ou sem vida, as duas foram informadas que ele havia nascido com menos de 500g e que somente acima de 500g era permitido liberar para enterro, nesse caso seria feito descarte. Porém, a parturiente se recorda de ter ouvido ao nascimento que o bebê pesava 609g (2019, p.60).

De acordo com as informações apresentadas no relatório final da CPI, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 304/2004 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que dispõe sobre o regulamento técnico para gerenciamento de resíduos de saúde, afirma que natimorto com menos de 500g, que não tenha sido requisitado pela paciente ou familiares devem ser encaminhados para sepultamento em cemitério ou tratamento térmico por incineração ou cremação. No caso do natimorto em questão, a família havia manifestado interesse no sepultamento, sendo assim, a CPI concluiu a comunicação feita pela funcionária como mais um caso de violência obstétrica, indicando que o caso precisa ser esclarecido em sede policial (2019, p.60). Como nos outros casos, neste também o prontuário da paciente foi negado ao ser requisitado.

Outros casos foram alvo de inquérito com oitivas na DEAM/Cabo Frio e OAB/Cabo Frio, como os das parturientes M.C.S.P. e G.R.A.S. ouvidas em fevereiro e março, respectivamente, sobre casos de óbitos ocorridos em janeiro. São dois casos que, como os demais, reforçam a demora de atendimento após as internações, sem realização de exames básicos como ultrassom e ausculta dos batimentos cardíacos do feto, além dos desencontros nas decisões tomadas pelos médicos de plantão e das poucas informações trocadas entre a equipe do hospital e as pacientes, que permaneciam sozinhas a maior parte do tempo, sem direito a acompanhante, sentindo dores e sem informações sobre seus casos. No episódio do parto de M.C.S.P. revela-se, ainda, problema relacionado à falta de UTIN no HMCF, ficando seu filho recém-nascido em estado grave sem internação apropriada, falecendo pouco tempo após o nascimento (2019, p.135).

Já o caso da gestante A.M.G. destaca a negligência de duas instituições, tanto a HMCF, quanto o Hospital Geral de Arraial do Cabo (HGAC), além de violências obstétricas de diferentes profissionais. Primeiramente, o médico que a atendeu nesta unidade teria dito que o parto deveria ser feito no mesmo dia, mas não haveria anestesista de plantão, e enviou a paciente por meio de ambulância para o HMCF, com a instrução de deixá-la uma quadra antes da unidade que iria recebê-la, de onde teria que ir caminhando. De acordo com o relato da paciente obtido pela CPI, o médico que a atendeu no HGAC disse que assim seria feito, pois “se fosse levada até o hospital, não seria aceita, já que estaria vindo de outra instituição” (2019, p.128).

Já no HMCF, de acordo com relato da paciente e análise do prontuário, foi admitida 11h40 da manhã do dia 26/01/19, com perda de líquido e sangramento, sua internação foi identificada de alto risco pela constatação de pressão alta durante o pré-natal, porém foi administrado soro glicosado com ocitocina para indução do parto. A paciente sentiu queimação no rosto e dor de cabeça. O relatório da CPI concluiu a partir das informações coletadas que a quantidade de soro com ocitocina administrado foi muito maior do que deveria (2019, p.129). A paciente foi levada para o centro cirúrgico às 18h45.

De acordo com relato da paciente uma médica foi chamada para ajudar e ao chegar teria dito ser “bem bruta”. Durante o parto, ela teria subido em um banquinho para empurrar o bebê. Este nasceu vivo às 19h37 e teve óbito registrado às 20h30.

A paciente relata ter desmaiado ao nascimento, acordando na enfermaria. Apesar de ter pedido para ver o filho, ela só o viu dois dias depois no momento do enterro. Sua pressão arterial não foi medida no pós-parto, teve que se levantar sozinha pela ausência de profissionais na enfermaria, não teve direito a acompanhante em nenhum momento (2019, pp.130-131).

A paciente ainda relatou ter presenciado profissionais de enfermagem deitadas no leito de internação e som alto, além de “conversas indevidas durante o atendimento cirúrgico e profissionais se dirigiram a ela com frases tipo: [...] ‘ah, Bonitinha... vou te levar para o centro cirúrgico pra ver se salva pelo menos a criança’ e ‘não vejo motivo de você estar chorando’ [...]” (2019, p.131).

De acordo com as conclusões do relatório da CPI sobre o caso de A.M.G., a uma mulher diagnosticada com doença hipertensiva específica da gravidez não deveria ter sido administrada ocitocina, por ser vasoconstritor, podendo causar aumento dos níveis pressóricos. Além da falta de acompanhamento médico adequado, tanto no pré-parto, como no pós-parto, falta de informações e atendimentos básicos, falta de acompanhante de sua escolha, a gestante não teve medição adequada da pressão arterial, assim como os batimentos do coração do nascituro. Quando recebeu alta também não foi devidamente orientada sobre a retirada dos pontos ou direcionada a serviço de psicologia ou serviço social (2019, p.133).

Outro caso gerou cenas de revolta de familiares na recepção do HMCF. Além de lidar com o falecimento do bebê, este foi enterrado como indigente, sem a autorização da família. O relatório da CPI traz poucas informações sobre este caso, se limitando aos registros no prontuário do dia do parto e alguns elementos do depoimento do companheiro da gestante D.S.M. prestado à DEAM/Cabo Frio. Porém, o caso teve grande repercussão nos jornais locais, incluindo entrevistas dos familiares e vídeos do nascituro sendo desenterrado para a realização de um novo enterro com os rituais desejados pela família.

De acordo com entrevista do pai da criança, publicada pelo Jornal de Sábado⁶⁰, dia 09/04/19, a gestante havia buscado atendimento na semana anterior com dores tanto no HMCF, quanto no Hospital Missão de São Pedro da Aldeia, onde

⁶⁰ Disponível em: <http://jornaldesabado.net/bebe-nasce-morto-apos-negligencia-de-hospital-em-cabo-frio-e-e-enterrado-como-indigente-sem-autorizacao-da-familia/>. Acesso em 11/12/2021

foram negadas internações, os profissionais de saúde teriam alegado não estar na hora de o bebê nascer. A gravidez teria sido saudável até o momento, com pré-natal completo em rede particular, estando na 42ª semana de gestação. Por fim, foi internada dias depois no HMCF, dia 05/04/19 e a cirurgia cesariana realizada na manhã do dia 06/04/19, quando foi constatada morte do nascituro.

A mãe da gestante afirmou em entrevista que um dos médicos teria dito a ela que “quem sabe a hora de nascer é Deus e não você, a criança vai nascer igual a um pit-bull, porque você está toda nervosinha aí” (JORNAL DE SÁBADO, 2019)⁶¹.

Após todo esse processo de busca por atendimento, negligência e violência obstétrica, com um desfecho de morte do feto, a família ainda enfrentou o descaso e erros de procedimentos com relação ao corpo do bebê, que foi retirado do HMCF pela funerária sem autorização da família e enterrado como indigente. De acordo com a entrevista do pai da criança, este ficou sabendo que o enterro já havia ocorrido ao ligar para a unidade de saúde para tratar da retirada do corpo. Tanto as unidades de saúde citadas, quando a funerária e as prefeituras enviaram notas aos veículos de imprensa alegando que os protocolos foram seguidos, informando que investigariam o caso.

Todos os casos de óbitos analisados revelam fortes indícios de ilegalidades, irregularidades, além da falta de habilidade das instituições e profissionais na relação com as pacientes, que se desenham como violências obstétricas, com falhas de comunicação gravíssimas, chegando ao ponto do ocorrido no último caso relatado.

Os médicos que acompanharam os casos também foram ouvidos na DEAM/Cabo Frio, incluindo o diretor clínico, que também atendia em alguns plantões. Em geral, seus depoimentos negaram os relatos que os comprometiam feitos por pacientes e seus familiares, afirmando serem falsos, alegando que seguiram os protocolos e exames padrões de cada situação específica (2019, p.68).

A diretora administrativa também ouvida pela DEAM/Cabo Frio em 21/03/2019, afirmou que foi realizada uma pesquisa no HMCF acerca das mortes, onde teria sido concluído que os óbitos foram causados por “um pré-natal inexistente

⁶¹ Ibidem.

ou deficitário, de mães usuárias de drogas ou de mães portadoras de doenças sexualmente transmissíveis (DST)” (2019, p.69).

Essa conclusão também foi informada, anteriormente, aos meios de comunicação por meio de nota divulgada pela diretoria administrativa do HMCF, quando os casos repercutiram na mídia local. A nota afirmava:

Os recentes óbitos de nascituros entre 1º de janeiro de 2019 até a presente data, ocorreram por diversos fatores: ausência de pré-natal, doenças sexualmente transmissíveis contraídas pelas genitoras e ao consumo de substâncias entorpecentes (FOLHA DOS LAGOS, 2019)⁶².

A nota gerou revolta entre as pacientes e familiares que cobravam explicações e denunciavam o hospital, já que o texto indicava transferência de culpa às vítimas. Uma manifestação foi realizada no HMCF poucos dias depois. A nota publicada às pressas sem as devidas investigações por meio da unidade de saúde revela preconceitos e discriminações por parte da direção do hospital, que tentou operar a opinião pública através desse tipo de moralidade.

O relatório da CPI do Hospital da Mulher reserva um espaço para tratar dos prontuários de internação dos 17 casos de óbitos investigados. Apesar de nem todos os documentos estarem devidamente preenchidos, entre as informações apresentadas no material pode-se identificar, que no total de 17 prontuários investigados, apenas seis se enquadrariam nas justificativas apresentadas pelo HMCF, de maneira generalizante, sobre as possíveis causas de óbitos. Entre esses seis prontuários: quatro especificam a ocorrência de sífilis; três especificam ausência de pré-natal; dois especificam uso de drogas (RIO DE JANEIRO, 2019, pp.118-152).

A escolha de trazer essas informações se dá no sentido de indicar que, de fato, a justificativa oficial utilizada pelo HMCF para as mortes não apresentaria respaldo nos fatos, em boa medida, relatados pela CPI. Com o destaque de que, ao tratar de temas como falta de pré-natal, uso de drogas e casos de doenças sexualmente transmissíveis, deve-se analisá-los a partir da ótica da saúde coletiva, como questões relacionadas à coletividade da sociedade, das comunidades e não

⁶² Disponível em: <https://www.folhadoslagos.com/geral/familia-rebate-nota-sobre-morte-de-bebes-no-hospital-da-mulher-em-cabo-frio/10146/>. Acesso em: 12/12/2021

como problemas individuais de cada gestante. O que exige estratégia coletiva para solucioná-los junto às comunidades. Algo previsto no escopo do SUS e de responsabilidade dos gestores.

Foram esses casos que resultaram nas mortes fetais e neonatais investigados pela CPI. Por mais que seja possível observar faltas relacionadas à estrutura e logística de materiais, aspectos relacionados a violências obstétricas, fruto de ações dos profissionais no atendimento, são uma constante nos relatos. Quando observamos ainda no primeiro capítulo um exemplo de legislação estadual (Lei nº 17.097/2017 de Santa Catarina) que lista condutas que podem ser consideradas como violência, discutimos como há complexidade em encontrar consensos com relação ao que é violento ou não na prática do profissional de saúde. A negociação simbólica na interpretação dessas práticas passaria por percepções das noções de risco que indicariam até onde é aceitável correr o risco, expor ao perigo (KLUJSZA, 2019).

Refletimos, ainda, sobre a dimensão moral de uma agressão e como esta dimensão incide sobre a interpretação de ter sofrido ou não uma violência (CARDOSO DE OLIVEIRA, 2008). Uma avó em luto relatando sobre elementos envolvidos à morte de seu neto narrou que, durante a assistência, o médico afirmou que o bebê nasceria com cara de pitbull, porque a mãe estava nervosa. Para além do desfecho negativo do parto, essa cena como exposta revela a percepção do insulto por parte dessa mulher, mobilizando sentimentos de indignação e ressentimento pelo ato de desvalorização e desconsideração (CARDOSO DE OLIVEIRA, 2008) na atitude do médico, em relação às dores e necessidades acionadas no momento da assistência. Assumindo profundidades ainda mais sensíveis com a perda da criança.

Enfim, trazer esses casos nos permite constatar como são episódios que abordam situações as quais se assemelham pela percepção das mulheres com relação ao distanciamento dos profissionais da saúde. Elas não se sentiram acolhidas em suas dores, suas queixas foram ignoradas, as causas não foram investigadas, se sentiram abandonadas em um ambiente medicalizado de assistência à saúde.

IV.5 Sobre as Audiências Públicas convocadas pela CPI da ALERJ

Estive presente nas duas audiências públicas convocadas pela CPI do HMCF da ALERJ. A primeira ocorreu no mês de junho de 2019 no município de Cabo Frio para tratar, especificamente, da situação do HMCF e da assistência à saúde da mulher no município de Cabo Frio. Já a segunda audiência ocorreu após sete meses de investigações da CPI, em setembro do mesmo ano, nas dependências da ALERJ no Rio de Janeiro, para discutir o tema da Violência Obstétrica.

IV.5.1. Audiência Pública na OAB de Cabo Frio

No dia 17 de junho de 2019 aconteceu a audiência pública na sede da Ordem de Advogados do Brasil (OAB) de Cabo Frio, organizada por iniciativa da CPI do Hospital da Mulher em progresso na ALERJ. O evento foi comandado pela presidenta da CPI, dep. Renata Souza (PSOL) e pela relatora, dep. Enfermeira Rejane (PCdoB), ambas mulheres negras, que enfatizam essa representatividade em suas falas.

Além de deputadas e deputados membros da CPI, estiveram presentes na audiência representantes do Ministério Público, Defensoria Pública, Secretaria Estadual de Saúde, Conselho Regional de Enfermagem (COREN), Associação de Doulas, Associação Brasileira de Enfermeiros Obstetras e Delegacia de Atendimento à Mulher de Cabo Frio, além de público aproximado de cem pessoas que encheu o auditório da OAB – Cabo Frio.

Assim como demonstrado nos capítulos anteriores, percebe-se a atuação de instituições envolvidas com aos temas de direitos à saúde da mulher. Apresentar o caminhar dessa audiência pública é mais uma forma de mostrar como as discussões abordadas por esta tese estão em movimento, sendo possível observar na prática o debate vivo, em mais uma interação entre as atrizes e atores envolvidos nesse cenário, maioria mulheres representando as instituições ou grupos organizados.

Representantes da Prefeitura, Câmara de Vereadores e gestores de saúde do município foram convidados a compor a mesa, mas nenhum compareceu. As falas durante a audiência indicaram essa ausência como descaso à CPI da ALERJ e às mortes ocorridas no HMCF, repercutindo na mídia local nos dias seguintes. A

presidenta da Associação de Mulheres de Cabo Frio expressou sua indignação afirmando que mulheres que denunciaram as ocorrências na unidade estavam sendo desacreditadas por gestores públicos em declarações à imprensa, e estes gestores não compareceram para ouvir a população. Se referia às informações repassadas à mídia pela diretoria administrativa do HMCF através de uma nota, citada anteriormente, apontando que as mulheres com perdas gestacionais não haviam realizado pré-natal adequadamente ou eram usuárias de drogas ou portadoras de sífilis.

A representante do MP-RJ informou aos presentes que desde 2016 o MP ajuizou ação por conta das irregularidades no Hospital da Mulher, a partir de uma vistoria que já apontava o excessivo número de óbitos na unidade. A porta-voz do Conselho Municipal de Saúde de Cabo Frio também apontou o histórico de instabilidade, lembrando a existência de relatórios desde 2018 entregues às secretarias de saúde e CREMERJ após visitas ao hospital. O tema do modelo de contrato temporário dos servidores da saúde do município mostrou-se recorrente tanto nas audiências, como em oitivas da CPI, indicando a necessidade de realização de concurso público.

A representante do COREN destacou a realidade de escalas inadequadas na rotina do Hospital da Mulher, apontando a necessidade da inserção de enfermeiras obstétricas entre os quadros de servidores da unidade. No mesmo sentido, a ADoulasRJ indicou que apesar de respaldadas por leis estaduais e municipais, as doulas têm sido impedidas de atuar na unidade. Uma realidade já abordada, que revela tanto a falta de interesse das instituições com relação ao ofício das doulas, quanto as resistências corporativas por parte da classe médica que se apresenta contrária a inserção de elementos relacionados à humanização do parto, entre eles, a atuação de doulas em equipes multidisciplinares.

Uma médica sanitária moradora da região presente na audiência apontou problemas na formação dos profissionais da saúde, indicando que os médicos não estão sendo treinados para o parto normal, mas para cesáreas. Demonstrando preocupação com a prática e modelo médico adotado, realçou o absurdo do cenário

do Hospital da Mulher com um número de 10 mortes em 150 partos, sendo que, segundo ela, o indicado dentro da normalidade seria 10 em 1.000 partos⁶³.

Representando o mandato do dep. federal Marcelo Freixo (PSB), uma de suas assessoras, que acompanhou as denúncias à unidade de saúde, salientou como por trás dos acontecimentos existe um número elevado de violência obstétrica, inserindo a questão ao tema dos Direitos Humanos. Adiciona-se o fato de que a situação dos servidores do município também recebeu destaque, mesmo porque, havia uma greve em andamento, sendo que, uma servidora do Hospital São José reforçou que os funcionários estão sem condições adequadas de trabalho.

A presidenta da CPI, dep. Renata Souza (PSOL) resgatou o tema dos Direitos Humanos, acentuando como o Estado tem sido um dos principais violadores desse conjunto de direitos. E a relatora da CPI, dep. Enfermeira Rejane, pontuou a relação perversa entre público e privado que as investigações estavam revelando. Sua fala enfatizou, ainda, a importância da participação popular e a presença das mulheres na política, destacando que as mulheres estão fazendo a diferença dentro da ALERJ.

Neste evento, um convite foi direcionado aos presentes para comparecerem a uma reunião que ocorreria na semana seguinte com o objetivo de trocar informações relacionadas à violência obstétrica no município. O encontro foi organizado pela Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, através da Coordenadoria de Defesa dos Direitos das Mulheres, em conjunto com Associação de Doulas do Estado do Rio de Janeiro (AdoulasRJ). Estiveram presentes na reunião dia 24 de junho de 2019, 11 pessoas, onde mulheres presentes expuseram casos de violência obstétrica em maternidades na região dos lagos, como Macaé, Rio das Ostras e Cabo Frio, que são cidades próximas. As defensoras públicas e doulas presentes informaram um canal para denúncia criado em parceria entre as duas instituições como uma das ações desenvolvidas conjuntamente.

Acompanhar essas reuniões públicas possibilitou maior proximidade com as estratégias e discursos utilizados pelas instituições e mulheres que as representam. As falas revelaram problemas de naturezas diferentes que possivelmente contribuem

⁶³ Consta entre os objetivos da Agenda 2030: “até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos até 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos até 25 por 1.000 nascidos vivos” (ONU, 2015).

para os resultados negativos que a maternidade tem registrado, questões que envolvem gestão de recursos e pessoas, instabilidade política, formação profissional e descaso com a vida e saúde das mulheres.

IV.5.2. Audiência pública sobre violência obstétrica na ALERJ

No dia 17 de setembro de 2019, a CPI do HMCF convocou na ALERJ audiência pública para tratar do tema Violência Obstétrica. Importante destacar que quadro meses antes o Ministério da Saúde do governo Bolsonaro, sob o comando de Luiz Henrique Mandetta, havia publicado o Despacho nº 9087621/2019, que orienta a abolição do termo “Violência Obstétrica”, devido sua “conotação inadequada” (BRASIL, 2019). A audiência pública, portanto, para além de tratar de uma realidade a nível municipal ou estadual, demarcou oposição às orientações do governo federal na gestão do MS.

A audiência ocorreu na mesma sala onde aconteciam as oitivas da CPI e estiveram presentes à mesa: a presidenta da CPI, dep. Renata Souza (PSOL); relatora da CPI, dep. Enfermeira Rejane (PCdoB); Janaina Gentili, representando a ADOULASRJ; Natália Damázio, representando o Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura (MEPCT/RJ); Rebeca Servaes, vice-presidenta da Comissão da OAB Mulher; Flávia Brasil, coordenadora da Coordenação de Defesa de Direitos da Mulher da Defensoria Pública Estadual; Leila Adesse, coordenadora de saúde da Secretaria do Estado de Saúde do Rio de Janeiro; Daiana Lima, do grupo de apoio à perda gestacional e neonatal Do Luto À Luta; Maysa Luduvise, vice-presidenta da ABENFO/RJ; L.R.G., paciente do HMCF; Angela Freitas, da Articulação de Mulheres Brasileiras (AMB).

Entre o público foi possível identificar maioria quase absoluta de mulheres, entre pesquisadoras, membros da ADOULASRJ, assessoras e assessores da ALERJ, além de algumas pacientes do HMCF e seus familiares, que vieram de Cabo Frio com o auxílio de transporte cedido pela comissão.

Um primeiro destaque a ser considerado é a presença da questão racial na maioria das falas, associada às desigualdades de gênero e classe. Recebeu também muita atenção das presentes o recorte apresentado pela representante do

Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura, Natália Damázio, com relação à situação das mulheres gestantes e lactantes no sistema prisional.

Ao início da sessão a dep. Renata Souza apontou as ações realizadas pela CPI do HMCF da ALERJ, entre oitivas, audiências e análise de prontuários, afirmando seu compromisso com os direitos das mulheres. Já a dep. Enfermeira Rejane (PCdoB) destacou a importância da presença das pessoas na audiência, como uma oportunidade de pressão para a proposição de projetos de leis que possam minimizar as questões discutidas, para que ao fim da CPI consigam avançar em uma política para as mulheres a respeito da Violência Obstétrica, lembrando que existe um PL de autoria do dep. Serafini (PSOL) em tramitação desde 2015, o qual recebeu várias emendas e não avança para a aprovação.

A primeira convidada a discursar foi Janaina Gentili, advogada e doula, representante da ADOULASRJ, levantando o debate sobre violência obstétrica e racismo institucional. Em seguida, Natália Damázio acentuou as desigualdades a partir das experiências de inspeção em espaços de privação de liberdade. Apesar de pontuar uma melhoria no quesito quantitativo de mulheres grávidas mantidas em cárcere a partir do Marco Legal da Primeira Infância⁶⁴ (Lei nº 13.257/2016), as inspeções dos percursos das gestantes no sistema prisional para assistência à saúde revelam discriminações e violações de direitos.

De acordo com a advogada, o deslocamento das gestantes no momento do parto não é feito em ambulâncias, mas em um furgão preto do Serviço de Operações Especiais (SOE), ligado à Secretaria Estadual de Administração Penitenciária, onde são acompanhadas por guardas, e assim continuam durante os partos nas unidades de saúde, sem direito à acompanhante de sua escolha, as famílias não são avisadas. Apesar da legislação existente a respeito da proibição de uso de algemas durante o parto, as mulheres passam todo o trabalho de parto e pós-parto

⁶⁴ Art. 41. Os arts. 6º, 185, 304 e 318 do Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), passam a vigorar com as seguintes alterações: “Art. 6º X - colher informações sobre a existência de filhos, respectivas idades e se possuem alguma deficiência e o nome e o contato de eventual responsável pelos cuidados dos filhos, indicado pela pessoa presa.” (NR). “Art. 185. § 10. Do interrogatório deverá constar a informação sobre a existência de filhos, respectivas idades e se possuem alguma deficiência e o nome e o contato de eventual responsável pelos cuidados dos filhos, indicado pela pessoa presa.” (NR). “Art. 304§ 4º Da lavratura do auto de prisão em flagrante deverá constar a informação sobre a existência de filhos, respectivas idades e se possuem alguma deficiência e o nome e o contato de eventual responsável pelos cuidados dos filhos, indicado pela pessoa presa.” (NR). “Art. 318. IV - gestante; V - mulher com filho de até 12 (doze) anos de idade incompletos; VI - homem, caso seja o único responsável pelos cuidados do filho de até 12 (doze) anos de idade incompletos”.

algemadas, sendo as algemas retiradas apenas por alguns minutos no momento do expulsivo⁶⁵. Dentre os relatos das gestantes apresentados pela advogada encontram-se, ainda, as discriminações pela equipe dos hospitais, o abandono, a completa falta de assistência, sendo o guarda o único presente durante todo o processo de parto, além de relatos de suturas sem anestesia e outras violências.

Outro destaque realizado pela advogada se refere à falta de testes rápidos de gravidez no momento da audiência de custódia, assim como na penitenciária de Campos dos Goytacazes, localizado no norte fluminense, de onde as mulheres com suspeita de gravidez são deslocadas no mesmo furgão do SOE por aproximadamente quatro horas até o Rio de Janeiro para fazer o teste e retornar ao município (RIO DE JANEIRO, 2018). Nos casos em que os resultados dos testes são positivos para gravidez, as mulheres são enviadas para a Penitenciária Talavera Bruce, localizada em Bangu, no Rio de Janeiro, novamente no transporte do SOE.

Natália Damázio fez direcionamentos para a melhoria das condições encontradas, primeiramente, o monitoramento do Marco Legal da Primeira Infância; a garantia de testagens rápidas na audiência de custódia para defini-las como mães e, assim, aplicar o Marco Legal da Primeira Infância; com relação à penitenciária de Campos dos Goytacazes, que a rede pública acolha as mulheres; e, a respeito do direito a acompanhante, que se pense metodologias capazes de garanti-lo (RIO DE JANEIRO, 2018)

Outros temas debatidos na audiência foi a perda gestacional e a insuficiência na formação dos profissionais para lidar com os casos e dar assistência adequada às mulheres nas unidades de saúde. A representante do movimento Luto à Luta, Daiana Lima, abordou a necessidade de pensar políticas públicas capazes de oferecer acolhimento e direito ao luto digno às mulheres que, em situação de perda gestacional acabam por sofrer violências obstétricas quando não são acolhidas em sua dor, tendo que lidar com a diminuição ou desprezo dos profissionais com relação ao seu luto, muitas são impossibilitadas de ter contato com o natimorto, são impedidas de direito à acompanhante, colocadas junto a mulheres em trabalho de parto ou recém paridas com seus bebês, realidades que causam traumas para além da morte do filho que esperavam.

⁶⁵ Expulsivo é o momento no trabalho de parto em que o bebê é expelido da vagina da mulher.

Uma das mulheres atendidas pelo HMCF quis deixar seu depoimento na audiência. Um momento que preencheu o ambiente com um clima de consternação diante da dor exposta desta mulher. Visivelmente muito abalada, sete meses após sua perda, teve dificuldade para começar a falar, sendo amparada por mulheres presentes, enquanto a presidenta da CPI tentava deixá-la à vontade caso preferisse deixar de falar. Aos poucos se acalmou e começou a relatar o que aconteceu em seu caso, grávida de 41 semanas e 2 dias de seu segundo filho, procurou assistência médica algumas vezes nos dias que antecederam sua perda, onde os médicos realizavam o toque, não faziam ausculta do feto ou outro exame e a enviavam para casa. De acordo com sua fala, ela informava a eles que sua primeira gestação foi resolvida com cesariana por não tinha dilatação, e recebia como resposta que cada gestação é diferente. Quando finalmente a internaram no HMCF esperaram o dia seguinte para decidir pela realização da cesariana e o bebê estava morto. A mãe não recebeu explicações dos médicos para a morte, relatando com a voz trêmula que a colocaram em uma sala de pré-parto perto de outros nenéns, vendo mulheres saindo com seus filhos, expôs que desde então choro de bebê lhe causa sensações ruins. Acrescentou, ainda, que não a deixaram ver seu filho, não deram orientações sobre os pontos da cirurgia ou qualquer recomendação de acompanhamento psicológico.

Este é um relato doloroso que se assemelha a inúmeros outros, como citado anteriormente pela Daiana Lima, do movimento Luto à Luta, como os evidenciados nos depoimentos das pacientes do HMCF à DEAM/Cabo Frio, como os observados nas diversas pesquisas sobre violência obstétrica. Especificamente, com relação à perda gestacional ou aborto há recomendações da OMS (2004) a respeito do tratamento, há diretrizes do Ministério da Saúde (2005) que não são seguidos. E há, em tramitação a nível federal desde 2014, um projeto de lei que faz apontamentos de como os casos de perda devem ser tratados, o que inclui destinar um local reservado para essas mulheres, separado de outras que estejam em trabalho de parto ou pós-parto.

A coordenadora de saúde da mulher da Secretaria de Saúde do Estado, Leila Adesse, no cargo desde março do mesmo ano, estava presente na audiência e detalhou como a secretaria estava lidando, desde então, com as denúncias ao HMCF. De acordo com a coordenadora, até o mês de setembro haviam recebido 10

dos 18 prontuários que solicitaram para avaliação. Uma análise preliminar da evitabilidade dos óbitos detectou que apenas um caso estava relacionado à doença rara, os outros foram considerados com condições passíveis de serem evitadas. Desta maneira, a coordenadora apontou ações para recuperar dois campos identificados como falhos, o do pré-natal e do nascimento.

A maioria das falas das mulheres presentes indicaram que quando se trata do tema Violência Obstétrica deve-se pensar em um contexto mais amplo envolvendo questões relacionadas às desigualdades de gênero, raça, classe social na sociedade, às violências contra às mulheres para além do que se traduz em violência institucional nas unidades de saúde.

Em um ambiente altamente hierarquizado, imbuído de relações de poder entre as diferentes especialidades dos profissionais, a mulher-paciente, estranha ao ambiente, vulnerabilizada pelas condições da gravidez, vista como ignorante aos processos do corpo e das técnicas organizados pelo saber médico, fica sujeita a mais um tipo de violência. Uma violência que ganha os contornos da estrutura do hospital, de seus saberes e suas hierarquias.

IV.6 Conclusões da investigação no Relatório Final da CPI

As conclusões das investigações da CPI do Hospital da Mulher foram divididas em quatro sessões para apresentação no Relatório Final. A primeira aponta a violência e sinaliza à necessidade de transformações no paradigma da assistência sob o título “Da violência à mulher no parto e puerpério e da mudança de paradigma na assistência”, as demais trataram do “Voto da Relatora”, das “Recomendações” e dos “Projetos de Lei” apresentados pela CPI à ALERJ.

Trazendo a OMS e suas recomendações para a “Prevenção e Eliminação de Abusos, Desrespeito e Maus-Tratos durante o parto em instituições de saúde” (OMS, 2014) aponta o reconhecimento à alta ocorrência de violações aos direitos humanos das mulheres no contexto da assistência ao parto, aceitando o uso do termo Violência Obstétrica para nomear “esse conjunto de violações de direitos reprodutivos das mulheres, que coloca em risco o direito à vida digna e à integridade física” (RIO DE JANEIRO, 2019, p.184).

A CPI abriu suas conclusões reconhecendo a violência obstétrica e definindo sua matriz desumanizadora, que opera em maus-tratos e negligências por meio de discriminações de naturezas variadas passando pela tríade das discriminações de gênero, classe e cor. Tem impacto na saúde física e mental das mulheres. Indicando, através dos apontamentos de Assis (2018) e Werneck (2019) a existência de um “ordenamento hierárquico do valor social das pacientes”, o que significa que “quanto maior a vulnerabilidade da mulher, mais rude e humilhante tende a ser o tratamento oferecido a ela” (2019, p.186).

O contrapeso institucional dessa escolha (apesar do desequilíbrio na abrangência das instituições em questão) está no fato de desde 2018 o órgão representativo/ fiscalizador da medicina no Brasil, o Conselho Federal de Medicina, oficialmente, negar o uso do termo Violência Obstétrica, em uma campanha contra os movimentos de mulheres e profissionais da saúde que atuam em combatê-la. E está, ainda, no fato de o Ministério da Saúde, desde 2019, ter assumido junto ao CFM esta campanha, agindo institucionalmente pelo desuso do termo, como apontado anteriormente com a publicação do Despacho nº 9087621/2019. Quando em uma mudança de postura, a pasta deixa de tentar combater a violência às mulheres na assistência ao parto e passa a combater o termo que a denomina.

Por isso, é importante que a CPI do HMCF na ALERJ tenha levantado essa discussão durante as investigações, as audiências públicas e no relatório final, se unindo a outras instituições que se demonstraram contrárias à decisão do MS, como a OAB, o Ministério Público, o COFEN, os movimentos de mulheres, as associações de doulas e enfermagem obstétrica, grupos de pesquisa, entre outras instituições, observadas anteriormente. Apontando que classificar a violência obstétrica contribui para preveni-la e incentivar mudança de práticas.

Essas posições evidenciam a disputa existente nas últimas décadas com relação ao modelo de assistência ao parto, onde a chamada Humanização do Parto vinha ganhando espaço nos debates e decisões institucionais, questionando o modelo tecnocrático. O relatório da CPI aponta em suas conclusões a ocorrência dessa disputa e apresenta um histórico do processo dos movimentos pela Humanização do Parto em busca de legitimidade, despontando mudanças em decisões e preocupações da OMS. Indica que as sessões, audiências públicas e oitivas debateram as questões que envolvem violência obstétrica e humanização do

parto, expondo a necessidade de “avançar em proposições legislativas, recorrer a recursos didáticos e fortalecer o acesso à informação”, considerando estas maneiras de “dar consequência objetiva aos trabalhos da CPI” (RIO DE JANEIRO, 2019, p.194).

Um dos obstáculos para o processo de humanização da assistência, apontado pelo relatório, estaria na inviabilização no cotidiano causada por entraves institucionais e estruturais, apesar de o relatório não especificar quais seriam.

Um dos argumentos utilizados na audiência pública sobre violência obstétrica e transmitido ao relatório diz respeito ao fato da violência institucional estar pulverizada na atuação de diversas especialidades profissionais, apesar de, ter um marco importante no corporativismo médico (2019, p.195). O que leva a pensar nas hierarquias que sustentam a estrutura hospitalar, o poder designado a quem é considerado detentor do saber, e o lugar da mulher-paciente nesse sistema, a quem é negada voz e autonomia, como é possível identificar nos casos ocorridos no HMCF.

O relatório aborda a falta de acolhimento para com as mulheres que procuram os serviços públicos. Este é o elemento fundamental da ideia de humanização do parto, o que exige mudança de comportamento dos profissionais. Trazendo novamente sugestões apontadas pelas mulheres presentes na audiência sobre violência obstétrica manifesta que é necessário “criar formas de mudanças, de atitudes, de posturas institucionais”, incluindo, no caso de perda gestacional, direcionamentos objetivos como um espaço separado destinado às mulheres em situação de perda e a possibilidade de realização do luto em contato com o feto, se for da vontade da mulher. De acordo com o texto, os depoimentos trouxeram à tona a insensibilidade com que as mulheres são tratadas nas situações de perda, o que reflete que os profissionais não estão preparados para lidar com os casos que envolvem luto (2019, p.196).

Apesar do trabalho da CPI ter constatado irregularidades graves, o voto da relatora, com relação à indiciamento, aponta que “a investigação criminal não é função do Legislativo, motivo pelo qual muitos fatos levantados, via de regra, podem ser objeto de investigação pelos órgãos oficiais de persecução criminal, diante da possibilidade de responsabilização criminal”. O relatório final apresenta não ter “demonstrado nexos de causalidade para o efeito de responsabilização penal, entre

as provas coletadas e os óbitos ocorridos no Hospital da Mulher de Cabo Frio” (RIO DE JANEIRO, 2019, pp.198-199).

Recomendando que os órgãos competentes apurem os fatos de forma aprofundada em vias de reunir possíveis indícios suficientes de autoria e comprovação da materialidade de crime, a relatora insiste que o processo de investigação na casa Legislativa evidenciou a baixa qualidade no atendimento do HMCF, por vezes sendo executado de forma agressiva, como é possível identificar nos depoimentos das pacientes e seus familiares (2019, p.199).

Outro ponto explicitado no relatório trata da falta de planejamento, o que inclui orçamento, incapacidade para dar solução à falta de materiais e medicamentos, descontrole do setor de farmácia. Além de apontar morosidade dos processos licitatórios com o processo de compra centralizado na secretaria municipal (2019, p.200).

A relatora atribui responsabilidades pelo funcionamento ineficiente do HMCF ao ex-secretário de saúde de Cabo Frio, ex-prefeito de Cabo Frio e ex-diretores do HMCF, detalhando no quadro10.

Quadro 10: Responsabilidades atribuídas aos gestores

| Atores responsabilizados | Argumentos |
|---|---|
| Marcio Ribeiro Mureb – Ex- Secretário de Saúde de Cabo Frio | <ul style="list-style-type: none"> Descumprimento do dever de fiscalizar seus subordinados e os serviços prestados pelas unidades submetidas à sua autoridade, como responsável pela implementação da política pública de saúde no âmbito do município de Cabo Frio. |
| Paul Herbert Dreyer Neto – Ex - Diretor Geral do HMCF | <ul style="list-style-type: none"> Ausência de mecanismos eficientes de controle; Desatenção com o público; Ausência de materiais de insumos; Falta de vigilância sobre seus subordinados, que se constata diante das falhas graves no preenchimento, por exemplo, dos formulários médicos; O constrangimento ilegal e desnecessário de uma equipe de fiscais do Conselho Municipal de Saúde; Desencontro das informações e dos protocolos de serviço. |
| Lívia Natividade – Ex - Diretora Administrativa do HMCF | <ul style="list-style-type: none"> Ausência de mecanismos eficientes de controle; Desatenção com o público; Ausência de materiais de insumos; Falta de vigilância sobre seus subordinados, que se constata diante das falhas graves no preenchimento, por exemplo, dos formulários médicos; O constrangimento ilegal e desnecessário de uma equipe de fiscais do Conselho Municipal de Saúde; Desencontro das informações e dos protocolos de serviço. |
| Adriano Guilherme Moreno – Ex- Prefeito de Cabo Frio | <ul style="list-style-type: none"> Descumprimento da súmula vinculante nº. 13 do Supremo Tribunal Federal, ao nomear para os cargos de direção-geral e de diretora administrativa do HMCF, Paul Herbert Dreyer Neto e Lívia Natividade, considerando que ambos são casados, e tais nomeações colidem frontalmente com o entendimento da Corte Suprema, por configurar a prática do nepotismo. |

Fonte: Elaborado pela autora a partir do Relatório Final da CPI do HMCF

Vale destacar que, apesar de, a partir da análise de depoimentos e prontuários, ser possível nomear profissionais da saúde com condutas questionáveis, nas conclusões do relatório final, a relatora escolhe por apontar apenas as responsabilidades dos gestores que podem ter sido descumpridas. Portanto, as conclusões das investigações não indicam possíveis responsabilidades com relação ao ato médico.

IV.7 Recomendações da CPI

A CPI fez recomendações a diversos órgãos públicos a nível municipal, estadual e federal, entre eles: ALERJ, Congresso Federal, Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Conselhos Federais e Regionais de Medicina e Enfermagem, Secretaria de Estado de Educação em conjunto com a Secretaria de Estado de Ciência, Tecnologia e Inovação, Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos, Secretaria de Estado de Saúde, Conselho Nacional, Estadual e Municipal de Saúde ao Município de Cabo Frio. Para facilitar a visualização, o quadro abaixo reúne essas informações.

Quadro 11: Recomendações da CPI do Hospital da Mulher na ALERJ

| Órgãos/Instituições | RECOMENDAÇÕES DA CPI |
|---------------------|---|
| ALERJ | <ul style="list-style-type: none"> • Aprovação de projetos de lei relacionados ao combate à violência obstétrica (PL nº 1.232/2015, PL nº 8.219/2017, PL nº 7.867/2017); • Criação de centro de plano de parto e casas de parto (PL nº 4.545/2018); • Programa de humanização do parto (PL nº 7.633/2014, PL nº 675/2015, PL nº 878/2019); • Obrigatoriedade de unidades de saúde a constituir comissões temáticas. • Aprovação dos PLs de autoria da CPI do HMCF: 1) PL nº 1640/2019 - inclui no calendário oficial do estado do RJ a Semana Estadual de Conscientização sobre os direitos das Gestantes; 2) PL nº 1641/2019 – dispõe sobre o Programa Estadual de Promoção dos Direitos da Mulher na atenção da saúde da gestante, parturiente e puerpérea; 3) PL nº 1642/2019 – obrigatoriedade das unidades de saúde da rede pública e privada a garantir os direitos de mulheres que sofram perda gestacional; 4) PL nº 1643/2019 – institui a Ouvidoria Especial sobre violência obstétrica no âmbito do estado do RJ; 5) PL nº 1644/2019 – institui o grupo de trabalho de prevenção e combate à violência obstétrica; 6) PL nº 1645/2019 – ficam as unidades da rede de saúde pública e privada obrigadas a constituir comissões temáticas: I – Comissão de Ética Médica; II – Comissão de Revisão de Óbitos; III – Comissão de Revisão de Prontuários; IV – Comissão de Controle de Infecções Hospitalares; 7) PL nº 1646/2019 – ficam as unidades de saúde da rede pública e privada obrigadas a permitir acompanhante indicado pela parturiente; 8) PL nº 1647/2019- fica autorizada a criação de centros de parto normal no âmbito do estado do RJ; 9) PL nº 1648/2019 – inclui a criação de casas de parto e centros de parto normal como destinação dos recursos do Fundo Estadual de Enfrentamento à Violência contra às mulheres. |
| Congresso Federal | <ul style="list-style-type: none"> • Aprovação de projetos de lei relacionados à humanização do parto e ao combate da violência obstétrica (PLNº878/2019; PLNº7.633/2014; PLNº8.219/17; PLNº7.867/17) |
| Ministério da Saúde | <ul style="list-style-type: none"> • Respeito à Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal nº 8.080/1990); • Consolidação das estratégias em andamento para que não sejam interrompidas em face de novas orientações políticas; • Assegurar a permanência das políticas instituídas; • Agilizar o fornecimento dos métodos e a capacitação das unidades; • Facilitar o acesso aos métodos de esterilização cirúrgica masculina – vasectomia; • Divulgar os resultados do último Fórum Nacional de Morte Materna, definir e divulgar a data do próximo; • Exigir a formação e funcionamento de Comissões de Controle de Infecção Hospitalar em todas as unidades assistenciais; • Aprimorar as formas de compensação entre os municípios que absorvem a demanda dos demais; • Estimular a formação de consórcios intermunicipais; • Intensificar a parceria com sociedades profissionais, • Apoiar a formação e capacitação de profissionais do SUS no país, inclusive financiando a realização de cursos; • Apoiar a formação e capacitação de enfermeiros obstétricos e ampliar sua atuação no SUS; • Intensificar a distribuição dos manuais técnicos e normas de assistência ao pré-natal, parto e puerpério, inclusive de risco, para todas as equipes de profissionais de saúde; |

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Que morte materna e neonatal seja evento de notificação compulsória; • Criação de Normas Técnicas quanto à conduta profissional em relação a Perda Gestacional; • Orientar aos Municípios a inclusão na rotina de mais uma consulta de puerpério para avaliar o pós-parto, • Determinar o risco reprodutivo e aconselhar o método anticoncepcional adequado; • Criar o manual para definir rotinas para acompanhamento e detecção de hemorragias nas duas primeiras horas após o parto; • Normatizar e apoiar a definição da rede de referência para gravidez de alto risco; • Aperfeiçoar a formação de gerentes e promover o desenvolvimento organizacional da rede pública de saúde; • Divulgar em conjunto com à ABENFO, a abrangência dos dados sobre as Casas de Parto e enfermeiros obstétricos atuantes no país, para que se possa avaliar melhor as vantagens advindas de sua atuação; • Garantir e aprimorar os sistemas e procedimentos de vigilância epidemiológica, reajuste da Tabela de Procedimentos do SUS e a atualização do valor dos tetos da municipalização; • Dar condições de implementação da Rede Cegonha nos Municípios e Estado; • Criação de mecanismos que assegurem e incentivem a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher; • Agilizar o fornecimento de Educação Permanente das unidades; • Tornar mais transparentes as ações que desenvolve, mantendo detalhamento apropriado para possibilitar a identificação dos gastos orçamentários com ações dirigidas à mulher, à criança, e, principalmente, permitindo avaliar a execução e os resultados destas ações. |
| Ministério da Educação | <ul style="list-style-type: none"> • Estimular a erradicação do analfabetismo no país; • Estimular a ênfase em temas de saúde reprodutiva como conteúdos transversais do ensino universitário; • Estabelecer critérios mais rigorosos para credenciamento de Cursos de Medicina e Enfermagem; • Rever os parâmetros da formação profissional do médico e do enfermeiro, enfatizando a coerência com o perfil e as necessidades sanitárias do país; • Instituir e estimular os Estados e municípios em capacitar periodicamente todos os profissionais de saúde definindo formas de avaliar o cumprimento desta determinação; • Avaliar rigorosamente os novos cursos de Medicina e Enfermagem, as instalações e corpo docente antes de autorizar seu funcionamento, abandonando a avaliação a posteriori, que traz prejuízos em especial para os alunos e a sociedade no futuro; • Estabelecer um número mínimo de procedimentos supervisionados por tutor, para habilitar à formatura em Medicina e Enfermagem; • Fazer convênio com os municípios a fim de criar pós-graduações em enfermagem obstetrícia. |
| Conselhos Federais e Regionais de Medicina e Enfermagem | <ul style="list-style-type: none"> • Tratar com maior rigor a apuração das mortes maternas e neonatais; • Atuar com mais firmeza em relação à negligência dos profissionais médicos e de enfermagem no preenchimento de prontuários e dos atestados de óbito; • Instituir sanções intermediárias para casos de mau preenchimento de prontuários e das declarações de óbito; • Acompanhar o ensino médico, e de enfermagem zelando para que a graduação tenha boas condições técnicas, formando profissionais preparados para prover atendimento de qualidade; • Combater a abertura de faculdades de medicina e enfermagem sem condições de preparar profissionais compatíveis com as necessidades sanitárias básicas; |

| | |
|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Exigir que os profissionais médicos e de enfermagem cumpram o dever de notificar corretamente os agravos e preencham os atestados de óbito e os prontuários de maneira correta, enfatizando o descumprimento como infração legal e ética e aplicando as penas correspondentes; • Avaliar os serviços prestados pelas unidades de saúde; • Estimular a capacitação e formação de profissionais enfermeiros obstétricos para o acompanhamento da gestação, aborto, parto e pós-parto; • Tratar com maior rigor a apuração das mortes maternas e neonatais; • Fiscalizar o dimensionamento dos profissionais de enfermagem notificando e encaminhado para os órgãos competentes as inconformidades; • Fiscalizar as maternidades a fim de cobrar que seja realizado o partograma; • Dinâmica uterina e toque vaginal de acordo com a evolução do trabalho parto; • Fiscalizar se existem instrumentos para os profissionais aferirem os batimentos cardio fetais a cada 60 minutos em parturientes em franco trabalho de parto e intermitente no momento do período expulsivo. |
| Secretaria Estadual de Educação em Conjunto com a Secretaria de estado de Ciência, Tecnologia e Inovação | <ul style="list-style-type: none"> • Estimular a erradicação do analfabetismo no Estado; • Estimular a ênfase em temas de saúde reprodutiva como conteúdos transversais do ensino médio; • Estabelecer critérios mais rigorosos para credenciamento de Cursos de Tec. de enfermagem; • Rever os parâmetros da formação profissional do médico e enfermeiros em conjunto com o MEC enfatizando a coerência com o perfil e as necessidades sanitárias do nosso Estado; • Promover estratégias de interiorização de profissionais recém formados da área de saúde, a fim de estimular a interiorização dos serviços de saúde; • Estimular a implantação de cursos permanentes, educação à distância, tele-educação, identificando métodos para avaliar esta forma de atualização; • Fechar imediatamente os cursos de baixa qualidade, cogitando da possibilidade de substituí-los por outros com características adequadas para uma boa formação profissional; • Realizar avaliação técnica dos egressos da Residência Médica; • Promover em conjunto com os Municípios a capacitação dos profissionais de enfermagem, especialmente em Obstetrícia. |
| Secretaria Estadual de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos | <ul style="list-style-type: none"> • Estimular a execução de políticas para inclusão social, especialmente para grupos de risco para mortalidade materna – gestantes de baixa renda e baixa escolaridade; • Estimular o incremento da atuação e cobertura dos serviços em áreas periféricas das cidades; • Instituir Programa de Renda Mínima para gestantes, estudando a possibilidade de vinculá-lo à frequência no pré-natal; • Instituir a distribuição de passes ou passe livre no transporte coletivo para garantir a frequência ao pré-natal. |
| Secretaria Estadual de Saúde | <ul style="list-style-type: none"> • Recomenda a implementação ações de fortalecimento dos serviços de saúde na atenção básica e hospitalar na Baixada litorânea do estado do Rio de Janeiro, especialmente no município de Cabo Frio, com vistas à redução do índice de mortalidade fetal e perinatal; • Recomenda à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de co-gestão, como estipulados na Política Nacional de Humanização da Saúde; |

- Recomenda efetivar e fortalecer a Rede Cegonha no Estado do Rio de Janeiro, conforme Portaria GM/MS nº 1.459, de 24/06/2011;
- Recomenda ampliar e fortalecer a captação precoce à atenção pré-natal e garantir a adequação do cuidado, conforme estipulado pelo Caderno nº1 de Direitos Sexuais e Reprodutivos do Ministério da Saúde de 2005;
- Recomenda ampliar a integração entre as esferas de saúde de básica, média e alta complexidade, para prevenir a “peregrinação da gestante”;
- A gestante deve estar vinculada e informada quanto a maternidade que realizará o parto, conforme preconizado pela Portaria GM/MS nº 1.020, de 29/05/2013;
- Recomenda a implementação de acesso ao transporte seguro para a gestante, as puérperas e os recém-nascidos de alto risco por meio do SAMU-Cegonha, conforme a Portaria GM/MS nº 1.459, de 24/06/2011;
- Recomenda assegurar o direito à gestante de vinculação ao pré-natal ao local de realização do parto, conforme a Portaria GM/MS n. 2436, de 21/09/2017;
- Recomenda assegurar efetivamente os direitos reconhecidos em acordos e declarações internacionais assinadas pelo Brasil, criando um mecanismo para efetivação das metas;
- Recomenda dar efetividade e publicidade aos programas de redução da mortalidade Neonatal e infantil, estabelecendo prazos para o cumprimento das metas constituídas nos compromissos internacionais, a partir do compromisso com a Organização das Nações Unidas em 2015;
- Recomenda divulgar e garantir os direitos da população aos métodos de planejamento familiar e à assistência pré-natal;
- Recomenda promover o combate intensivo e sistemático à toda forma de violência obstétrica;
- Recomenda desenvolver programas que garantam à mulher uma nutrição adequada durante a gravidez e a amamentação, conforme a Convenção para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher, uma inserção adequada na sociedade, proporcionando educação, assistência social e oportunidades de trabalho;
- Recomenda identificar os grupos de maior vulnerabilidade para que constituam prioridade nas políticas públicas de saúde, assistência e educação;
- Recomenda viabilizar a consolidação das estratégias em andamento para que não sejam interrompidas em face de novas orientações políticas;
- Assegurar a permanência das políticas instituídas para que não exista retrocesso nas conquistas já alcançadas;
- Recomenda intensificar o estímulo à implantação de Comitês de Óbitos infantil e neonatais em todo o estado e municípios do Rio de Janeiro;
- É necessário associá-los ao estudo das mortes neonatais, de causas comuns às mortes maternas - principalmente por assistência de má qualidade, e das sequelas produzidas em parturientes ou neonatos em decorrência de falhas no atendimento;
- Recomenda retomar as concepções da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes (PAISM) resgatando a visão integral das suas Necessidades;
- Recomenda assegurar a implementação da Rede Cegonha a partir de pactuações entre a Secretaria Estadual de Saúde e o Município de Cabo Frio, com a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno infantil com critério epidemiológico, taxa de mortalidade infantil e razão mortalidade materna e densidade populacional;

| | |
|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Recomenda tomar providências cabíveis "considerando as irregularidades quanto à infraestrutura e instalações" do Hospital da Mulher de Cabo Frio, como exposto no Relatório de Vistoria técnica do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro, 2019 e da Visita Técnica desta CPI; • Recomenda implementar mecanismos de Notificação Compulsória para casos de Sífilis e outras DSTs, de acordo com as orientações da Organização Mundial da Saúde, 2015; • Recomenda aprimorar as formas de compensação entre os municípios que absorvem a demanda dos demais, estimular a formação de consórcios. |
| Conselho Nacional, estadual e municipal de Saúde | <ul style="list-style-type: none"> • Ampliar a estratégia de capacitação dos conselheiros de saúde, inclusive na programação e acompanhamento da aplicação de recursos; • Acompanhar o cumprimento da determinação de incluir a morte materna e neonatais como evento de notificação compulsória. |
| Município de Cabo Frio | <ul style="list-style-type: none"> • Ampliar o número de leitos e estruturar o HMCF com ambiência adequada à atenção ao parto, conforme preconiza a Resolução da Diretoria Colegiada nº 36/2008 da ANVISA; • Criar um serviço de Disque Denúncia para Mortalidade Materna, Perinatal e sequelas de partos em Cabo Frio; • Garantir acesso ao planejamento reprodutivo, conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher e a Política Nacional em Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida; • Criação de uma ouvidoria do Hospital da Mulher e uma ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde, com base nas normativas: Lei Estadual nº 7989, de 14/06/ 2018 e Portaria GM/MS nº 2.416, de 7/11/2014; • Recomenda ampliar a Política de Educação Permanente em Saúde no que se refere a Saúde da Mulher, conforme preconiza a Portaria GM/MS nº 1.996, de 20/08/2007; • Garantir o acesso ao prontuário hospitalar atualizado e legível à gestante ou representante legal, conforme preconiza a Portaria GM/MS nº 1.820, de 13/08/2009; • Garantir o acesso gratuito à Caderneta da Gestante nas unidades básicas de saúde no início do pré-natal conforme modelo elaborado pelo do Ministério da Saúde de 2014 e atualizado em 2016; • Ampliar a oferta da atenção à gestação, ao trabalho de parto e parto de Enfermeiras Obstetras e Obstetizas, conforme recomendação da OMS em consonância com as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal do Ministério da Saúde, 2017; • Cumprimento da garantia ao direito ao acompanhante de livre escolha pela gestante, ao longo de todo o tempo de permanência da gestante no hospital, conforme a Lei Federal nº 11.108, de 07/04/2005; • Cumprimento da obrigatoriedade das maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares congêneres da rede pública e privada do estado do Rio de Janeiro em permitir a presença de Doulas durante o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, sempre que solicitadas pela parturiente, conforme Lei Estadual Nº 7314, de 15/06/2016; • Fortalecimento da Rede de Atenção Básica do Município, atingindo números satisfatórios de cobertura assistência, conforme preconizado pela Portaria GM/MS nº 2436, de 21/09/2017; • Efetivar a Rede Cegonha, conforme Portaria GM/MS nº 1.459, de 24/06/2011; • Ampliar e fortalecer a captação precoce à atenção pré-natal e garantir a adequação do cuidado, conforme estipulado pelo Caderno nº1 de Direitos Sexuais e Reprodutivos do Ministério da Saúde de 2005; |

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Ampliar a integração entre as esferas de saúde de básica, média e alta complexidade, para prevenir a “peregrinação da gestante”; • A gestante deve estar vinculada e informada quanto a maternidade que realizará o parto, como preconizado pela Portaria GM/MS nº 1.020, de 29/05/2013; • Implementar de modo qualificado testes rápidos para diagnósticos da infecção pelo HIV e triagem de Sífilis na Atenção Básica, respeitando o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais do Ministério da Saúde de 2019; • Assegurar o direito à gestante de vinculação ao pré-natal ao local de realização do parto, conforme a Portaria GM/MS nº 2436, de 21/09/2017; • Qualificar o Sistema de Informação do Município, a começar pela real instalação de uma Comissão de Óbitos no Hospital da Mulher, em conformidade com o Preconizado pela Organização Mundial em Saúde que define o Sistema de Informação em Saúde (SIS) como um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária para se planejar, organizar, operar e avaliar os serviços de saúde; • Implementação de acesso ao transporte seguro para a gestante, as puérperas e os recém-nascidos de alto-risco, por meio do SAMU-Cegonha, conforme a Portaria GM/MS nº 1.459, de 24/06/2011; • Construção de uma Casa de Parto Humanizado ou um Centro de Parto no Município, conforme a Portaria GM/MS nº 1.459, de 24/06/2011; • Instauração de políticas públicas de acolhimento às mães, com encaminhamento obstétrico, combate à violência obstétrica, humanização dos profissionais da medicina da rede, com foco na atenção básica; • Instauração de políticas públicas de acesso transparente a prontuários e preservação das identidades dos pacientes; • Realização de concurso público no âmbito da prestação de serviços em saúde no Município, substituindo as contratações temporárias por carreira pública; • Implantar, no Hospital da Mulher como recomendado pela Rede Cegonha, local de repouso e de classificação de risco, conforme Portaria GM/MS nº 1.459, de 24/06/ 2011; • Implantação de um laboratório no Hospital da Mulher, com ao menos os exames essenciais à realização de procedimentos fundamentais para gestação, parto e puerpério; • Superar a ausência de medicações no Hospital da Mulher, bem como a solicitação de aquisição dos mesmos pelas famílias; • Implementar, no Hospital da Mulher, um plano de redução dos índices de cesarianas; • Exigir a formação e funcionamento de Comissões de Controle de Infecção Hospitalar em todas as unidades assistenciais, sujeitando aquelas que descumprirem ao descredenciamento do SUS; • Intensificar a parceria com Universidades, sociedades profissionais, Federação Brasileira de Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia para apoiar a formação e capacitação de profissionais no Estado e municípios, inclusive financiando a realização de cursos para capacitar todos profissionais habilitados na atenção ao parto e ao puerpério; • Estimular o aprimoramento de questões gerenciais do Sistema Único de Saúde, como aquisição de medicamentos e equipamentos, garantindo a qualidade e constância de oferta; • Incluir na rotina mais uma consulta de puerpério para avaliar o pós-parto; |
|--|---|

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Determinar o risco reprodutivo e aconselhar o método anticoncepcional adequado, assim como acolher a mulher que teve parto de nati-morto; • Apoiar a execução de ações que organizem o acesso aos serviços, como a criação de centrais de vagas, aquisição de meios de transporte que possibilitem o deslocamento entre o domicílio das parturientes ou entre unidades para referência; • Criar mecanismos que promovam a busca ativa e vigilância dos casos de risco, além de gestantes e puérperas; • Recomenda realizar campanhas no rádio e na televisão sobre pré-natal, sua importância e parâmetros para avaliar a qualidade, detalhando as ações imprescindíveis, como avaliação de pressão arterial, peso, edemas, dentre outros; • Em relação as PERDAS GESTACIONAIS, conforme diretrizes da OMS, recomenda: Evitar sedar a mulher para ajudá-la a enfrentar a situação; • A sedação pode retardar a aceitação da morte e fazê-la reviver a situação posteriormente de modo mais complicado; • Facultar à mãe /casal o acesso ao natimorto para facilitar o luto; • Preparar os pais para possível aparência inesperada do filho natimorto (vermelho, roxo ou com pele descamada); • Se necessário, arrumar o natimorto de maneira delicada; • Evitar separar a mãe do filho muito rápido (antes que ela diga que está pronta para a separação); • Depois da morte: orientar a família sobre a rotina e os procedimentos na situação do óbito; • Conceder que os membros da família continuem passando algum tempo com o filho natimorto, ou seja, assegurar a permanência da família junto ao bebê o maior tempo possível; • Nomear o bebê natimorto para que a equipe reconheça-os e não corra o risco de confundi-los com bebês com vida; • Assegurar privacidade aos familiares no processo de luto, oferecendo-lhes um espaço específico na maternidade; • Não colocar a mãe de filho natimorto em contato com mães que tiveram filhos saudáveis; • Dar acesso aos pais para evidenciar o acontecido e possíveis medidas preventivas para o futuro; • Esclarecer os pais ou responsáveis sobre a necessidade ou não o procedimento de necropsia, de tal forma que eles possam decidir livremente e não tenham a sensação de estarem sendo pressionados a autorizar o procedimento; • Proporcionar aos pais o acesso ao resultado da necropsia quando retornarem à maternidade. |
|--|--|

Fonte: Elaborado pela autora a partir do Relatório Final CPI do HMCF (RIO DE JANEIRO, 2019, pp.203-219)

Observando as recomendações realizadas aos diferentes órgãos é possível identificar ações relacionadas à gestão de recursos e pessoal, formação e capacitação profissional, educação e informação em saúde reprodutiva, transparência e respeito às legislações, programas e políticas públicas instituídas, demonstrando preocupação com o enfrentamento à violência obstétrica.

O caso da CPI do HMCF revela mais uma vez a presença e movimentação de mulheres no cenário político, mobilizando a agenda e o debate público para questões ligadas aos direitos das mulheres, mantendo a pauta da humanização da assistência ao parto viva nos espaços de deliberação. Importante lembrar que no caso da CPI do HMCF foram as manifestações das mulheres e seus familiares em frente à unidade de saúde que contribuíram para que os casos ganhassem visibilidade nas mídias, sensibilizando mulheres organizadas em partidos a levarem o debate para os bancos da ALERJ, mobilizando, com isso, diversas instituições, que, de certa forma, estiveram envolvidas por meses com temas relacionados aos direitos das mulheres gestantes.

Quando esta pesquisa foi desenhada pautou-se por compreender os direitos previstos em legislações e políticas públicas e quais eram as principais demandas das organizações de mulheres. Assim como, entender como estas mulheres se movimentavam politicamente para alcançar seus objetivos relacionados à assistência à saúde. A trajetória percorrida culminando no acompanhamento de uma investigação levada a termo por mulheres - que atualmente se encontram em cargos de representatividade política - contribuiu para juntarmos algumas dessas peças relacionadas aos direitos previstos e às possibilidades de estratégias encaradas por mulheres para sua efetividade.

V. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caminho trilhado pela pesquisa possibilitou acesso a diversos debates relacionados aos direitos das mulheres gestantes e às mobilizações que essa pauta impulsiona. A movimentação de mulheres no campo político propondo mudanças legislativas relacionadas ao parto leva ao debate público dois elementos culturalmente restritos à vida privada, o parto e as próprias mulheres.

Os métodos utilizados pela pesquisa possibilitaram articular o arcabouço normativo sobre os direitos das mulheres às trocas de informações encontradas no universo *online*, assim como, às disputas ocorridas na arena política. Estas, muitas vezes, também expostas e debatidas virtualmente, a partir, por exemplo, das publicações de notas de repúdios e petições *online*. O que permite identificar e observar a atuação de organizações, instituições e agentes públicos, seus posicionamentos e processos de tomada de decisão referentes aos temas pautados.

A pesquisa nos permitiu ter acesso aos princípios do Movimento pela Humanização do Parto no Brasil, como também, observar aspectos históricos do termo Violência Obstétrica, o qual causa inquietação nas principais entidades médicas do país. O que se evidenciou a partir da pesquisa documental realizada sobre uma série de legislações e políticas públicas, contribuindo no entendimento de quais são os direitos previstos às mulheres gestantes e quais os temas são levados ao debate público e normativo com relação à saúde da mulher no ciclo gravídico.

Com os resultados coletados a partir da análise documental pode-se ter acesso aos direitos das gestantes de forma esquematizada a partir de quadros compostos por legislações, políticas públicas, projetos de lei, despachos, pareceres e demais normativas, com base em órgãos competentes, como o Ministério da Saúde, a Agência Nacional de Saúde Suplementar, o Congresso Nacional, as Assembleias Estaduais, a Câmara Distrital, o Conselho Federal de Medicina e o Conselho Federal de Enfermagem. Um universo normativo que ressalta a complexidade do tema.

A preocupação com a violência se expressa na elaboração das leis. Mesmo aquelas que não dispõem especificamente sobre a violência obstétrica, como as relacionadas ao direito a acompanhante e doula, são demandas dos movimentos

sociais justificadas, tanto pela questão subjetiva de conforto da mulher em se sentir amparada por pessoas de sua escolha, como são justificadas enquanto estratégias para inibir a ocorrência de violência obstétrica durante o atendimento hospitalar.

Se a pesquisa documental associada à pesquisa bibliográfica já contribuía para expor o cenário das mobilizações das mulheres com relação aos direitos à saúde, foi a partir da experiência etnográfica, participando e ocupando audiências públicas e reuniões, que acompanhar o movimento dos debates enquanto aconteciam tornou o estudo vivo. Presenciar a voz que não saía, a que se impunha e tomava o ambiente, a dor latente, a força, a prepotência, a resiliência.

A partir do ingresso no campo foi possível ter acesso as atividades da ALERJ voltadas para o debate dos direitos das gestantes, impulsionadas por grupos de mulheres. A escolha desse espaço como *lócus* da pesquisa trouxe a oportunidade de testemunhar a interação das organizações de mulheres com o parlamento, uma de suas estratégias de atuação, buscando pautar matérias sob a temática dos direitos. A participação nesses eventos possibilitou melhor compreensão das atrizes e atores envolvidos nas disputas e debates acerca do cenário de parto e, principalmente, ter maior contato com os posicionamentos das instituições em uma mesa de negociação.

Esta experiência assegurou acessar nesse espaço outros setores e órgãos públicos em interação com o poder legislativo. Entre eles, grupos profissionais com poder normativo e diretamente ligados à assistência ao parto, como são os casos dos conselhos de medicina e enfermagem; órgãos públicos que lidam com denúncias de violações de direitos, como as Defensorias Públicas e Ministério Público; setores do poder executivo responsáveis por normatizar e gerir políticas de saúde, como são as secretarias de saúde; e organizações da sociedade civil.

O acompanhamento da CPI, como um último esforço da pesquisa de tese, abriu os caminhos para encarar as dores de uma assistência à saúde executada de forma desrespeitosa. Garantindo que presenciasse parte desse enredo e jogo das instituições em ação, se movimentando a partir de uma pluralidade de agentes, grupos e redes pelo país. Um período perpassado por luto e consequências da violência obstétrica.

Vale destacar como as instituições tensionam umas às outras em suas atuações. Alguns exemplos são possíveis perceber ao observar como a realização

de CPIs executadas em casas Legislativas ou a condenação do país em um comitê internacional pressionam ações de órgãos do Executivo e Legislativo. Assim como, mobilizações por aprovações e vetos de leis estaduais e federais podem gerar a formulação de instruções normativas por parte dos conselhos de classe e pressionar outras instituições. O que é notado também pelo envolvimento do Judiciário quando chamado a decidir em situações de conflitos. Há uma variedade de órgãos competentes regulando sobre o tema, certas vezes de forma contraditória, o que gera um grau de incerteza sobre as normas, ficando a cargo do campo judiciário algumas decisões quanto à legitimidade das matérias.

A partir das informações analisadas é possível perceber que o envolvimento organizado de mulheres no cenário político mantém, por décadas, o tema da Humanização do Parto na agenda de debates em diversas arenas, a níveis federal, estadual e municipal. Disputando espaços políticos e desenhando condições para contribuir com a produção normativa sobre o tema, as mulheres criam espaços de protagonismo em arenas de deliberações públicas.

Apesar do entendimento de que há avanços legais em busca de ampliar os direitos das mulheres gestantes relacionados à saúde, muitos deles não são reproduzidos nas práticas cotidianas na assistência. O que pode estar relacionado a diversos fatores, como formação profissional, desconhecimento das diretrizes por parte das equipes e da população, problemas relacionados à gestão, infraestrutura e condições de trabalho, assim como, às desigualdades sociais e discriminações, que atuam nas interações entre os indivíduos.

Propostas de mudanças a partir da construção de legislações que dependem de transformações culturais para se efetivarem não alcançam os objetivos a partir apenas de suas publicações. Porém, operam na possibilidade de ampliação do debate, na circulação de informações sobre o tema, ganhando espaços nas discussões cotidianas. Estratégias dos movimentos pela humanização do parto, visando à sensibilização da sociedade com relação ao tema para além da construção normativa, utilizando as mídias a seu favor, também contribuem para a difusão de suas perspectivas.

Como observado, muitos conflitos fazem parte desse processo, principalmente, envolvendo setores da classe médica considerados mais conservadores e conectados ao modelo tecnocrático de assistência. Disputas que a

cada novo despontar atrai uma gama de atrizes/atores e instituições a se posicionarem nos embates criados. Sendo um tema que abriga elementos de campos variados, como o científico, através do debate relacionado às evidências, eficácias de procedimentos e tecnologias, e os campos político e jurídico, que leva o debate à esfera dos direitos.

A intensa produção normativa evidencia a movimentação dos setores envolvidos, a agência da sociedade civil organizada, das servidoras e servidores dos órgãos públicos, dos membros das entidades de classe e seus interesses. Aplicando intenções de fortalecer ou barrar determinadas tendências de pensamento e atuação na assistência à saúde das mulheres, de acordo com a abordagem de cada grupo ou indivíduo. Essas disputas em diferentes níveis, com a participação de atrizes e atores variados ampliam o debate, mantendo o tema ativo e em construção. Ao mesmo tempo, observa-se a emissão de normas a partir de uma variedade de órgãos e instituições, o que pode dar morosidade em conflitos de coordenação com relação à união, estados, municípios e atuação dos conselhos de classe.

Observar parte das interações entre essas esferas durante eventos públicos foi fundamental para compreender algumas dinâmicas do conflito, as possibilidades de alianças que se desenham, os argumentos acionados, os mecanismos de legitimidade e os consensos ocasionais. Questões que não encerram o conflito por trás da controvérsia entre dois modelos de parto, que são modelos formados e orientados por técnicas, ideologias e representações sociais.

O ideário da humanização ao passar a orientar determinadas políticas públicas nas últimas décadas⁶⁶ não chegou sem dilemas nas pontas dos serviços. Alguns desafios para a implementação das diretrizes desenhadas vêm sendo debatidos. Entre eles, a ingerência de fenômenos que operam pela distinção, como sexismo, racismo e classismo, acionados nas interações entre profissionais e pacientes, que se traduzem em violências na assistência. Ainda, a questão de o próprio ideário da humanização partir de classes médias, de múltiplas interpretações, e não ser uma categoria tão popularizada quanto às noções que abrangem o modelo tecnocrático. O que leva a conflitos e choques de interpretações

⁶⁶ Como foi possível observar em programas no MS a partir dos anos 2000 (quadro 1) e legislações federais (quadro 3) e estaduais (quadro 5), abordados no segundo capítulo.

na relação entre equipe e usuárias do sistema em unidades de saúde consideradas humanizadas (DINIZ, 2005; CARNEIRO, 2017; MENDONÇA, 2018).

A demanda por autonomia, impulsionada por mulheres organizadas, pode ser entendida como resultado de mudanças sociais, na ciência e na própria medicina. Porém, a relação médico-paciente traz consigo uma interação com papéis pré-estabelecidos de quem detém o conhecimento. Partindo de um histórico de relações desiguais, alas mais conservadoras se movimentam para não incorporar determinadas transformações relacionadas aos direitos das mulheres e as decisões referentes a seus corpos. Para além da óbvia disputa de campo, disputa por quais profissionais tem autoridade e técnica para realizar determinados procedimentos. A existência de controvérsias científicas e conflitos políticos e profissionais entre os grupos envolvidos se manifestam na formulação de políticas públicas.

Mulheres se sentem violentadas durante assistência recebida nos serviços de saúde, públicos ou privados, um fenômeno que aponta à necessidade de transformações reais na assistência. Os dados apresentados por esta pesquisa revelam a gravidade na voz das mulheres que são vítimas, muitas delas em luto por seus filhos. O que nos coloca em um debate na esfera dos direitos humanos, de pensar as consequências das relações de gênero, cor, classe e demais desigualdades sociais, e como devem ser enfrentadas. Há uma necessidade básica por insumos, por estrutura, mas há também algo na interação entre os profissionais da saúde e as mulheres a ser modificado.

VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADOULASRJ. Homenagem a Fadyinha - Dia da Doula ALERJ - Semana da Doula 2018. Dezembro de 2018. Associação de Doulas do Rio de Janeiro. Disponível em: <https://www.facebook.com/events/365022304247346/>. Data de acesso: 29/06/2020

_____. Chamada para pesquisa de opinião Racismo entre Nós. Associação de Doulas do Rio de Janeiro. Disponível em: <https://www.facebook.com/adoulasrj/posts/3689972101021283>. Acesso em: 19/10/2020

ADOULASRJ; NUDEM/DPRJ. Cartilha Gestação, Parto e Puerpério: conheça seus direitos! Roteiro: Morgana Eneile e Janaína Gentili. Texto: Janaína Gentili. Colaboração: Coordenação do Núcleo de Defesa dos Direitos da Mulher da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro. Ilustrações: Gabi Domingues. Projeto Gráfico: Ludmila Valente. Revisão: Gabriella Santoro (ADOULASRJ). Agosto de 2019.

AGENCIA BRASIL. Mais da metade da Alerj foi renovada nesta eleição. 08 de outubro de 2018. Agência Brasil. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/politica/noticia/2018-10/mais-da-metade-da-alerj-foi-renovada-nesta-eleicao>. Data de acesso: 03/07/2020

AGUIAR, Janaína Marques de Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero / Janaína Marques de Aguiar. -- São Paulo, Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 2010

ALMA PRETA. Documentário "Sementes" relata trajetória de candidatas inspiradas em Marielle Franco. 15 de abril de 2019. Alma Preta Jornalismo Preto e Livre. Disponível em: <https://www.almapreta.com/editorias/realidade/documentario-sementes-relata-trajetoria-de-candidatas-inspiradas-em-marielle-franco>. Data de acesso: 03/07/2020.

AMARANTE, Paulo. Reforma Psiquiátrica e epistemologia. Cad. Bras. Saúde Mental, Vol 1, no1, jan-abr. 2009

ANS. Em seis meses hospitais reverterem taxas de cesáreas de 10 anos. Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. 2015. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/qualidade-da-saude/em-seis-meses-hospitais-revertem-taxas-de-cesareas-de-10-anos>. Acesso em: 17/02/2022

ASSIS, Jussara Francisca. Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 133, p. 547-565, set./dez. 2018

ARGENTINA. Ley nº 26.485 de 14 de abril de 2009. Ley de proteccion integral a las mujeres. Disponível em: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26485-152155/texto>. Acesso em: 11/02/2022.

AVAAZ. Gustavo Fruet, prefeito de Curitiba, pedimos que não vete o Projeto de lei do Colpani sobre Violência Obstétrica. Disponível em: https://secure.avaaz.org/po/petition/Gustavo_Fruet_prefeito_de_CuritibaPR_Pedimos_que_nao_vete_o_Projeto_de_Lei_do_Colpani_sobre_Violencia_Obstetrica/?nRSdvbb> Acesso em 01/03/2020

BEVILAQUA, Ciméa. Etnografia do Estado: algumas questões metodológicas e éticas. Campos, Curitiba, PPGAS/UFPR, vol. 3:51-64, 2003.

BARDIN, Laurence. Análise de Conteúdo. Tradução de Luís Antero Reta e Augusto Pinheiro. São Paulo. Edições 70, Lda.. ISBN: 972-44-0898-1. 2002

BLOG DA SAUDE. Campanha mobiliza a população contra o racismo no SUS. 2014. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/34777-campanha-mobiliza-a-populacao-contra-o-racismo-no-sus>. Acesso em: 08 ago. 2019.

_____. BLOG DA SAUDE. Você sabe o que é violência obstétrica? 2017. Disponível em: http://www.blog.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=53079&catid=579&Itemid=50218. Acesso em: 08 ago. 2019.

_____. Parto Humanizado e Violência Obstétrica. 2018. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/53272-parto-humanizado-e-violencia-obstetrica-informacao-para-ter-seus-direitos-garantidos> Acesso em: Acesso em: 08 ago. 2019.

BRASIL. Lei federal nº 7.498 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 26, jun, 1986.

_____. Câmara dos Deputados. Relatório da CPI Da Mortalidade Materna. Brasília (DF); Imprensa Oficial. 2001

_____. Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005. Garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 08 abr. 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 96 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 978-85-334-1613-0

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 302 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 978-85-334-1767-0

_____. Lei nº 12.842 de 10 de julho de 2013. Dispõe sobre o exercício da Medicina. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 11, jul, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Lei Nº 13.257, de 8 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo

Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012. DF, 09,mar,2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: manual técnico / Ministério da Saúde – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

_____. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 8.363/2017. Dispõe sobre o exercício profissional da atividade de Doula e dá outras providências. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/propostas-legislativas/2148936>. Data de acesso: 02/07/2020.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 353/2017: Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Despacho. Processo nº 25000.063808/2019-47 SEI nº 9087621 de 03 de maio de 2019. Disponível em: <https://bit.ly/2YBWx1D>. Acesso em: 08 ago. 2020.

_____. Tribunal Regional Federal (3. Região). Ação civil pública (65) Nº 5021263-50.2019.4.03.6100 / 8ª Vara Cível Federal de São Paulo. Autor: Ministério Público Federal - PR/SP. Réu: Conselho Federal de Medicina. Relator: Hong Kou Hen. São Paulo. 17,dez,2019.

_____. Tribunal Regional Federal (4. Região). Ação civil pública Nº 5061750-79.2019.4.02.5101/RJ. Autor: Ministério Público Federal. Autor: Defensoria Pública da União – DPU. Réu: Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro – CREMERJ. Relator: João Augusto Carneiro Araújo. 12, dez, 2019.

BRITTO, Marcelo. A influência de movimentos de mulheres nas políticas públicas para a saúde da mulher no Brasil – 1984. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional), Universidade de Brasília, 2014

BOHREN, MA; HOFMEYR, G; SAKALA, C; FUKUZAWA, R.K; CUTHBERT, A. Continuous support for women during childbirth. Cochrane. 2017. Disponível em: https://www.cochrane.org/CD003766/PREG_continuous-support-women-during-childbirth. Data de acesso: 05/07/2020

BULHÕES, Marianne; CAMPOS, Mauro; BARBOSA, Luciana. O desuso do termo “violência obstétrica” pelo Ministério da Saúde: antecedentes históricos, disputas e controvérsias. In: Tendências e controvérsias nas pesquisas em ciências sociais e saúde / organizadores Annabelle de Fátima Modesto Vargas, Carlos Henrique Medeiros de Souza e Mauro Macedo Campos. – Campos dos Goytacazes, RJ: Brasil Multicultural, 2020. ISBN 978-85-5635-135-7

CANCIAN, Natalia. Ministério da Saúde veta termo violência obstétrica. Folha de São Paulo. 2019. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2019/05/ministerio-da-saude-veta-uso-do-termo-violencia-obstetrica.shtml>. Acesso em: 10 ago. 2020.

CAPONI, Sandra. Loucos e Degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

CARDOSO DE OLIVEIRA, L. R. Existe Violência Sem Agressão Moral? Revista Brasileira de Ciências Sociais (Impresso), v. 23, p. 135-146, 2008.

CARNEIRO, Rosamaria. Cenas de parto e políticas do corpo: uma etnografia de experiências femininas de parto humanizado. Tese defendida para a obtenção do título de doutor em Ciências Sociais IFCH Universidade Estadual de Campinas, 2011.

_____. O Peso do Corpo Negro Feminino no mercado da saúde: mulheres, profissionais e feministas em suas perspectivas MEDIAÇÕES, LONDRINA, V. 21 N. 2, P. 394-424, JUL/DEZ. 2017.

CEDAW. Comitê para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher. Decisão de 25 de julho de 2011. Alyne da Silva Pimentel Teixeira v. Brazil. Comunicação nº 17/2008, CEDAW/ C/49/D/17/2008, Disponível em < http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CEDAW/Jurisprudence/CEDAW-C-49-D-17-2008_en.pdf>. Acesso em 30/01/2018.

CELLARD, A. (2008). A análise documental. In J. Poupart; J. Deslauriers; L. Groulx; A. Pires. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos (pp. 295-316). Petrópolis: Vozes.

CFEMEA. Nossa História. Centro Feminista de Estudos e Assessoria. Disponível em: <https://www.cfemea.org.br/index.php/cfemea/nossa-historia>. Acesso em: 10/11/2020.

CFM. Resolução CFM nº 2062 de 29 de novembro de 2013. Dispõe sobre a interdição ética, total ou parcial, do exercício ético - profissional do trabalho dos médicos em estabelecimentos de assistência médica ou hospitalização de qualquer natureza, quer pessoas jurídicas ou consultórios privados, quando não apresentarem as condições exigidas como mínimas na Resolução CFM nº 2.056/13 e demais legislações pertinentes. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2013/2062>. Acesso em 10/01/22

_____. CFM repudia campanha do governo sobre o racismo. 2014. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/cfm-repudia-campanha-do-governo-sobre-o-racismo>. Acesso em 15/08/2022

_____. Parecer CFM nº 32 de 23 de outubro de 2018. Brasília. 2018. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2018/32>. Acesso em: 08 ago. 2020.

_____. Resolução CFM nº 2.232/2019, de 16 de setembro de 2019. Estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico - paciente. Conselho Federal de Medicina – Brasília, DF, 2019.

COFEN. Resolução nº 26 de junho de 2016. Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e outros locais onde ocorra essa assistência; estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetrix no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem. Conselho Federal de Enfermagem – Brasília, DF, 2019.

COSTA, Jurandir. Ordem Médica e Norma Familiar. ed. Rio de Janeiro. Edições Graal, 1999.

CREMEB. Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia. Autoridades na luta pelo parto com dignidade. 2019. Disponível em:

<http://www.cremeb.org.br/index.php/noticias/autoridades-na-luta-pelo-parto-com-dignidade>. Acesso em: 08 ago. 2020.

CREMERJ. CREMERJ contesta reportagem sobre partos veiculada na TV Globo. 13 de dezembro de 2018. Conselho Regional de Medicina do estado do Rio de Janeiro. Disponível em: <https://www.cremerj.org.br/informes/exibe/4130>. Data de acesso: 02/07/2020.

_____. Resolução nº 293/2019, de 06 de fevereiro de 2019. Dispõe sobre a proibição de adesão, por parte de médicos, a 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. Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro – RJ, 2019.

_____. Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro. Nota de apoio. 2019. Disponível em: <https://www.cremerj.org.br/informes/exibe/4270>. Acesso em: 08 ago. 2020.

CRMSC. Resolução nº 193/2019. Dispõe sobre a proibição da participação do médico em partos fora do ambiente hospitalar; dispõe sobre a proibição de adesão, por parte de médicos, a quaisquer documentos, incluindo o plano de parto ou similares, que restrinjam a autonomia médica na tomada de medidas para preservar o binômio materno-fetal. Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina – SC, 2019.

CURITIBA. Lei nº 14.598, de 16 de janeiro de 2015. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação à gestante e parturiente sobre a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, visando, principalmente, a proteção destas contra a violência obstétrica no município de Curitiba. DO de 16 jan 2015.

DEFENSORIARJ. DPRJ lança cartilha e canal de denúncias sobre violência obstétrica. 02 de setembro de 2019. Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.defensoria.rj.def.br/noticia/detalhes/9388-DPRJ-lanca-cartilha-e-canal-de-denuncias-sobre-violencia-obstetrica>. Data de acesso: 02/07/2020.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc. Saúde Colet*, 10(3): 627-637, jul.-set. 2005.

DINIZ, CSG; MIRANDA, MJ; REIS-QUEIROZ, J; REIS-QUEIROZ, M; SALGADO, HO. Why women in the private sector have shorter pregnancies in Brazil? Left shift of gestational age, caesarean section and an inversion of the expected disparity. *J Hum Growth Dev*. 2016; 26(1): 33-40. <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.113712>

DINIZ, Carmem S. G.; BATISTA, Luís E.; KALCKMANN, Suzana; SCHLITZ, Arthur O.C.; CARVALHO, Priscila C.A. Desigualdades sociodemográficas e na assistência à maternidade entre puérperas no Sudeste do Brasil segundo cor da pele: dados do inquérito nacional Nascer no Brasil (2011-2012). *Saúde Soc. São Paulo*, v.25, n.3, p.561-572, 2016

DOMINGUES, Sana Gimenes. “Meu corpo me pertence?” maternidade, aborto e poder médico em Campos dos Goytacazes/RJ. 2016. Tese (Doutorado em Sociologia Política) - Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, RJ.

DOULASRJ. Conheça o projeto doula a quem quiser. 14 de setembro de 2018. Associação de Doulas do Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: <https://doulasrj.com.br/2018/09/14/conheca-o-projeto-doula-a-quem-quiser/>. Data de acesso: 02/07/2020

ESTADÃO. PSL ganha 4 vezes mais filiados do que rivais. 15 de agosto de 2018. O Estado de São Paulo. Disponível em: <https://politica.estadao.com.br/noticias/eleicoes,psl-ganha-4-vezes-mais-filiados-do-que-os-rivais,70002452145>. Data de acesso: 03/07/2020.

_____. Witzel estava ao lado de políticos do PSL que rasgaram homenagem a Marielle. 08 de outubro de 2018. O Estado de São Paulo. Disponível em: <https://politica.estadao.com.br/noticias/eleicoes,witzel-estava-ao-lado-de-politicos-do-psl-que-rasgaram-homenagem-a-marielle,70002539025>. Data de acesso: 03/07/2020.

FERREIRA, Jaqueline. A consulta médica como drama social – um olhar etnográfico. *Cad. Saúde Colet.*, 2011, Rio de Janeiro, 19 (2): 215-224

FOLHA DOS LAGOS. Família rebate nota sobre morte de bebês no Hospital da Mulher em Cabo Frio. 22/01/2019. Folha dos Lagos. Disponível em: <https://www.folhadoslago.com/geral/familia-rebate-nota-sobre-morte-de-bebes-no-hospital-da-mulher-em-cabo-frio/10146/>. Acesso em: 12/12/2021

FOUCAULT, Michel. Microfísica do Poder. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro. Edições Graal. p.62, 1979.

FRANCISCO, Mônica. Mulheres Negras na Política: O futuro é uma mulher preta. Revista Docência e Cultura. Rio de Janeiro, v.3, n.3. Set/Dez. 2019

GÊNERO NÚMERO. Dobra o número de pretas eleitas deputadas estaduais. 10 de outubro de 2018. Gênero e Número. Disponível em: <http://www.generonumero.media/dobra-numero-de-pretas-eleitas-deputadas-estaduais-ms-nao-elege-nenhuma-mulher-para-assembleia-legislativa/>. Data de acesso: 03/07/2020.

GOFFMAN, Erving. Manicômios, Prisões e Conventos. Tradução Dante Moreira Leite. SP.Perspectiva. 2010.

GOHN. Maria da Glória. Mulheres – atrizes dos movimentos sociais: relações político-culturais e debate teórico no processo democrático. Política e Sociedade. Nº11 – outubro de 2007.

GONÇALVES, Aline. Mulheres em rede pela humanização do parto: O uso da internet para a mobilização social. Divers@ Revista Eletrônica Interdisciplinar. Matinhos, v. 6, n. 1, p. 1-73/jan.-jun. 2013.

_____. Da internet às ruas: a Marcha do Parto em Casa. / Dissertação (Mestrado em Comunicação) – Setor de Artes, Comunicação e Design da Universidade Federal do Paraná. 190f. Curitiba, 2014.

GONÇALVES, Rafael Soares. As eleições de 2018 no Estado do Rio de Janeiro: crônicas de um desastre político. IdeAs [Online], 13 | 2019, posto online em 01 março 2019, consultado o 02 maio 2019. URL : <http://journals.openedition.org/ideas/5443> ; DOI : 10.4000/ideas.5443

G1. Vereadora do PSOL, Marielle Franco, é morta a tiros no centro do Rio. 14 de março de 2018. G1 Portal da Globo. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de->

janeiro/noticia/vereadora-do-psol-marielle-franco-e-morta-a-tiros-no-centro-do-rio.ghtml. Data de acesso: 03/07/2020.

_____. Saiba como eram e como ficaram as bancadas na Alerj partido a partido. 08 de outubro de 2018. G1 Portal da Globo. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/eleicoes/2018/noticia/2018/10/08/saiba-como-eram-e-como-ficaram-as-bancadas-na-alerj-partido-a-partido.ghtml>. Data de acesso: 03/07/2020.

_____. Violência obstétrica é realidade em muitas maternidades brasileiras. Disponível em: <https://g1.globo.com/profissao-reporter/noticia/2018/12/12/violencia-obstetrica-e-realidade-em-muitas-maternidades-brasileiras.ghtml>. Data de acesso: 08/10/2020

HOCHMAN, Gilberto; LIMA, Nísia. Condenado pela raça, absolvido pela medicina: O Brasil descoberto pelo movimento sanitário da primeira república. In: MAIO, Marcos; SANTOS, Ricardo (Orgs.) Raça, Ciência e Sociedade. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz. p. 23-40. 2ª reimpressão. 2006.

IBGE. Pesquisa Nacional por amostra de domicílios contínua. Educação 2016. ISBN 978-85-240-4441-0. 2017.

_____. Pesquisa Nacional por amostra de domicílios contínua. Acesso à internet e à televisão e posse de telefone móvel para uso pessoal 2016. ISBN 978-85-240-4445-8. 2018. _____. Cidades e Estados – Mortalidade infantil. IBGE. 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados.html?view=municipio>. Acesso em: 10/11/2020

INDEX MUNDI. Mapa Comparativo entre Países - Taxa de mortalidade materna. 2020. Disponível em: <https://www.indexmundi.com/map/?v=2223&l=pt>. Acesso em: 08/02/2022

INSTITUTO AURORA. Aurora Instituto de Yoga e Terapias desde 1977. Disponível em: <http://www.institutoaurora.com.br/>. Data de acesso: 02/07/2020.

JORNAL DE SÁBADO. Bebê nasce morto após negligência de hospital em Cabo Frio e é enterrado como indigente sem autorização da família. 09/04/2019. Jornal de Sábado. Disponível em: <http://jornaldesabado.net/bebe-nasce-morto-apos-negligencia-de-hospital-em-cabo-frio-e-e-enterrado-como-indigente-sem-autorizacao-da-familia/>. Acesso em 11/12/2021.

KLUJSZA, Stephania. A construção social da violência obstétrica/Stephania Gonçalves Klujsza. Niterói, PPGA-UFF, 2019. 259p. Tese de Doutorado – Universidade Federal Fluminense, PPGA. Orientador: Simoni Lahud Guedes.

LEAL, M. do C.; GAMA, S. G. N. da; CUNHA, C. B. da. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 100-107, 2005.

LÓPEZ, Laura Cecília. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. Interface — Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v.16, n. 40, p. 121-134, jan./mar. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/icse/v16n40/aop0412.pdf>>. Acesso em: 03/10/2020

LUCHMANN, Lígia Helena Hahn e RODRIGUES, Jefferson. O movimento antimanicomial no Brasil. Ciênc. saúde coletiva. [online], vol. 12, no. 2. 2007

LUNA, Naara. O julgamento no Supremo do aborto de anencéfalo – ADPF 54: uma etnografia da religião no espaço público. Horizontes Antropológicos [Online], 2018.

MAIA, Monica. *Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. 189 p. ISBN 978-85-7541-328-9

MARIANO, Ricardo; GERARDI, Dirceu A. Eleições presidenciais na América Latina em 2018 e ativismo político de evangélicos conservadores. Dossiê Religião e Modernidade Revista USP • São Paulo • n. 120 • p. 61-76 • janeiro/fevereiro/março 2019

MARTINS, Ana Paula Vosne. *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004

MENDONÇA, Sara Sousa. Modelos de assistência obstétrica concorrentes e ativismo pela humanização do parto. Civitas - Revista de Ciências Sociais, v. 15, n. 2, abril-junho, 2015, pp. 250-271. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.

_____. Parir na Maria Amélia: uma etnografia dos dilemas, possibilidades e disputas da humanização em uma maternidade pública carioca. Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia – PPGA/UFF. Niterói, 2018.

_____. Quando o pai do bebê acompanha o parto: uma etnografia em uma maternidade pública humanizada da cidade do Rio de Janeiro. *Aceno – Revista de Antropologia do Centro-Oeste*, 5 (9): 31-46, janeiro a julho de 2018. ISSN: 2358-5587

_____. Substâncias que agem: uma análise dos discursos sobre os hormônios e o movimento pela humanização do parto. *Revista Antropolítica*, n. 45, Niterói, p.213-235, 2. sem. 2018

MISKOLCI, Richard. Novas conexões: notas teórico-metodológicas para pesquisas sobre o uso de mídias digitais. In: *Dossiê – Pesquisas no pontocom: desafios metodológicos, questões éticas e novas categorias para a investigação em ciências sociais*. Cronos: R. Pós-Grad. Ci. Soc. UFRN, Natal, v. 12, n.2, p. 09-22, jul./dez. 2011, ISSN 1518-0689.

MOREL. Benedict-Augustin. *Tratado das Degenerescências na Espécie Humana*. Tradução de Maria Vera Pompeo de Camargo Pacheco. Revisão técnica do Prof. Dr.Mário Eduardo Costa Pereira, ambos do Laboratório de Psicopatologia Fundamental da UNICAMP, texto retirado de *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et les causes qui produisent ces variétés malades*. Paris: 146 Baillière, 1857. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 497-501, setembro 2008, p. 498.

VASCONCELLOS-SILVA, Paulo Roberto; CASTIEL, Luis David Proliferação das rupturas paradigmáticas: o caso da medicina baseada em evidências *Revista de Saúde Pública*, vol. 39, núm. 3, junho, 2005, pp. 498-506. Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

VIEIRA, Elizabeth. A medicalização do corpo feminino. In: GIFFIN, K., and COSTA, SH., orgs. *Questões da saúde reprodutiva* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 468 p. ISBN 85-85676-61-2.

OMS. *Care in normal birth: a practical guide*. Technical Working Group, World Health Organization. *Birth*. 1997;24(2):121-3.

OMS. *Neonatal and Perinatal mortality: country, regional and global estimates*. World Health Organization. Geneva; 2004

_____. WHO statement on caesarean section rates. Geneva: WHO; 2015. (WHO/RHR/15.02) Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO_RHR_15.02_eng.pdf?ua=1
Acesso em 30/01/2020

_____. Recomendaciones de la OMS: Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. Organización Mundial de la Salud. 2018.

ONU. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Disponível em: [Sustainable Development Goal 3: Saúde e Bem-Estar | As Nações Unidas no Brasil](#) . Acesso em: 02/11/2021

OPAS. OMS e UNICEF lançam novas orientações para promover aleitamento materno em unidades de saúde de todo o mundo. Organização Pan-Americana de saúde. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5631:oms-e-unicef-lancam-novas-orientacoes-para-promover-aleitamento-materno-em-unidades-de-saude-de-todo-o-mundo&Itemid=820. Data de acesso: 17/07/2020

OUTRAS PALAVRAS. Enfermagem privada em maternidades públicas. Outras Palavras/ Outra Saúde. 14, mai, 2018. Disponível em: <https://outraspalavras.net/outrasaude/enfermagem-privada-em-maternidades-publicas/>. Acesso em: 19/10/2020

PACIORNIK, Moysés. O parto de cócoras: aprenda a nascer com os índios. 3º ed. São Paulo: Brasiliense, 1979.

PALMEIRA, Moacir. Voto: racionalidade ou significado? Revista Brasileira de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, v. 20, n. 7, p.26-30, out. 1992.

PIRES; FERTONANI; CONILL; MATOS; CORDOVA; MAZUR. Influência da assistência profissional na escolha do parto. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 10 (2): 191-197 abr. / jun., 2010.

PORTAL MS. Pela Primeira vez número de cesarianas não cresce no país. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2017/marco/pela-primeira-vez-numero-de-cesarianas-nao-cresce-no-pais#:~:text=O%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde%20comemora%20q>

ue%20pela%20primeira,Brasil%2C%2055%2C5%25%20foram%20ces%C3%A1reas%20e%2044%2C5%25%20partos%20normais.> Acesso em 17/02/2022.

RATTNER, D. Humanizing childbirth care: brief theoretical framework. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.13, supl.1, p.595-602, 2009.

RATTNER, Daphne; SANTOS, Marcos Leite dos; LESSA, Heloisa; DINIZ, Simone Grilo. ReHuNa – a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. Revista Tempus: Actas de Saúde Coletiva, v. 4, n. 4, p. 215-228, 2010

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. Violência Obstétrica “Parirás com dor” - Dossiê elaborado para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. Brasília, DF: Senado Federal. 2012. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>. Acesso em: 19/10/2020.

REHUNA. Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento. Carta de Campinas. 1993.

RIO DE JANEIRO. Lei nº 7.191 de 06 de janeiro de 2016. Dispõe sobre o direito ao parto humanizado na rede pública de saúde no estado do rio de janeiro e dá outras providências. Disponível em: <http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/CONTLEI.NSF/e9589b9aab9cac8032564fe-0065abb4/a01e1d414bdb967a83257f3300580ec7?OpenDocument>. Acesso em: 08 ago. 2020.

RIO DE JANEIRO. Lei nº 7.193, de 07 de janeiro de 2016. Proíbe o uso de algemas em presas ou internas parturientes. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro, RJ, 08 jan. 2016.

_____. Lei nº 7.267, de 26 de abril de 2016. Reajustados os Pisos Salariais para 2016 no Estado do Rio de Janeiro. DOE-RJ, 27, abr. 2016

_____. Lei nº 7.314, de 16 de junho de 2016. Dispõe sobre a obrigatoriedade das maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares congêneres da rede pública e privada do Estado do Rio de Janeiro em permitir a presença de doulas durante o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. DOE – RJ, 16, jun. 2016.

_____. Lei nº 7.791, de 28 de novembro de 2017. Inclui no Calendário Oficial do Estado do Rio de Janeiro o Dia Estadual da Doula. DOE-RJ, 29, nov. 2017.

_____. Assembleia Legislativa. Projeto de Lei nº 3.369/17. Dispõe sobre a obrigatoriedade das maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares congêneres, da rede pública e privada, permitir a entrada e permanência de enfermeiras obstétricas autônomas. Disponível em: <http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/scpro1519.nsf/18c1dd68f96be3e7832566ec0018d833/47aa83a57e1e518b83258199006c2046>. Data de acesso: 02/07/2020.

_____. Lei nº 8.063 de 19 de agosto de 2018. Inclui no calendário oficial do estado do Rio de Janeiro, a semana estadual de conscientização sobre os direitos das gestantes. DOE-RJ, 20, ago. 2018.

_____. Assembleia Legislativa. Projeto de Lei nº 4.274/2018. Cria no âmbito do estado do Rio de Janeiro o Programa Toda Mulher merece uma Doula. Disponível em: <http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/scpro1519.nsf/e00a7c3c8652b69a83256cca00646ee5/7e154021f6a2bdff832582dd004bedf7>. Acesso em: 02/07/2020.

_____. Assembleia Legislativa. Projeto de Lei nº 4.276/2018. Modifica a ementa da Lei Estadual nº 7191, de 06 de janeiro de 2016, “Dispõe sobre o direito ao parto humanizado na rede pública e privada de saúde no estado do rio de janeiro e dá outras providências”. Disponível em: <http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/scpro1519.nsf/18c1dd68f96be3e7832566ec0018d833/f55ceb9d08509643832582dd004a6b7f>. Data de acesso: 02/07/2020.

_____. Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura do Rio de Janeiro. Sistema em Colapso: Atenção à Saúde e Política Prisional no Estado do Rio de Janeiro. Organização: Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura do Rio de Janeiro. – Rio de Janeiro: MEPCT/RJ, 2018.

_____. Lei nº 8.307, de 28 de fevereiro de 2019. Cria no âmbito do estado do Rio de Janeiro o Programa Toda Mulher merece uma Doula. DOE-RJ, 07, mar. 2019.

_____. Lei nº 8.315, de 19 de março de 2019. Institui pisos salariais no âmbito do estado do rio de janeiro para as categorias profissionais que menciona. DOE-RJ, 20, mar. 2019.

_____. Assembleia Legislativa. Relatório Final. CPI do Hospital da Mulher de Cabo Frio - Resolução nº05 de 2019. 2019.

REDE FEMINISTA. Disponível em: <https://redesaude.org.br/institucional/>. Acesso em: 10/11/2020

ROCHA, J.A; NOVAES, P.B. Uma reflexão após 23 anos das recomendações da Organização Mundial da Saúde para parto normal. FEMINA, Março 2010, vol 38,nº 3

RODRIGUES, Laís Oliveira. Parir é libertário: etnografia em um grupo de apoio ao parto humanizado de Recife/PE / Laís Oliveira Rodrigues – 2015.

ROSENBERG,Charles. The Tyranny of diagnosis: Specific Entities and Individual Experience. Milbank Q. 2002.

SÁ-SILVA, J. R., de ALMEIDA, C. D., & GUINDANI, J. F. (2009). Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. Revista Brasileira de História & Ciências Sociais, 1(1), 1-15.

SANTA CATARINA. Lei nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. Disponível em: http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_lei.html. Acesso em: 08 ago. 2019.

SCHWARCZ, Lilia Moritz. O espetáculo das raças. Cientistas, instituições e questão racial no Brasil, 1870-1930. São Paulo: Companhia das Letras. 1993.

SENA, Ligia Moreiras and TESSER, Charles Dalcanale. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. Interface (Botucatu) [online]. 2017, vol.21, n.60, pp.209-220. Epub Nov 03, 2016. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0896>.

SIMELELA, Dr. Princess Nothemba Simelela. A “good birth” goes beyond having a healthy baby. World Health Organization .15 de fevereiro de 2018. Disponível em: <https://www.who.int/mediacentre/commentaries/2018/having-a-healthy-baby/en/>.

Data de acesso: 05/07/2020

SIMERS. Sindicato Médico do Rio Grande do Sul. Despacho do Ministério da Saúde sobre violência obstétrica representa vitória para SIMERS. 2019. Disponível em: <http://www.simers.org.br/noticia/despacho-do-ministerio-da-saude-sobre-violencia-obstetrica-representa-vitoria-para-simers>. Acesso em: 08 ago. 2020.

STEPAN, Nancy. A hora da eugenia: raça, gênero e nação na América Latina. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

THE LANCET. [Editorial] The Lancet. Vol 392 October 13, 2018 Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)32394-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32394-8/fulltext). Acesso em 10/11/2020.

VALPASSOS, Carlos Abraão M. Abortos: dramas sociais e histórias sobre eles. – 1. ed. – Rio de Janeiro: Garamond, 2018.

VASCONCELLOS-SILVA, Paulo Roberto; CASTIEL, Luis David. Proliferação das rupturas paradigmáticas: o caso da medicina baseada em evidências. Rev. Saúde Pública [online]. 2005, vol.39, n.3, pp.498-506.

VELOSO, Roberto; SERRA, Maiane. Reflexos da Responsabilidade Civil e Penal nos Casos de Violência Obstétrica. *Revista de Gênero, Sexualidade e Direito* | e-ISSN: 2525-9849 | Minas Gerais | v. 2 | n. 1 | p. 18 – 37 | Jan/Jun. 2016.

VENTURI, Gustavo; GODINHO, Tatau (Org.). Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privados: uma década de mudança na opinião pública. São Paulo: Fundação Perseu Abramo: SESC/SP, 2013.

VELOSO, Roberto; SERRA, Maiane. Reflexos da Responsabilidade Civil e Penal nos Casos de Violência Obstétrica. *Revista de Gênero, Sexualidade e Direito* | e-ISSN: 2525-9849 | Minas Gerais | v. 2 | n. 1 | p. 18 – 37 | Jan/Jun. 2016.

VENEZUELA. Ley N° 38.668 del 23 de abril de 2007 - Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Disponível em: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>. Acesso em: 11/02/2022

VIANA, Ana Luiza; MACHADO, Cristiani. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 14, núm. 3, junho, 2009, pp. 807-817 Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Rio de Janeiro, Brasil.

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA FALE. Denuncie aqui. 02 de setembro de 2019. Doula a Quem Quiser. Disponível em: <https://violenciaobstetricafale.com.br/denuncie/>. Data de acesso: 02/07/2020.

WERNECK, Jurema. Iniquidades raciais em saúde e políticas de enfrentamento: as experiências do Canadá, Estados Unidos, África do Sul e Reino Unido. In: Saúde da população negra no Brasil. Ministério da Saúde/ Fundação Nacional de Saúde, 2005, p. 315-386. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pop_negra/pdf/saudepopneg.pdf. Acesso em: 10/12/2021.

ANEXOS

Anexo 1: Taxa de Mortalidade Materna (ano 2017)

| Posição | País | Taxa de mortalidade materna (óbitos / 100 mil nascidos vivos) |
|----------------|---------------------------|--|
| 1 | Chade | 1.140 |
| 2 | Serra Leoa | 1.120 |
| 3 | Nigéria | 917 |
| 4 | República Centro-Africana | 829 |
| 5 | Somália | 829 |
| 6 | Mauritânia | 766 |
| 7 | Guiné-Bissau | 667 |
| 8 | Guiana | 667 |
| 9 | Libéria | 661 |
| 10 | Afeganistão | 638 |
| 11 | Gâmbia | 597 |
| 12 | Guiné | 576 |
| 13 | Mali | 562 |
| 14 | Burúndi | 548 |
| 15 | Lesoto | 544 |
| 16 | Camarões | 529 |
| 17 | Tanzânia | 524 |
| 18 | Níger | 509 |
| 19 | Eritreia | 480 |
| 20 | Haiti | 480 |
| 21 | Congo-Kinshasa | 473 |
| 22 | Zimbabué | 458 |
| 23 | Suazilândia | 437 |
| 24 | Etiópia | 401 |
| 25 | Benim | 397 |
| 26 | Togo | 396 |
| 27 | Congo-Brazzaville | 378 |
| 28 | Uganda | 375 |
| 29 | Malávi | 349 |
| 30 | Quênia | 342 |
| 31 | Madagáscar | 335 |
| 32 | Burquina Faso | 320 |
| 33 | Senegal | 315 |
| 34 | Gana | 308 |
| 35 | Guiné Equatorial | 301 |

| | | |
|----|--------------------------|-----|
| 36 | Sudão | 295 |
| 37 | Moçambique | 289 |
| 38 | Comores | 273 |
| 39 | Gabão | 252 |
| 40 | Birmânia | 250 |
| 41 | Jibuti | 248 |
| 42 | Ruanda | 248 |
| 43 | Angola | 241 |
| 44 | Zâmbia | 213 |
| 45 | Nicarágua | 198 |
| 46 | Namíbia | 195 |
| 47 | Nepal | 186 |
| 48 | Laos | 185 |
| 49 | Butão | 183 |
| 50 | Indonésia | 177 |
| 51 | Bangladeche | 173 |
| 52 | Iémen | 164 |
| 53 | Camboja | 160 |
| 54 | Bolívia | 155 |
| 55 | Índia | 145 |
| 56 | Papua-Nova Guiné | 145 |
| 57 | Botsuana | 144 |
| 58 | Timor Leste | 142 |
| 59 | Paquistão | 140 |
| 60 | São Tomé e Príncipe | 130 |
| 61 | Venezuela | 125 |
| 62 | Filipinas | 121 |
| 63 | Suriname | 120 |
| 64 | África do Sul | 119 |
| 65 | Santa Lúcia | 117 |
| 66 | Argélia | 112 |
| 67 | Ilhas Salomão | 104 |
| 68 | São Vicente e Granadinas | 98 |
| 69 | República Dominicana | 95 |
| 70 | Guatemala | 95 |
| 71 | Quiribáti | 92 |
| 72 | Coreia do Norte | 89 |
| 73 | Peru | 88 |
| 74 | Paraguai | 84 |

| | | |
|-----|-------------------|----|
| 75 | Colômbia | 83 |
| 76 | Jamaica | 80 |
| 77 | Iraque | 79 |
| 78 | Líbia | 72 |
| 79 | Vanuatu | 72 |
| 80 | Marrocos | 70 |
| 81 | Bahamas | 70 |
| 82 | Trindade e Tobago | 67 |
| 83 | Honduras | 65 |
| 84 | Maurícia | 61 |
| 85 | Quirguizistão | 60 |
| 86 | <i>Brasil</i> | 60 |
| 87 | Equador | 59 |
| 88 | Cabo Verde | 58 |
| 89 | Panamá | 52 |
| 90 | Tonga | 52 |
| 91 | Jordânia | 46 |
| 92 | Salvador | 46 |
| 93 | Mongólia | 45 |
| 94 | Vietname | 43 |
| 95 | Samoa | 43 |
| 96 | Tunísia | 43 |
| 97 | Argentina | 39 |
| 98 | Egito | 37 |
| 99 | Tailândia | 37 |
| 100 | Cuba | 36 |
| 101 | Belize | 36 |
| 102 | Sri Lanca | 36 |
| 103 | Fiji | 34 |
| 104 | México | 33 |
| 105 | Brunei | 31 |
| 106 | Síria | 31 |
| 107 | Usbequistão | 29 |
| 108 | China | 29 |
| 109 | Malásia | 29 |
| 110 | Líbano | 29 |
| 111 | Barbados | 27 |
| 112 | Costa Rica | 27 |
| 113 | Arménia | 26 |

| | | |
|-----|----------------------|----|
| 114 | Azerbaijão | 26 |
| 115 | Granada | 25 |
| 116 | Geórgia | 25 |
| 117 | Porto Rico | 21 |
| 118 | Roménia | 19 |
| 119 | Omã | 19 |
| 120 | Letónia | 19 |
| 121 | Moldávia | 19 |
| 122 | Ucrânia | 19 |
| 123 | Estados Unidos | 19 |
| 124 | Uruguai | 17 |
| 125 | Turquia | 17 |
| 126 | Tajiquistão | 17 |
| 127 | Rússia | 17 |
| 128 | Arábia Saudita | 17 |
| 129 | Irão | 16 |
| 130 | Albânia | 15 |
| 131 | Barém | 14 |
| 132 | Chile | 13 |
| 133 | Hungria | 12 |
| 134 | Kuwait | 12 |
| 135 | Sérvia | 12 |
| 136 | Coreia do Sul | 11 |
| 137 | Cazaquistão | 10 |
| 138 | Canadá | 10 |
| 139 | Bulgária | 10 |
| 140 | Bósnia e Herzegovina | 10 |
| 141 | Estónia | 9 |
| 142 | Catar | 9 |
| 143 | Nova Zelândia | 9 |
| 144 | Portugal | 8 |
| 145 | Croácia | 8 |
| 146 | França | 8 |
| 147 | Singapura | 8 |
| 148 | Eslovénia | 7 |
| 149 | Turquemenistão | 7 |
| 150 | Reino Unido | 7 |
| 151 | Alemanha | 7 |
| 152 | Macedónia | 7 |

| | | |
|-----|------------------------|---|
| 153 | Malta | 6 |
| 154 | Montenegro | 6 |
| 155 | Austrália | 6 |
| 156 | Áustria | 5 |
| 157 | Bélgica | 5 |
| 158 | Irlanda | 5 |
| 159 | Luxemburgo | 5 |
| 160 | Eslováquia | 5 |
| 161 | Lituânia | 5 |
| 162 | Japão | 5 |
| 163 | Países Baixos | 5 |
| 164 | Suíça | 5 |
| 165 | Suécia | 4 |
| 166 | Espanha | 4 |
| 167 | Islândia | 4 |
| 168 | Dinamarca | 4 |
| 169 | Grécia | 3 |
| 170 | República Checa | 3 |
| 171 | Finlândia | 3 |
| 172 | Israel | 3 |
| 173 | Emiratos Árabes Unidos | 3 |
| 174 | Itália | 2 |
| 175 | Noruega | 2 |
| 176 | Polónia | 2 |
| 177 | Bielorrússia | 2 |

Fonte: Index Mundi (2020)