



SENADO FEDERAL
SECRETARIA-GERAL DA MESA
SECRETARIA DE REGISTRO E REDAÇÃO PARLAMENTAR
REUNIÃO
29/04/2026 - 21ª - Comissão de Assuntos Sociais

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Girão. Bloco Parlamentar Vanguarda/NOVO - CE. Fala da Presidência.) - Paz e bem a todos vocês, pedindo mil desculpas. Eu sempre sou muito pontual em tudo aquilo que eu me proponho a fazer, mas hoje, realmente, essa sabatina... Eu nunca vi o Senado desse jeito, e olhe que eu já participei de outras sabatinas.

Mas eu quero agradecer muito a paciência de vocês, pedir perdão também a quem não pôde esperar, que realmente teve um cancelamento, que foi... Daqui a pouco eu falo.

Já há número regimental, declaro aberta a 21ª Reunião, Extraordinária, da Comissão de Assuntos Sociais da 4ª Sessão Legislativa Ordinária da 57ª Legislatura.

A presente reunião atende ao Requerimento nº 61, de 2025 - ainda -, desta CAS, de minha autoria e de autoria dos Senadores Dr. Hiran e Damares Alves, para a realização de audiência pública destinada a debater sobre a garantia dos direitos das mulheres gestantes e parturientes e o combate à violência obstétrica.

Informo que a audiência tem a cobertura da TV Senado, da Agência Senado, do *Jornal do Senado*, que, a partir do momento que eu toquei aquela campainha, já começaram a transmitir, e fica no YouTube, nas redes sociais, durante décadas, tudo para fonte de pesquisas. Inclusive, o material, se tiver algum material aqui que for feita a exposição, ficará também nos nossos arquivos. E também vai contar com a interatividade do cidadão, através da Ouvidoria, no telefone 0800 0612211, e pelo Portal e-Cidadania, que é www.senado.leg.br/ecidadania, que também transmitirá ao vivo a presente reunião e possibilitará o recebimento de perguntas e comentários aos expositores, via internet.

Então, eu já quero aqui fazer a composição da mesa.

Nós temos aqui o Deputado Estadual Wellington Callegari. Por favor, Deputado. Deputado que foi extremamente... *(Palmas.)*

É um idealista dessa causa e desenvolve esse trabalho no seu estado, Espírito Santo, com muita galhardia, e aqui a gente vai discutir e aprender juntos. Eu, por exemplo, vou aprender muito sobre esse tema hoje, eu tenho certeza.

Larissa da Silva Lomba Serafim, Psicóloga Obstétrica e Perinatal, voluntária do Instituto Vida Maria. Muito obrigado.

Dr. Raphael Câmara Medeiros Parente, vai fazer remotamente, desde cedo ele tinha confirmado. *(Pausa.)*

Dra. Heloísa Ferreira Lessa, que é Membro da Câmara Técnica de Enfermagem em Saúde da Mulher do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Muito obrigado pela sua presença. *(Pausa.)*

O Marcelo está vindo aqui. Ele estava aqui nessa sala, ele saiu, mas já deve estar voltando, que é o Presidente do Sindicato do Rio Grande do Sul, Marcelo Marcillac Matias. Já avisou a ele? Pronto. *(Pausa.)*

E a ex-Ministra Cristianne Britto, Secretária-Geral Executiva, hoje, da Executiva Nacional das Mulheres Republicanas. Então, ela também, daqui a pouco, está aqui.

Então vamos iniciar com as exposições.

O microfone está funcionando? Estou achando meio baixinho aqui, não sei o que foi que houve.

(Interrupção do som.)

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Girão. Bloco Parlamentar Vanguarda/NOVO - CE) - Alô, alô, alô? Probleminha técnico... Vamos ver se o pessoal, pelo menos em casa, está ouvindo. Não perdeu, não, não é? Também não precisa dessa forma, não. Não perdeu, não, não é, o início? Então, vamos lá.

Vamos começar, Deputado. Eu gostaria muito de ouvi-lo. O senhor foi um inspirador, a gente conversou no gabinete, acho que no ano passado, e o senhor me explicou, assim, os olhos brilhavam quando o senhor falava do projeto de lei que o senhor conseguiu aprovar e que gostaria de ver no país. Eu até perguntei sobre o meu estado, como é que estava a situação, já fiz até alguns contatos, mas eu gostaria de ouvi-lo. Então, muito obrigado por o senhor ter vindo, do Espírito Santo, para cá. É uma honra, mesmo, tê-lo aqui no Senado Federal.

O senhor tem uma exposição que, enquanto o senhor vai falando, vai passando para quem está em casa assistindo e fica também registrada aqui nos *Anais*.

Então, muito obrigado, Deputado Wellington Callegari, que tem a palavra por dez minutos com a tolerância desta Presidência, porque este é um assunto muito importante.

O SR. WELLINGTON CALLEGARI (Para expor.) - Oi! Olá! Uma boa tarde a todos!

Quero aqui cumprimentar o nosso proponente, nosso querido Senador, que está presidindo a nossa sessão, Senador Girão, esse combatente da vida, combatente pelas causas, pelas boas causas da família brasileira. Vou cumprimentar também a Dra. Larissa, a Dra. Heloísa e o nosso Dr. Marcelo, que compõem aqui a mesa deste assunto tão importante, e todos os demais que estão na Casa.

Indo direto ao tema - nós estamos falando da dignidade materna -, eu acho até melhor trabalhar dessa forma, porque muita gente fala muito da violência obstétrica, e eu sei que isso gera muita resistência, Girão, nos profissionais de saúde, nos médicos. Claro, é o termo correto, porque se trata da ciência obstétrica. Não se trata aqui de acusar o obstetra de ser um sádico, de ser uma pessoa que quer esmagar. Não! Eu tenho muito respeito - nós todos temos, acredito - e admiração pelos nossos médicos, mas o termo acaba sendo violência obstétrica por causa de certos atos que agredem a dignidade da pessoa humana, da mãe, da gestante, dentro do ambiente obstétrico. Mas, para melhorar isso, eu prefiro colocar desta forma: dignidade materna.

Nós vamos entrar aqui naquela questão que é a Lei do Parto Livre. Por que eu estou trazendo aqui, graças a essa proposição do Senador Girão, o parto livre? Nós temos hoje alguns projetos de lei aqui, no Congresso Nacional, que estão causando uma certa polêmica. Tem projeto que, de certa forma, está criminalizando a ação médica, está proibindo... Claro que eu não estou aqui para fazer um julgamento dos projetos em si, mas eu ouvi coisas deles também que me assustaram e - eu tenho certeza de que o Dr. Raphael Câmara vai falar, depois, melhor sobre o tema - assustaram vários profissionais da saúde - vários. O que eu quero trazer com isso? Eu quero trazer a experiência capixaba.

Eu acho que algumas das pessoas que defendem esses projetos são bem-intencionadas, são pessoas que realmente querem combater essa violência que ocorre nos hospitais, mas que, às vezes, estão pegando pela perspectiva errada. Por exemplo, para combater a violência obstétrica, vamos primeiro definir o que é essa violência, porque, às vezes, tem um ambiente tão ideológico, que... Você tem o parto cesariana, você tem o parto normal e você tem a via cesariana de nascimento. O debate é, mais ou menos, esse. E aí o que acontece? Você tem os cesaristas em alguns casos, pessoas que defendem de forma acirrada: "Não, a cesariana é mais segura, é mais rápida". E você tem os naturalistas, vamos chamar assim, que defendem o parto normal como a forma mais humanizada de ter o bebê, de trazer a criança ao mundo. Eu entendo que ambos, se forem extremados, estão errados. Eu falo isso, tendo ouvido vários profissionais de saúde, conversado com muitos. Eu entendo que existe o parto adequado, que pode ser a cesariana e pode ser o parto normal.

"Ah, Deus fez o parto normal". Óbvio, mas nós sabemos também que o estilo de vida da mulher moderna mudou, mudou muito. A mulher moderna tem estilo de vestimenta, estilo de alimentação, uso de remédios, uso de anticoncepcionais, uma série de coisas que dificultam o parto normal. Essa mulher moderna precisa, então, construir esse parto. Ela tem que construir. Estava aqui conversando com a Dra. Larissa há pouco tempo sobre isso.

Só que muitas vezes nós temos duas realidades: a mulher pobre e a mulher com condições sociais. A mulher que tem condições socioeconômicas vai contratar doula, vai contratar fisioterapeuta, vai aprender as técnicas respiratórias, vai investir nesse parto normal dela, que, obviamente, terá mais chances de ser bem-sucedido. Mas nós também temos aquela mulher da periferia que nunca ouviu falar disso, que nem pensa sobre o parto, que nem pensa sobre isso e que chega lá na ponta do chicote que é o hospital totalmente despreparada.

E aí, eu falo, é o x da questão. Vamos forçar essa mãe a ter um parto normal porque é o melhor para ela ou porque é a minha crença que está aqui em jogo?

Eu falo isso porque nós temos casos de mulheres no meu Estado do Espírito Santo que perderam a vida no parto normal, mulheres cujo filho morreu.

Eu vou dar um exemplo. Em Colatina, nós tivemos um caso de uma mãe que foi forçada a ter um parto normal de um bebê de sete quilos. Essa mãe teve que levar 55 pontos. Ela foi esfaqueada, e o bebê sofreu uma lesão gravíssima de tendão e no braço. Agora, temos a dúvida: será que essa criança vai ter a plenitude dos movimentos daquele braço ao longo da vida? Então, aquilo foi uma escolha, e o que é pior: não foi uma escolha feita pela mãe. Foi uma escolha feita por alguém que agora não tem que arcar com essa responsabilidade.

E aí, vendo essas questões, eu como Deputado Estadual propus a Lei do Parto Livre, que, graças a Deus, foi aprovada e sancionada.

Como a gente faz nessa lei? Ela não foca no problema isolado. Ela constrói uma rede de segurança que tem as três questões que estão envolvidas. E quais são as questões a nosso ver que estão envolvidas? Um: a autonomia, que é garantir a voz da mãe. Aí, que me perdoem os defensores seja da cesariana seja do parto normal, a mãe, no meu ver, tem que ter a palavra final, dentro das condições técnicas.

Não sei se eu estou sendo bem claro.

Proteção: blindar o momento do nascimento, porque a autonomia da mãe também não pode ser maior que a vida do bebê e dela própria. E nós sabemos que o médico tem esse juramento de Hipócrates de garantir a vida da pessoa, e ele tem a garantia da autonomia dele por meio do ato médico e tudo o mais.

Agora, dentro das possibilidades técnicas, entra o sistema. Nós temos regras hospitalares punitivas. É aí que eu quero chegar. Quando eu comecei a averiguar nos hospitais, com o que eu me deparei? Existe uma meta, existia pelo menos, de que até 30% de cesarianas seriam toleradas nos hospitais públicos. Acima desses 30%, se o hospital tivesse mais de que 30% de cesariana, ele seria financeiramente punido.

Eu estou falando que isso ocorre em muitos estados, e era a realidade do Espírito Santo.

Financeiramente punido, por quê? Porque era uma meta. E eu digo, eu quero dizer aqui: a meta, eu não sou contra a meta, não sou contra. Como eu disse, eu não estou defendendo aqui cesariana, eu estou defendendo o melhor.

A OMS constatou que o Brasil era campeão, é campeão de cesariana, nós sabemos disso. É um problema o excesso de cirurgias. Mas a maneira de solucionar o problema é que estava errada: chegar para o hospital, botar uma arma na cabeça dele e falar: "Olhe, reduza a cesariana". Aí, o diretor do hospital, por sua vez, chega no médico e diz: "Reduza a cesariana". E esse médico... porque isso aí vira uma fábrica. O hospital deixa de ser um ambiente humanizado com uma meta dessa e se transforma numa fábrica. E aí, a mãe... Chega início de mês - vamos pensar aqui -, início de mês, o diretor do hospital pensando: "Olha, nós temos que bater a meta, é no início do mês. Doutor, segura aí". Acaba acontecendo inevitavelmente.

Então, vejam bem: a autonomia do médico estava sendo quebrada, e a autonomia da mãe, porque o médico, em vez de estar pensando apenas nas condições clínicas, está pensando numa meta. Eu estou falando a realidade do nosso estado até a aprovação da lei. Resultado: pode ser um caso desse o do bebê de Colatina. Pode ter sido um caso desse que levou à morte de um bebê em Aracruz, morto pelo excesso de uso do vácuo extrator, que acabou quebrando a cabeça do bebê; o bebê teve múltiplas fraturas cranianas. E isso, para mim, era inadmissível, é inadmissível. "Mas Callegari, você não falou que a meta é boa". Sim, mas a meta não tem que ser cumprida pelo hospital.

O problema nós sabemos que é na atenção básica. É a reclamação de todos os hospitais: "A mãe chega aqui sem preparo, sem um pré-natal adequado, e aí eu tenho que dar conta de fazer o parto normal?". Aquela mulher que chega ali despreparada, também nunca ouviu falar, não sabe nem... nem imagina a dor que vai sentir.

Então, o que acontece? A lei entrou, e aí fizemos reuniões, o Conselho Regional de Medicina nos apoiou. E aí, "Callegari, como é que foi?". Fizemos conversas, tivemos muito apoio do Conselho Regional de Medicina, e conseguimos... Eu falo que é quase impossível, mas a gente conseguiu: que foi conciliar a posição das doulas - da associação espírito-santense de doulas -, Conselho Regional de Medicina, Defensoria Pública do Estado do Espírito Santo. Você veja, instituições que, muitas vezes, estão batendo cabeça, estão brigando, porque a doula está defendendo uma coisa, os médicos estão defendendo outra, mas, ali, nós conseguimos entrar num consenso. Foram oito audiências públicas que nós fizemos - oito -, no interior inclusive, e daí foi surgindo esse consenso.

Então, você tem a via clínica... O que eu estou querendo dizer com isso? As três pontas - o sistema, a mãe e o médico -, respeitados e trabalhando para a mesma coisa, que é o nascimento seguro dessa criança, com respeito à dignidade da mãe. E eu vou sempre bater nessa questão da dignidade da mãe, por quê? Eu não posso dizer que eu respeito a dignidade de uma pessoa se eu não a ouço. Eu não posso dizer que eu a respeito. Só há respeito quando eu te ouço. E, da mesma forma que você tem a violência de se negar uma cesariana a uma mãe que deveria estar tendo a cesariana, também tem a

violência da mulher que gostaria de ter um parto normal, mas também lhe foi negado sem motivo técnico. Porque é lógico, e a lei prevê isso: se a mãe quer o parto normal, mas não há condições, o médico não vai poder respeitar essa vontade dela. É lógico! Temos que salvar essa vida. Mas ele vai ter que justificar isso tecnicamente, e não porque "ah...", igual temos casos de médicos que queriam esvaziar a maternidade e não respeitaram o tempo daquela mãe.

Então, a questão toda é essa: doutor, você está agindo em nome da sua vontade? Porque, na minha opinião, o médico não tem que ter vontade numa situação dessa; o médico tem que ter a técnica. Você está agindo por causa da realidade dos fatos: é a realidade que impõe esse parto normal, é a realidade que está impondo essa cesariana. E, dentro das possibilidades, dá para fazer a vontade da mãe? Basicamente, é isso. E aí... *(Pausa.)*

Primeiro ponto, nós temos aqui um pilar, que é o plano de parto como documento oficial. É claro que o plano de parto é uma recomendação da OMS, que é o planejamento da mãe, a gestante, já ir para o hospital com o seu documento. "Eu quero parto desse jeito, de cócoras, com água...", e não sei o quê, que é uma coisa que as pessoas das classes mais altas vêm fazendo - porque elas pagam -, mas, agora, no Estado do Espírito Santo, o plano de parto tem que ser aceito no hospital. "Mas tem, Callegari? Como é isso?" Sempre assusta, né? "Tem?" Não, calma: tem, dentro das possibilidades técnicas.

Não é impor o impossível, mas, se o médico não pôde respeitar o plano de parto, tudo bem, justifique - justifique tecnicamente. E aí, o que eu acho importante? Isso resguarda o médico. O médico também tem o seu resguardo ali, porque ele tinha um roteiro para cumprir - que ele cumpriu -, mas aquilo que ele não pôde cumprir foi tecnicamente justificado, então fica ali no partograma, fica ali na documentação pós-parto, todo o roteiro do que aconteceu. Então, você tem a mãe respeitada e o médico resguardado - resguardado -, conciliando a dignidade e a vontade da mãe com a autoridade técnica. Repito: o médico é a autoridade técnica; a mãe tem a soberania da sua vontade, que, na medida do possível, deve ser respeitada.

Aí, tem ali um texto: a verdadeira medicina não impõe, ela ampara. Essa legislação busca a harmonização perfeita no centro cirúrgico: equilibrar a autoridade técnica indispensável do médico com a dignidade inegociável e a vontade soberana da mãe - soberana dentro das limitações, obviamente, que a realidade impõe.

E aí, o que eu acho importante salientar? A partir do momento em que a mãe está ali e que ela tem esse direito de escolha, nós devemos lutar pelo parto normal, Senador Girão? Eu acho que sim. Devemos lutar pelo parto normal, humanizado. Mas a luta não se faz com imposição dentro de um hospital. A luta começa bem antes nas prefeituras, com a atenção primária. A mãe... Eu penso o seguinte: se eu quero que aquela mãe faça o parto normal, eu devo convencê-la, e não impor, mas esse convencimento vem desde o primeiro dia em que ela descobriu que está grávida. Mas, no Brasil, nós não temos a cultura do parto, nós sabemos disso. Eu já encontrei mães grávidas no sexto mês de gestação, que você pergunta para ela: você já pensou na via do parto? E ela diz: "Não". Mas, espere aí, está no sexto mês! O brasileiro, em média, não pensa nisso. E aí, isso acaba levando a situações de violência obstétrica que, muitas vezes, não é uma violência intencional; é um choque que está havendo ali. É um choque causado pela desinformação, pela ignorância, pela falta de estrutura.

Os hospitais não podem mais ser forçados a bater metas de parto normal sob a ameaça de perder recurso no Espírito Santo. Desde que a lei foi implantada, isso não é mais critério para perda de recursos hospitalares, acabou. Então, não há mais justificativa financeira do hospital para negar a vontade da mãe, ele está apto a conciliar a necessidade técnica com a vontade da mãe e não mais há uma imposição de um terceiro, que é o Governo - "Se fizer, vai tomar punição" -, porque essa pressão gera um ambiente propício à violência. Então, nós acabamos com uma meta artificial, porque não é ali no hospital que a gente vai cumprir essa meta. Se nós queremos reduzir, eu acho que há um consenso que não é ali.

Aí é outra questão que está na lei, porque eu estou até agora falando basicamente de parto, via de parto e escolha, mas existem outras agressões no parto. Nenhuma intervenção no corpo da gestante deve ser uma surpresa: estabelecemos uma limitação rigorosa de práticas invasivas e violentas, condicionando obrigatoriamente qualquer procedimento a informação transparente por parte da equipe e autorização prévia e expressa da mãe. Estamos falando aqui de técnicas que são brutais, como é a episiotomia, o uso de toques por parte de pessoas que não são o médico da mãe - estou falando de hospital-escola, que tem lá um monte de...

Callegari, mas você é contra isso? Não, olha só, é aí que eu acho que nós precisamos... Eu entendo quando os médicos se colocam contra qualquer lei e tal, porque não é proibir, mas espera aí, existe uma distância entre proibir e avisar, informar. Eu tenho casos, relatos de mães - eu não quis trazer aqui para não ficar uma coisa sensacionalista e nem ficar me alongando muito -, tenho vários vídeos de mães, dizendo: "Callegari, no dia do meu parto eu fui tocada por umas oito pessoas diferentes". Como é isso? Eu, como homem, eu tento imaginar como é isso para uma mulher, oito pessoas diferentes. Claro, eu estou falando de pessoas de baixa renda, isso não vai acontecer com nossa esposa, com a esposa de quem pode pagar, não, são pessoas de baixa renda.

Aí a pessoa vai retrucar: "Mas o aluno não tem que aprender?". Tem, mas isso tem que ser de forma humanizada, com a autorização dela. E se ela não quiser estar sendo usada ali para conhecimento científico de terceiro? É um direito dela, é um direito da mãe. Então tem que conversar com essa mãe, tem que questioná-la: "Mãe, a gente pode aqui trazer...". Se ela estiver se sentindo à vontade para isso, aí sim.

A mesma coisa com a episiotomia, a mãe tem que ser avisada, tem que ser pedida a autorização, sabe por quê? Porque nós estamos falando de parto, e isso tem que ser avisado à mãe antes de ela começar o trabalho de indução: "Mãe, a gente vai começar a indução, mas, se não der certo lá na frente, nós vamos ter que cortar a senhora". E aí, então: "Espera aí, eu estou abrindo mão de uma cirurgia no ventre por uma cirurgia no meu órgão sexual? Então, espera aí, se for para correr esse risco, eu quero saber. É isso?".

Porque muitas vezes o parto normal é vendido... Eu não estou... Não tenho posição, nem a favor, nem contra parto normal ou cesariana, acho que já ficou claro isso, mas eu quero dizer aqui o seguinte: muitas vezes é vendido que o parto normal é um parto sem risco e somente a cesariana tem risco, e não é isso que a gente vê, ambos têm problemas, ambos têm. Claro, quando o parto é normal, o bebê escorrega, vamos dizer assim, é lógico que é dez vezes, mil vezes melhor que uma cesariana, mas quando se trata de um parto forçado, trabalho de parto longo, doloroso, com o bebê muitas vezes defecando dentro da mãe, com você tendo que, no final, cortar a mãe no órgão sexual dela... Como dizer que isso aí é melhor do que a cesariana? Como dizer que mães que estão aí vão ficar a vida inteira - vida inteira, não -, crianças que vão ficar a vida inteira com paralisia cerebral por causa de acidentes no parto? E eu até uma vez perguntei a uma doutora: "A senhora tem números [porque ela tinha números de casos de infecção pós-parto em cesariana] de crianças que ficaram com paralisia cerebral em parto normal, para a gente comparar com cesariana?". Aí não tem, aí esse número não tem. Então existe uma situação grave aí também, a qual a gente entra contra na nossa lei. A lei também estabelece a presença tanto de doulas como de acompanhantes, porque já existiam muitas leis municipais, Senador Girão, que permitiam ou doula ou acompanhante; agora, não, agora são os dois, ambos são permitidos. Mas aí vem novamente a questão: tá, mas estamos falando de uma sala de parto, numa cirurgia; aí o médico, obviamente, por questões técnicas: "Temos que tirar as pessoas". A autoridade técnica do médico tem que ser respeitada. Agora, se está ali no parto normal, por que não permitir? Por uma questão de que eu não gosto da presença de terceiro? Não, a lei é clara.

Então, vejam bem, o médico sempre terá o comando do processo, desde que ele haja de forma técnica, desde que ele haja em cima de argumentos claros, e não em torno de opiniões pessoais: "Ah, eu não gosto de parto normal, acho perigoso, eu não gosto de cesariana, porque a mãe tem que se sentir mais viva na hora do parto, plena". Não, nenhuma coisa nem outra - nenhuma coisa nem outra.

Então foi disto que nós saímos: do modelo ultrapassado que havia no Espírito Santo, de metas cegas e punitivas, para a escolha individual respeitada; de decisões médicas unilaterais, muitas vezes, embora quero aqui destacar que nem sempre eram decisões médicas unilaterais, eram decisões administrativas impostas por metas absurdas e burocráticas, com um burocrata atrás do médico impondo, para o plano de parto como documento oficial; de procedimento surpresa, em que a mãe foi cortada - nem sabe onde -, e fica por isso mesmo, para o consentimento prévio exigido; de risco de isolamento da mãe na sala de parto, que não há mais, para a presença garantida de doulas e acompanhantes.

Então, encerrando aqui minha fala, minha exposição, o que eu quero deixar para a Comissão e deixar nesta audiência pública? Qual contribuição? Dentro deste debate, que eu vejo que muitas vezes é acalorado - e eu passei por isso, Senador, lá no Espírito Santo, em que foi acalorado também -, nós conseguimos conciliar uma lei que, a meu ver, foi uma alternativa que respeitou o trabalho dos médicos - e, por isso, teve o apoio do CRM -, garantiu o direito e a dignidade da mãe, e, ao mesmo tempo, eu acho que ela é um convite ao sistema, um convite ao poder público a agir de forma mais efetiva na atenção básica, porque, se eu quero bater essas metas, não é artificialmente no hospital, é nos municípios, é atuando junto às secretarias municipais de saúde, para nós envolvermos mais as gestantes.

Por exemplo, o Espírito Santo tem boas maternidades, mas aí eu chegava e via lá toda uma estrutura, com banheira, aquela coisa maravilhosa, tudo para a mãe, e aí eu perguntava: "E, aí, as mães vêm conhecer?". Muitas vezes não.

Então, eu estou falando mesmo de municípios que, muitas vezes, lavam as mãos, porque não têm maternidade - municípios pequenos... "Ah, eu não tenho maternidade, e ela sai daqui para ter o filho não sei onde", como se ele não tivesse o problema, mas ele tem, ele tem gestante no município dele. Esses municípios têm que ser chamados à responsabilidade também, eles têm que ser confrontados: "Esperem aí, por que vocês não organizam, por exemplo, excursões das mães do seu município, para conhecerem o município onde elas vão ter seus filhos e para entenderem o que está acontecendo?"

Eu acho também que outra coisa em que se tem que investir mais é na questão do conhecimento do plano de parto, porque, mesmo no nosso Estado do Espírito Santo, nós ainda temos muitas pessoas - a maioria, talvez - que ainda não conhecem o que é um plano de parto, que não sabem do papel das doulas, e por aí vai.

Então, foi uma lei construída para garantir o direito da mãe, a dignidade da gestante, junto com a autoridade técnica do médico, e para estimular os poderes públicos a tomarem, nas suas mãos, esse processo, para a gente construir uma cultura do parto que não há em nosso país, infelizmente.

E aqui eu quero encerrar a minha fala.

Muito obrigado. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Girão. Bloco Parlamentar Vanguarda/NOVO - CE) - Muito bem.

Olhem, eu vou falar uma coisa: uma exposição dessa, Deputado, fica na história.

O SR. WELLINGTON CALLEGARI *(Fora do microfone.)* - Obrigado, Senador.

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Girão. Bloco Parlamentar Vanguarda/NOVO - CE) - E outra coisa: aumenta a nossa responsabilidade, não é? Porque o senhor conseguiu construir algo pioneiro, que, aí sim, é legislar a favor da vida. Isso joga uma responsabilidade para nós nos estados e para cá, no Senado Federal, grande, porque essa é a construção democrática. O senhor ouviu quantas audiências? Oito?

O SR. WELLINGTON CALLEGARI *(Fora do microfone.)* - Foram oito audiências públicas.

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Girão. Bloco Parlamentar Vanguarda/NOVO - CE) - Foram oito audiências públicas que o senhor conduziu, inclusive no interior do Espírito Santo, ouvindo as diferentes correntes. E o senhor conseguiu um ponto de união e teve uma lei aprovada, sancionada pelo Governador. Dá uma certa tranquilidade, não é? Como o senhor falou ali, é respeito à dignidade dos dois, da mãe e do bebê.

Então, realmente, eu o cumprimento e, mais uma vez, agradeço-lhe a presença aqui no Senado Federal.

Daqui a pouco, a gente vai fazer a rodada final... Quando a gente ouvir todos os expositores, nós vamos fazer, depois, uma rodada final de perguntas que possam surgir, inclusive dos internautas, para quem quiser fazer as suas considerações finais e perguntar especificamente.

Eu vou pedir licença; o Dr. Raphael Câmara vai ter que sair agora. Eu pergunto até: quem está pegando o voo? Tem alguém pegando o voo daqui a pouco?

(Manifestação da plateia.)

Conseguiu? Ah, graças a Deus! Muito obrigado, Heloísa.

Vocês são daqui de Brasília? É de Brasília? A Cristianne é de Brasília?

(Manifestação da plateia.)

Mas a gente vai ser bem ágil aqui.

Eu passo a palavra para o Dr. Raphael Câmara, outro grande homem por quem eu tenho muita admiração. É um defensor da causa da vida e se aprofunda bastante nos temas. Eu tenho certeza de que ele vai... Ele é do Conselho Federal de Medicina e é alguém que eu sei, eu sou testemunha, que tem muita influência lá dentro do Conselho Federal de Medicina, que é presidido, hoje, pelo Dr. Hiran Gallo.

Várias perguntas já chegaram aqui; depois, eu as faço na rodada final, para quem se sentir confortável para responder.

Dr. Raphael Câmara, muito obrigado. Desculpe-me por demorar demais. Eu sei que o senhor estava também com um olho aqui e outro lá na sabatina. Inclusive, entramos num tema de que o senhor é muito *expert*. E que a verdade venha toda à tona. Muito obrigado.

O senhor tem dez minutos, com a tolerância da Casa, para fazer a sua exposição sobre esse tema de que nós estamos tratando aqui.

Obrigado.

O SR. RAPHAEL CÂMARA MEDEIROS PARENTE *(Para expor. Por videoconferência.)* - Dr. Girão, boa tarde, grande amigo. É uma honra estar aqui.

Antes, eu não tenho como, no dia de hoje... Como o senhor fala, é a causa das causas a defesa da vida. Estou hoje representando o Conselho Federal de Medicina. E a gente antes gostaria, sim, muito, de solicitar ao sabatinado para mudar esse parecer dele contra a resolução do Conselho Federal de Medicina da assistolia fetal, de que eu fui o relator. Enquanto essa resolução está revogada, está suspensa, dois a três bebês de oito, nove meses morrem por semana. Então, não tenho como não deixar esse pedido aqui, que eu sei que é uma causa sua.

Dito isso, eu quero fazer aqui... Eu tenho que compartilhar, certo? Então, por favor, me ajudem aí, se der problema, eu peço que só conte o tempo quando tiver, porque pode...

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Girão. Bloco Parlamentar Vanguarda/NOVO - CE) - Nossa equipe está vendo aqui como é que pode compartilhar... Opa. Está entrando aqui, olhe.

Deu.

Olhe aqui, violência institucional...

O SR. RAPHAEL CÂMARA MEDEIROS PARENTE (Por videoconferência.) - Tem que apertar em...

E depois tem que colocar em...

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Girão. Bloco Parlamentar Vanguarda/NOVO - CE) - Chegou a entrar, agora saiu.

O SR. RAPHAEL CÂMARA MEDEIROS PARENTE (Por videoconferência.) - Não, é que tem que colocar em modo...

Eu vou colocar aqui a apresentação, aí peço só que o pessoal veja se está tudo o.k. aí.

Está o.k.?

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Girão. Bloco Parlamentar Vanguarda/NOVO - CE) - Não, o senhor precisa compartilhar novamente.

O SR. RAPHAEL CÂMARA MEDEIROS PARENTE (Por videoconferência.) - Então, vamos fazer o seguinte? Que eu acho que... *(Falha no áudio.)* porque, eu...

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Girão. Bloco Parlamentar Vanguarda/NOVO - CE) - Chegou a entrar, viu? No primeiro momento...

Agora é o seu sinal que está ruim.

O SR. RAPHAEL CÂMARA MEDEIROS PARENTE (Por videoconferência.) - Eu sei, é...

Está ruim? *(Pausa.)*

Continua ruim?

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Girão. Bloco Parlamentar Vanguarda/NOVO - CE) - Não, melhorou - melhorou.

O SR. RAPHAEL CÂMARA MEDEIROS PARENTE (Por videoconferência.) - Então, faça o seguinte: vocês podem colocar aí e eu vou falando próximo? É o que dá para fazer, talvez seja a forma mais rápida para não atrapalhar.

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Girão. Bloco Parlamentar Vanguarda/NOVO - CE) - Vamos colocar aqui agora, só um minutinho, que aí o senhor vai falando próximo, aí eles vão mudando aqui. Acho que dá. Não dá, pessoal?

O SR. RAPHAEL CÂMARA MEDEIROS PARENTE (Por videoconferência.) - Isso, eu acho que é melhor.

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Girão. Bloco Parlamentar Vanguarda/NOVO - CE) - O pessoal da Secretaria está... Opa, já está, vamos ver aqui.

Pronto.

Vai ter um pequeno *delay*, mas aí o senhor vai acompanhando.

O SR. RAPHAEL CÂMARA MEDEIROS PARENTE (Por videoconferência.) - É do jogo, não tem problema nenhum. É importante a apresentação: eu sou Raphael Câmara, Conselheiro Federal de Medicina, médico ginecologista obstetra, com mestrado, doutorado, trabalho com isso o tempo inteiro. Então, não sou um leigo falando, além de representar o Conselho Federal de Medicina.

Dito isso, a gente até, como provocação, Senador... Nós não aceitamos o termo violência obstétrica. Isso é uma posição que está em resolução do Conselho Federal de Medicina. A gente entende que o termo violência obstétrica estigmatiza o obstetra, então a gente entende que o termo correto... Não é uma posição só do conselho federal, é também da Febrasgo, e olhe que eu falo com tranquilidade, que eu tenho as desavenças com a Febrasgo, inclusive eu não pago a Febrasgo, porque ela foi defender a descriminalização do aborto em 2018. Essa é a posição do Ministério da Saúde, que foi de uma portaria de 2019 pelo que me antecedeu no ministério, um erro que não tenha sido revogada. Então, o termo que nós entendemos seja esse: violência institucional; ou seja, a culpa é do gestor do sistema, e não do obstetra.

Bom, então está aí o que eu acabei de falar, tanto o parecer do CFM quanto o que a gente entende.

Pode passar. Eu combinei só com a assessoria, 15 minutos.

Bom, aqui também o Cremerj. Pode passar também, é só para mostrar que as instituições médicas não concordam com esse termo.

Então, no contexto legislativo, qual é o problema? Como o Deputado falou também, meu grande amigo, a Cris, Ministra, nossa ex-Ministra, sempre Ministra, que também vai falar depois, que me deu a medalha Princesa Isabel, os projetos em tramitação buscam tipificar condutas. A nossa posição é clara: se esses PLs, como estão, passarem, a orientação, sinceramente, vai ser para os obstetras saírem dos hospitais. O risco que eles vão correr de serem presos, a cada plantão, é enorme. Interferem na autonomia técnica, há uma possível interferência na autonomia técnica do médico baseada em evidências.

Ampliação do conceito para abarcar outros clínicos e aspectos da comunicação. A criminalização clínica, criminalização de intervenções reconhecidas, essenciais, que eu vou mostrar a seguir, e procedimentos sob risco. Por exemplo, tudo é considerado violência obstétrica na cabeça dessas pessoas. Indução do parto é violência obstétrica, ocitocina, fórceps, analgesia, cesariana - o pessoal tem ojeriza à cesariana. Sobre tudo isso eu vou falar.

Próximo.

A aprovação dessas propostas pode produzir efeitos contrários aos pretendidos. Um é insegurança jurídica: o profissional enfrenta risco de responsabilização penal em contextos clínicos complexos, que é a decisão de um segundo, para você decidir se faz isso ou não faz aquilo, pode significar duas vidas, não é somente uma vida. Vai provocar hesitação decisória, ou seja, você vai ficar pensando nisto na hora de tomar uma decisão: "Eu vou ser preso ou não vou ser preso?". "Faço a cesárea ou não faço a cesárea?". "Passo fórceps ou não passo o fórceps?" O retardo na tomada de decisão em momentos críticos pode ser determinante para a sobrevivência do binômio mãe-bebê e a perda de autonomia. A gente fica sujeito a leigos: o que leigos pensam, o que leigos decidem, com a redução da autonomia técnica. Ninguém se decide, por exemplo, ninguém se mete.

A ignorância, Senador, é uma virtude, muitas vezes, é uma dádiva, porque, eu, como sei de todos os riscos de uma cirurgia, jamais me aventuraria, por exemplo, a fazer uma cirurgia no coração, a uma cirurgia no cérebro, a uma cirurgia onde for, porque eu fui treinado para fazer cirurgia na barriga, no aparelho reprodutivo, e nas mamas. Mas tem pessoas que acham que isso é a coisa mais tranquila do mundo, fazer uma cirurgia, abrir uma barriga, a especialidade que mais sangra na vida é a obstetrícia. Então, a redução da autonomia técnica, baseada em evidências, compromete a qualidade essencial.

Próximo.

Risco de desassistência. Não tenha dúvida de que, se esses projetos de violência obstétrica - eu estou focando aqui na questão dos projetos de violência obstétrica - passarem como estão, é só conversar com os colegas obstétricos: vai todo mundo abandonar o SUS. No privado, não; porque, no privado, o preço que você vai colocar já está incluído ali o risco de processo. Mas, no SUS, que você tem um salário fixo - 99% das vezes um salário horrível -, os médicos vão abandonar os plantões. Quem vai sofrer? A mulher pobre, a gestante pobre. Risco de criminalização profissional de saúde, condições adversas de trabalho já existentes. Eu chamava, antes de entrar no ministério... É importante dizer que, com as minhas condutas - o senhor sabe disso -, o Brasil teve a menor mortalidade materna da história em 2022. Isso foi logo após o caos, numa política baseada em técnica e ciência, contra o aborto, e a gente conseguiu isso, com pressão jurídica crescente sobre obstetras, que já é a segunda especialidade com maior processo, só perde para a cirurgia plástica, em impacto direto. A obstetrícia torna-se especialidade de alto risco, comprometendo o acesso à população à assistência, sobretudo no SUS.

Próximo.

Ampliação excessiva do conceito. Os textos legislativos em questão adotam definições amplas e imprecisas, que podem enquadrar com violência. Condutas clínicas, procedimentos médicos reconhecidos e baseados em evidências científicas passam a ser violência obstétrica.

Comunicação, formas de expressão e linguagem utilizadas. Por exemplo, não sei por que esse pessoal odeia... Eu não chamo, mas geralmente é comum se chamar a gestante de "mãe" ou "mãezinha"; aí "Isso também é violência obstétrica". Muitas vezes, no momento do desespero, você não consegue nem perguntar o nome da pessoa. Termos afetivos, expressões coloquiais carinhosas, interpretadas como ofensivas, também gerando responsabilização penal.

Próximo.

Quais projetos de lei são esses?

Então, se não fosse esse "nós fomos vistos", nós, no desespero, sabendo que no mês dito - em março -, em que a qualquer momento poderiam aprovar dois projetos de lei, nós fizemos um vídeo e foi esse vídeo que salvou a obstetrícia e as gestantes pobres do país.

Esse vídeo deu mais de 2 milhões de visualizações, só o nosso - eu, o Francisco e o Diogo -, e com o *tracking* deu mais de 10 milhões de visualizações. Com isso, os Parlamentares entenderam o que eles iriam aprovar sem saber que estavam aprovando - porque o senhor, como Senador, sabe que muitas vezes esses projetos entram de supetão; ninguém sabe nem o que está votando e se coloca. Então, esse nosso vídeo realmente foi um verdadeiro sucesso e com isso a gente conseguiu, pelo menos, postergar.

Próximo.

Três conselheiros federais.

Bom, agora eu vou falar especificamente do seu projeto de lei - até então eu não estava falando -, aqui sempre no sentido de aprimorar, de melhorar, porque o senhor sempre nos ouviu. Eu falo com tranquilidade que o senhor hoje é um Senador um dos mais parceiros, se não o mais parceiro, do Conselho Federal de Medicina - essa, pelo menos, é uma opinião pessoal minha; não estou falando pelo CFM neste momento, nesse exato segundo.

Autoria: Senador Eduardo Girão. Dispõe sobre a garantia da atenção humanizada.

Pode passar.

Então, aqui, quais são as questões que a gente tem? Bom, o art. 3º, que dá... - eu não vou ler tudo - mas basicamente é a questão de autorizar a filmagem, passar a ser um direito, um dever do médico de brigar.

Eu, inclusive, recentemente, em março... Um parecer meu, do Cremerj, dizendo que quem autoriza ou não a filmagem na sala de parto é o obstetra, por motivos óbvios. Primeiro: você vai ter uma situação em que a pessoa que está do outro lado, num possível litígio, vai ter todas as armas contra você, e você nenhuma, porque obviamente ela vai ter a gravação - ela edita como quiser, usa o que ela quiser - e o médico lá, completamente desassistido nessa situação.

Além disso, existe a questão que é o direito de imagem. Você não é obrigado a querer participar de um evento de outra pessoa como um ator daquele evento e, muitas vezes - quando não sempre -, você completamente ensanguentado, defecado e urinado, porque essa é a realidade do obstetra. Você no chão, muitas vezes, e aparecendo, depois, numa imagem que vai durar décadas aquilo ali sendo passado, e sabe-se lá como vai ser passado.

Então, não é possível que você tenha esse direito de poder expor uma outra pessoa. "Ah, mas você não vai aparecer." - eu quero saber como que pode ter uma imagem de um parto em que o obstetra não apareça. Quem conseguir isso daí... só se for tapando, escondendo a imagem do obstetra, e certamente ninguém vai querer isso.

Então, a posição nossa é de que isso tem que ser autorizado e combinado com o médico, e não imposto.

Próximo.

Durante o pré-natal, será abordada, pela equipe de saúde, a questão do plano de parto.

E aí, no plano de parto, Senador, a gente já vê as maiores loucuras. Eu vou colocar alguns exemplos aqui. Inclusive, tem uma resolução minha, no Rio, vigente, que desobriga o médico de assinar maluquices. Tentaram derrubar na Justiça e não conseguiram.

Inclusive, às vezes tem processos em que a pessoa assina, no plano de parto, que não quer anestesia de jeito nenhum, e aí depois, na hora, tem que dar anestesia - a pessoa ainda fala assim: "Ah, eu não quero! Mesmo que eu peça, mesmo que eu grite e tal, não faça!" - e depois a própria pessoa que recebeu a anestesia vai e processa o médico. Isso é só procurar na Justiça que vocês vão ver que não tem nada de *fake news*.

§ 3º O parto cirúrgico somente poderá ser realizado nas seguintes hipóteses:

I - quando o parto pela via vaginal representar risco para a gestante ou para o nascituro;

II - por decisão da gestante [...] [ou seja, informado]

Isso é totalmente... Está muito amplo, não dá margem... dá margem, na verdade, à criminalização desnecessária. Eu acho que tem que se discutir também essa questão.

Próximo.

Caracteriza-se como violência obstétrica... A mesma coisa daqueles lá de violência obstétrica, que não dizia quem iria dizer o que é violência obstétrica. No PL de violência obstétrica que colocava 15 anos de cadeia para o obstetra, dizia que era uma suposta autoridade de saúde. Quem é a autoridade de saúde? Quem seria? Por exemplo, no Ministério da Saúde, o que está vigente é o meu manual de 2022, em que a gente autoriza tudo isso, mas certamente isso não agrada a turma do termo "violência obstétrica". E entendam que essa turma, Senador, geralmente é a turma que defende a descriminalização do aborto. Isso é, sim, uma questão muito bem dividida no Brasil. Tem que entender também essa questão.

Então, "não permitir que a mulher escolha sua posição de parto, obrigando-a a parir deitada [...]", ou seja, a posição de litotomia - eu vou falar sobre isso aqui. Os estudos mostram que muitas vezes é a melhor posição, muitas vezes a mulher

não tem como escolher a posição de parto. A gente está falando de uma situação de risco de morte, do que eu também vou falar um pouco na frente.

"Efetuar exame de toque repetidas vezes, por mais de uma pessoa, sem o devido esclarecimento e sem o consentimento [...]", o que é "repetidas vezes"? Tudo que fica vago... Mais do que duas vezes já pode ser "repetidas vezes". Muitas vezes você tem que fazer um toque mais repetido, outras vezes não há necessidade. Então, tudo que fica muito vago, coloca em risco o obstetra.

"Realizar cirurgia cesariana, sem autorização e sem informar à parturiente sobre seus riscos, ou ao seu acompanhante [...]", mas como assim "sem autorização"? A cirurgia cesariana, muitas vezes, é uma cirurgia de emergência. Seria que nem você solicitar autorização para fazer massagem cardíaca em alguém. Como é que, no momento em que está morrendo a mãe, a mulher, eu vou solicitar autorização ou falar com sei lá quem? É uma situação de emergência. Isso, muitas vezes, vem de quem nunca entrou numa maternidade na vida, que não tem noção do que seja uma maternidade. Aí acha: "Não, senhora. A senhora está morrendo agora tal e tal, assina isso aqui". Não é assim que a coisa funciona na vida real.

Próximo. Então, acabei o seu projeto e entrei no do José Guimarães, que é esse que a gente estava discutindo antes - pode passar -, de 2025. Mais cinco minutinhos e eu acabo. Dos crimes, que coloca por ofender a integridade corporal três anos.

Pode passar.

Se a lesão resulta em incapacidade, vai aumentando, seis anos de cadeia para o obstetra.

Pode passar.

E pode chegar a 15 anos, ou seja, se, por exemplo, a mulher tiver a perda ou inutilização de um membro, sentido, ou seja, se perder o útero por um motivo que tenha que perder - muitas vezes você tem que fazer a histerectomia para salvar a mulher -, 15 anos de cadeia. É o que está escrito aí - é o que está escrito. "Ah, mas não é bem isso". Não, não é bem isso, não. O que está escrito é que se a lesão resulta em perda de membro, ou seja, caso perca a função reprodutiva por perder o útero, o obstetra vai ter 15 anos de cadeia. Então, tudo que fica vago não dá para ser criminalizado.

Próximo.

Causar dano emocional à gestante. O que é dano emocional? É uma coisa difícil de você provar, eu falo isso agora como perito. Então, dois anos de cadeia para uma coisa tão subjetiva dessa. Você vai chegar e criminalizar o obstetra. "Ridicularização, humilhação, constrangimento". Se eu provocar constrangimento na cabeça daquela pessoa - não é na cabeça de uma outra pessoa, é na cabeça daquela pessoa - que for me denunciar no plantão, eu posso ficar dois anos na cadeia.

Próximo.

É só para entender que esse termo "violência obstétrica" vem da Venezuela, encampado pela Fundação Perseu Abramo do PT. Então, é um termo ideológico de esquerda, é importante que isso fique claro.

Próximo.

E aqui vamos falar rapidamente do que eu tinha avisado, de alguns procedimentos que são demonizados por essa turma da violência obstétrica e do dito parto humanizado.

"Não pode fazer episiotomia, de jeito nenhum". É óbvio que a episiotomia de rotina não deve ser feita, mas CFM, Febrasgo, Ministério da Saúde, lá no meu manual de 2022, feito pelo maior time de especialistas do Brasil, e junto com a Febrasgo, porque o atual Ministério não consegue colocar pessoas técnicas para fazer - tentaram puxar o de 2017, usaram o nome do CFM; o CFM mandou tirar, não sei se já tiraram, porque eles não conseguiram fazer um documento novo... Mostra aqui, eu não vou entrar em cada detalhe, mas está em amarelo, dizendo que a episiotomia, quando indicada, pode e deve ser feita.

Próximo eslaide.

Está aí sempre a referência, porque, se eu for ler tudo, a gente não acaba.

Inventam situações, né? Estão aqui, também, estudos mostrando que, sem episiotomia, você, inclusive, aumenta o número de laceração em determinadas situações. Aí, olha como é que o *Estadão* coloca: "Não me corta" - o não me corta é fazer episiotomia, que às vezes é necessária -, "mulheres imploram" - imploram -, "mas mesmo assim são mutiladas". Olha como a mídia coloca! Um procedimento que, às vezes, é necessário, sendo colocado como uma mutilação, como algo de tortura, que você faz para salvar a vida da mãe e do bebê.

Próximo.

Mais uma vez, colocam como violência obstétrica o fórceps. Fórceps, se aquele bebê estiver no período expulsivo, pode ser a única solução para salvá-lo. É o fórceps ou o Kiwi; ou o que eu vou falar depois, a manobra de Kristeller. A própria cesariana também é colocada como violência obstétrica. E aí, a gente tem que ouvir situações do tipo: "Entre mulheres

negras, é comum ouvir relatos de médicos que recusam a aplicação de anestésias". Isso é absurdo! Médico nenhum recusa aplicação de anestesia nenhuma, são mentiras que colocam para dizer que médico, de forma geral - essa demonização do médico, que foi feita de forma recente -, é racista. "Segundo elas, esses profissionais se valem de uma máxima racista de que a mulher negra é mais forte". Eu nunca ouvi isso, como obstetra formado pela UFRJ; fiz residência pela Uerj e nunca ouvi isso, desde 2001, quando eu me formei - vinte e cinco anos de formado.

Próximo.

E aqui, Kristeller. Por esse "porra" aqui eu peço desculpa, mas é o que estava na internet. O que eles fazem? Eles querem dizer que a manobra de Kristeller é você sentar, subir em cima da barriga da mulher. Não é. A manobra de Kristeller é você fazer uma pressão por cima - assim, dessa forma - na barriga da mulher, para ajudar o bebê a nascer. Isso é manobra de Kristeller. Se a pessoa sobe, senta ou qualquer coisa, eu sei lá que diabo é isso, mas não é manobra de Kristeller. Isso também querem colocar como violência obstétrica, manobra que, também, às vezes, é necessária; manobra que a Febrasgo também orienta a fazer, que não é proscrita, não é proibida, é só ir lá no *site* da Febrasgo.

Então, assim, a gente não pode... Porque, às vezes, é a única manobra, Senador, que a gente tem para fazer para evitar a morte da mulher. E aí, vai fazer o quê? "Não, não vou fazer nada, porque está proibido, porque não sei quem falou, porque a doula falou, porque a leiga falou, porque a promotora falou". Mas, enquanto isso, todas as sociedades de especialidades dizem que pode fazer.

Próximo.

E aí, a manobra de Kristeller, muitas vezes, está equivocadamente classificada como proscrita, mas não há qualquer evidência científica de que não deva ser utilizada. A Febrasgo ratificou a manobra de Kristeller para as situações necessárias e excepcionais - concordo, excepcionais, mas, no momento em que você proíbe, você não pode fazer em situação nenhuma.

Próximo.

Aqui - e aí, eu estou mostrando a Cochrane, de que o senhor gosta bastante -, mostrando que, se necessário, essa pressão fúndica, que é o termo usado em inglês, pode e deve ser feita, e que não há estudos que digam que ela é proibida. Eu estou mostrando a Cochrane - que é o que esse pessoal mais gosta de dizer -, que é o máximo da evidência científica. Onde que está escrito aí que essa manobra é proibida? Está aí, está aí a referência, não vou ler tudo para eu respeitar o tempo.

Próximo. Já está acabando.

E aí também há essas outras mentiras, o pontinho do marido, nunca ouvi falar nisso, só que a mídia, a *Intercept*, gosta de inventar essas mentiras para dizer que médico faz violência obstétrica. "O ponto para o marido não é só um mito [...]"; é um mito sim, ninguém nunca ouviu falar nisso, não existe essa situação.

Próximo.

E aqui, fechando já, são exemplos retirados de planos de parto reais. Eu tenho esses planos de parto comigo, eu não botei aqui por uma questão de sigilo.

"Desejo não ter medicação para dor". Em 90% dos partos que um obstetra faz, a mulher vai dizer que aquele é o momento em que ela mais sentiu dor na história da vida dela. Essa história de que parto não dói... Dói e dói muito, dói demais o parto na maioria das mulheres - algumas poucas não sentem.

"Não permito episiotomia em hipótese nenhuma". E se for necessário? "Não, eu não permito". O médico se assinar isso, ele fica complicado.

"Não quero que seja oferecida analgesia por nenhum membro da equipe. Eu mesma pedirei caso deseje alívio de dor". Não pode nem ser oferecido, se alguém oferecer à senhora: "Quer anestesia?", está indo contra o plano de parto.

"Não permito que minha barriga seja empurrada [...]". É a questão da manobra.

"Não autorizo o uso de colírio ou nitrato de prata". A gente está falando aqui da profilaxia de gonococcia ou de clamídia no bebê, que hoje é feita até com... Com outra substância, mas pode ser que não tenha e tenha que fazer com isso. Isso previne, Senador, a criança de ficar cega, e tem gente que acha que isso também é violência obstétrica.

"Deixar o bebê nascer naturalmente, sem puxos dirigidos ou giros e manobras manuais no expulsivo". Muitas vezes você tem que fazer manobra, por exemplo, numa distocia de ombro, você tem que fazer manobra. Se você deixar aquela mulher ali sem fazer manobra, ela vai morrer, o bebê vai morrer.

Próximo.

Aqui eu estou mostrando também - *January, 2019, US Taskforce* - que deve ser feito. Deve ser feito. Então, você não pode dizer que não pode fazer o que tem que ser feito.

Próximo.

Bom, este aqui é um artigo meu de alguns anos atrás, mostrando toda a questão do parto, da história, da evolução do parto desde 400 milhões de anos atrás, quando o primeiro peixinho foi indo para a terra. Parto não é doença de jeito nenhum, mas não há momento na vida da mulher em que ela corra mais risco de morrer do que no parto; por exemplo, de quatro bisavós, duas minhas morreram no parto. É só você pegar países como o Chade, em que você tem uma mortalidade materna de mais de 200 a cada 100 mil nascidos vivos.

Então, é uma coisa muito grande e perigosa, não dá para a gente querer romantizar. O parto tem que ser com obstetra, em hospital, com todo o cuidado. Só se diz que o parto é de baixo risco após o parto ocorrer, jamais antes; não existe parto de baixo risco antes, é só depois. Então, é atenção máxima, cuidado máximo, porque nunca na vida aquela mulher vai ter tanto risco de morrer do que durante aquele momento. Isso é a vida real, não é a vida que querem passar, romântica.

É por isso que países como Itália, Coreia do Sul, tem três a cada 100 mil - praticamente zero - mortes, e um país como o Brasil tem 57, na minha gestão foi a menor, e outros países da África Subsaariana têm mais de mil. Então, é para você ver o quanto faz diferença um bom atendimento.

Próximo.

Essa é a comparação entre o parto da mulher, do *Australopithecus* e do chimpanzé para ver o quanto que a bacia da mulher... O parto é complicado, porque a cabeça é maior do que a bacia.

Aqui é a Acog, a associação mais importante do mundo de ginecologia e obstetrícia, dizendo que pode ser feita, sem problema nenhum, a cesariana a pedido materno. Não pode ser demonizada.

Próximo.

Bom, se quiserem acabar, podem acabar.

Essa história da OMS também: "A OMS fala 15%". Mentira, já há muito tempo a OMS acabou com essa história de 15%. Deve ser feito o que tiver que ser feito.

Então vamos parar de mentir falando desse negócio de 10% a 15%, porque isso já acabou. Nenhum país mais do mundo, nem aqueles da Escandinávia, ainda segue esse negócio de 15%, tá?

E o Brasil também não é o país do mundo que mais tem cesariana, não, tem outros que têm mais, República Dominicana e outros. E ter mais cesariana também não é pecado, é problema nenhum, não. Se tiver que fazer, se tiver que ser 100% de cesariana, que se tenha 100% de cesariana.

E eu não defendo cesariana. Inclusive tem muito mais parto vaginal na minha vida do que cesariana. Tem que ser feito o que tiver que ser feito. Cada situação é uma situação. Por exemplo, a mulher que tiver muitos filhos, ela tem que ter parto vaginal, porque senão, ela vai ter problemas. Aquela mulher que tiver que ter um filho só...

Pode passar ao próximo.

Inclusive os estudos mostram que ela vai ter menos risco se tiver cesariana, que é aqui o que está mostrando isto aqui, da Acog. Quem quer ter o parto vaginal, você tem maiores riscos, no caso da cesariana, de ter hemorragia. Então, assim, mostrando as diferenças entre parto vaginal e cesariana, desvantagens de um e vantagens de outro.

Então obviamente, se você quiser, no caso de cesariana, você vai ter menos hemorragia, sim, menos hemorragia. Com mais de 40 semanas, você vai ter menos morte. No caso de parto vaginal, você vai ficar menos tempo, lógico, não é uma cirurgia, você, dependendo da época, vai ter menos problemas respiratórios para o bebê, menos placenta prévia e acreta e menos rutura uterina e cesariana em cirurgias posteriores. Então tem vantagens para uma e vantagens para a outra.

Na idade a termo, os estudos não mostram qual é melhor. Então quem falar que a cesariana ou o parto vaginal é melhor numa primípara, primeiro filho, de 40 semanas está inventando. Os estudos ainda não mostraram.

Próximo.

É a mesma coisa aqui, de dor, a gente está mostrando que, muitas vezes, deve ser feita a anestesia, a farmacologia. E querem colocar anestesia...

Na verdade, Senador, o que querem colocar, é violência obstétrica o que só um obstetra pode fazer. Qual a intenção disso? Tirar o obstetra da cena de parto, para arrumar emprego para outras pessoas e baratear a assistência. O médico é mais caro. Todo gestor sabe que você colocar um obstetra na maternidade é mais caro do que colocar um médico não obstetra ou colocar outra profissão para fazer o parto. Só tem um objetivo: baratear. Aí têm que começar esses discursos todos de parto humanizado, sei lá o que, para tirar isso.

Próximo.

Posição de litotomia, também mostrando que a posição que não é de litotomia, que dizem que é que nem frango, sei lá o que, frango na padaria, sei lá, que é a posição melhor para se fazer o parto. Ela tem menos chance de sangramento do que a posição, por exemplo, de cócoras, que é o que o pessoal do parto humanizado diz que é a melhor posição do mundo. Não é a melhor posição, sangra mais e para o obstetra então é terrível. E é o obstetra que, caso tenha um problema, vai ter que resolver. E ele vai estar no chão, deitado, sentado, sei lá como. Eu, por exemplo, a minha coluna nem aguenta eu conseguir ficar. Se eu ficar dez minutos naquela posição, eu já fui embora, o paciente vai virar eu.

Próximo.

E aí, recentemente a mídia achou lindo, o máximo um pai, com a questão do acompanhante, cair duro no meio de um parto. Eu não sei o que é que tem isso de máximo. Isso é um absurdo, porque você, muitas vezes, na vida do SUS, você está sozinho, como eu já tive, eu venho fazendo três partos ao mesmo tempo, não porque eu queria, porque não tinha mais obstetra. Eu fazendo três partos ao mesmo tempo, você imagina, o marmanjo cai no chão, bate com a cabeça, e eu, em vez de cuidar do bebê e da mãe, vou ter que cuidar do marmanjo no chão.

Então, assim, quem não tem condição de estar no parto não pode estar no parto. Não é bonitinho cair duro numa sala de parto. Isso tem que ser falado com todas as letras. Alguém tem que falar isso. Isso coloca em risco a mulher, o bebê e o obstetra, que pode responder depois criminalmente, ou por não ter atendido quem caiu duro no chão, ou por ter acontecido uma coisa com a mãe e com o bebê. Então quem entra num cenário de parto, seja cesárea ou seja vaginal, tem que saber que está entrando num procedimento cirúrgico, estéril, que a pessoa tem que estar preparada para aquilo ali, porque senão ele vai colocar em risco a sua mulher, o seu filho e o obstetra, e às vezes, outras pacientes também.

Próximo.

Bom, então é o último eslaide. É o que o CFM defende. Eu peço desculpas por ter me alongado. É o último eslaide. É só passar que a gente acaba já neste.

É o último, pode passar para o próximo.

O ordenamento jurídico brasileiro já dispõe de mecanismos eficazes para coibir abusos. O Código Penal prevê crimes com lesão corporal, maus-tratos e homicídio culposo. As resoluções do CFM, os pareceres e as resoluções que regulam a prática profissional com base técnica e ética... Tudo o que o médico errar já está prescrito nos pareceres e nas resoluções, no Código Penal, no Código Civil e administrativo. O Código de Ética Médica também - é só ler lá - tem todos esses artigos. A posição do CFM repudia qualquer forma de violência, obviamente institucional, no parto, e defende a assistência respeitosa e de qualidade, que preserva, obviamente, a autonomia do médico que, se fizer bobagem, vai responder por ela na justiça e no CRM.

Eu acho que esse é o último eslaide. Agradeço a oportunidade. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Girão. Bloco Parlamentar Vanguarda/NOVO - CE) - Muito bem, muito obrigado pela sua participação, Dr. Raphael.

Esclareceu muito, muito. Isso é importante, é importante. O nosso próprio projeto, o que a gente deu entrada no ano passado, foi um pouco inspirado no parto livre, que foi aprovado pelo Deputado Callegari e sancionado já pelo Governador do Espírito Santo, também com colaborações da Janaína Paschoal. É uma das causas da Janaína, a quem eu mando o meu abraço. Ela também colaborou. Mas eu já vi ali que tem ajustes a fazer, isso faz parte.

Esta reunião é uma instrução do nosso projeto. Só que tem uns dois detalhezinhos que o senhor colocou ali. Um deles é a questão da filmagem. Talvez o senhor não tenha visto ali, está em uma linha. É com a permissão do médico. Isso aí ficou muito claro lá no nosso texto. E também a questão do toque, a gente precisa definir isso. O que o Deputado falou - e eu concordo com ele - é que não é o do obstetra que está ali responsável, o do médico que está responsável pela gestante, são outros que chegam, alunos. E está lá no nosso projeto, inclusive, com a devida autorização da gestante. A questão do toque também. São detalhes que a gente vai aprimorando juntos.

Como o senhor falou, eu tenho uma admiração grande pelo Conselho Federal de Medicina. O senhor é, hoje - considero importante que as pessoas saibam -, o Conselheiro Federal, pelo Estado do Rio de Janeiro, do Conselho Federal de Medicina. Eu o considero um grande profissional, uma pessoa que entende bem desse assunto, que debate no Brasil inteiro. O senhor transcendeu, trabalhou no Governo anterior, com muita firmeza.

E por falar em Governo anterior - já registro que a falha foi minha - a Coordenadora da Rede Alyne, do Ministério da Saúde, estava aqui. A falha foi nossa, por isso que ela não pôde ficar. Mas eu peço, depois, ao Ministério da Saúde que, se puder, envie colaborações, o que elaalaria - a Dra. Thatiane Torres - para a gente instruir esse PL. Eu agradeço ao Ministério da Saúde do Brasil.

Do Governo anterior, nós estamos aqui nada menos do que com a Ministra. Foi a Ministra da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. É a Cristiane Britto, hoje Secretária-Geral Executiva Nacional do Mulheres Republicanas.

Muito obrigado, Cristiane Britto. Você tem a palavra por dez minutos, com a tolerância da Casa. E eu peço desculpas aqui publicamente por esse grande atraso no início desta nossa sessão.

A SRA. CRISTIANE BRITTO (Para expor.) - Obrigada, Senador Girão. É uma honra estar aqui ao seu lado.

E eu esperaria o tempo que fosse. Eu estava aqui no corredor do lado, porque, para mim, toda pauta que fala sobre proteção da mulher, de verdade, sem ideologia... A gente está querendo só cuidar da vida desde a concepção, mas cuidar também da mulher mãe. Esse olhar que o senhor sempre tem, para mim, é prioridade máxima.

Peço licença para cumprimentar toda a mesa na pessoa da Larissa. Eu cheguei aqui e passei umas duas horas conversando com ela, com o Deputado Wellington. A gente trocou ideias, né, Larissa?

Parabéns pela sua disposição e pelo seu olhar humano!

Senador, eu vou falar aqui não só como ex-gestora que fui da pauta do Ministério da Família, o primeiro Ministério da Família que este país já teve. Infelizmente, não existe mais nenhuma pasta que cuide da família, da criança também, que era ali naquele ministério, da mulher. Enfim, sobre todos esses pontos sensíveis que norteiam o que foi falado aqui pelo nosso amigo Raphael, pelo nosso Deputado, eu vou falar também como mãe, do que sofri no meu parto, no meu pós-parto.

Eu quero, primeiramente, já pontuar dizendo da alegria que foi ler o seu projeto, que realmente vem para esse vácuo que nós temos na nossa legislação, mas de uma forma humana. A todo momento, quando a gente lê aquele texto, a gente vê a forma humana como o senhor trata a mulher gestante.

E quero pontuar que também sou extremamente contrária, como advogada também que sou, há 23 anos, ao termo "violência obstétrica". Eu acho que rotula... Ninguém pensa, por exemplo, que, se alguém sofreu uma situação por meio de uma profissional da enfermagem - eu falei sobre isso com a Larissa mais cedo -, ninguém vai lembrar; vai se lembrar do médico obstetra.

Então, acho que isso rotula a profissão. Eu sou a favor de um termo como "violência institucional no parto" ou "violação aos direitos da mulher gestante" - simples assim. Porque nós mulheres gestantes temos direitos peculiares; temos.

Eu sofri uma violação dos meus direitos como mãe logo após o parto, quando eu não consegui amamentar. Meu bebê nasceu prematuro, com 1,4kg, e a enfermeira responsável pela ala de ensinar aquela mulher que acabou de ter o bebê a amamentar, Larissa, falava que, se eu não o amamentasse corretamente, nos próximos cinco dias, meu filho iria voltar para a UTI, ou eu tão cedo não teria alta. E aquilo foi me incomodando. E eu não conseguia fazer a tal da pega.

Veja, eu estou passando uma situação... O sofrimento por que eu passei foi pela enfermagem. Eu não conseguia fazer a tal da pega. E se você não fizer a pega direito... E aí se tentaram vários artifícios, com o copinho, e eu não conseguia. E eu ficava frustrada, porque o sonho de toda mulher... Eu passei 19 anos para ser mãe. O meu bebê, o Flavinho, que hoje tem sete anos, é um milagre. Eu era estéril, mas eu tinha uma promessa de Deus de que eu iria ser mãe. E, depois de 19 anos, o que é que eu queria? Eu queria amamentar - eu queria amamentar. E, se fechar os olhos, eu me lembro, depois, da sensação de amamentar pela primeira vez. Quando eu olhei nos olhos dele, foi como se fosse... "Meu Deus! É uma vida, é um milagre!" É algo muito sublime para a mulher quando amamenta pela primeira vez.

Então, eu queria amamentar. E aquela pressão em cima de mim - "Você não está conseguindo" -, e aí ele perdia peso, ele começava a ter crise de hipoglicemia, Deputado. E aí, se tivesse crise de hipoglicemia, era risco. Enfim, eu comecei a ficar apavorada. Resultado: depois de 15 dias, eu já internada na maternidade no hospital particular aqui de Brasília, uma enfermeira me manuseou de uma forma que eu tive muita dor, e ela falou: "Ou você coopera comigo, ou então seu filho vai voltar para a UTI, e você não tem previsão de sair daqui. Você só sai quando você amamentar".

O que aconteceu? Naquele dia, eu entrei em pânico, eu me senti frustrada como mãe, eu achei que eu não iria ser capaz e que meu filho ia voltar para a UTI - o medo de perdê-lo -, e eu tive uma eclâmpsia pós-parto, minha pressão foi a 24, eu tive uma eclâmpsia pós-parto e eu fui para a UTI. Eu passei sete dias internada na UTI.

Houve aquele processo todo, depois o médico conversou comigo, mas ele também não cuidou de mim. O médico que fez o meu parto podia ter me acompanhado, ter me orientado... Eu me senti sozinha. A mulher, quando acaba de parir, gente, se sente só. É uma solidão! Quando você olha para aquele bebê, ele depende de você, agora a sobrevivência dele depende só de você e de mais ninguém, de Deus; é uma solidão. Eu não conseguia compartilhar com ninguém o que eu estava sentindo. E o meu psicológico foi a zero. Eu não me sentia nada. Ali, eu não era advogada, eu não era especialista em proteção da mulher, eu era a Cristiane, mãe que estava falhando porque eu não conseguia alimentar o meu filho. Foi assim que eu me senti.

E, depois de dias na UTI, eu comecei a me libertar daquela cobrança, e eu entendi que o meu filho poderia sobreviver mesmo sem o leite materno. Depois de um mês, eu comecei a relaxar e consegui amamentar. Eu realizei o meu sonho de amamentar.

E eu conheço também colegas, amigas... Eu conheço uma mulher que foi uma das mais altas autoridades na Justiça do nosso país. Uma mulher que você olha para ela e fala: essa daí, sabe, nada vai atingi-la. E eu me lembro de quando ela relatou para mim que teve um dia em que ela também não conseguiu amamentar, e ela sofria pressão para ter... senão ela não poderia ter alta. A criança não poderia ter alta, também prematura. Ela foi para o corredor do hospital, se jogou no chão e chorava de urrar. Ali ela não era a doutora, a bambambã, não; ela era a mulher, ela era a minha amiga, mulher comum.

Eu estou falando isso porque, todas nós, esse tipo de violência institucional no parto acomete qualquer mulher, de qualquer classe social: a mulher ribeirinha, mas também a mulher aqui do centro de Brasília. Só que eu tive um apoio, um suporte que talvez a mulher ribeirinha lá não tenha, e eu acho que é isso que a gente tem que falar.

Eu acho que a gente tem que fugir dessa questão só de criminalizar, de trazer o médico ou o profissional da enfermagem também para o centro. Vamos falar da precariedade do nosso sistema? Vamos falar sobre isso? Vamos falar dos municípios que não têm uma política pública de preparar aquelas mulheres gestantes?

Poxa, se você sabe que a gestação dura tantos... x semanas e que pode ter um parto prematuro, por que o município não se programa de forma adequada? Quem é que está fiscalizando isso? Enfim, qual o compromisso que tem aquele município, de verdade, em cuidar dos direitos da mulher gestante? Eu acho que é sobre isso.

E aqui eu trago uma contribuição, prezados, que eu fiz como técnica, como advogada, como ex-gestora, porque fui muito cobrada sobre essa pauta; mas eu era cobrada, enquanto Secretária Nacional de Política para as Mulheres, só do ponto de vista de criminalizar os médicos. E aí, eu falei: não, essa situação da violação dos direitos da mulher gestante vai muito mais além do que isso. Enquanto a gente não colocar todo mundo na mesa para conversar, eu me recuso a construir uma política pública só para agradar uma ala da esquerda, porque era para isso que eu estava sendo cobrada.

E eu trouxe aqui uma contribuição, dizendo que há temas que pedem mais do que um posicionamento, e acho que é isso que esta audiência pública simboliza aqui nesta tarde, nesta noite; pedem maturidade. Então, eu vi a explanação do Deputado, do meu amigo Raphael Câmara, vi o projeto de lei, e acho que é isto: a gente está trazendo, para esta mesa, maturidade para dialogar.

E poucos temas são tão sensíveis quanto aquele que trata da gestação, do parto e da vida que começa, porque estamos falando de um dos momentos mais profundos e divinos da experiência humana. Gerar uma vida não é apenas um processo biológico, é um processo físico, emocional e, muitas vezes, também, espiritual. É assim que eu acredito. E é um momento de entrega, de vulnerabilidade da mulher, de confiança, um momento em que a mulher precisa ser vista, ser ouvida e, acima de tudo, ela precisa ser respeitada. Essa autonomia, de que tanto se falou aqui, é primordial. Ela precisa ser ouvida e ela precisa dessa autonomia dela para decidir.

Durante muito tempo, o debate sobre o parto no Brasil tem sido marcado por extremos. De um lado, mulheres que relatam experiências de dor, de desinformação, intervenções desnecessárias e falta de autonomia. E de outro lado, profissionais da saúde que enfrentam jornadas exaustivas, estruturas precárias e uma pressão constante por resultados em um sistema que, muitas vezes, opera no limite. E aqui é importante dizer com todas as letras: não existem dois lados opostos; existem duas realidades que precisam caminhar juntas. E, aqui, temos essa oportunidade, no Senado Federal, de construir isso.

Os dados mostram que o Brasil ainda enfrenta desafios importantes na assistência ao parto, foi falado aqui sobre isso, que temos taxas elevadas de cesarianas, taxas que, na rede privada, ultrapassam 80% dos partos e nos colocam muito acima dos parâmetros recomendados internacionalmente. E, ao mesmo tempo, nós temos a taxa de mortalidade materna alta, considerável, que, embora tenha melhorado ao longo dos anos... Eu tenho muito orgulho de ter feito parte de um Governo que... O Raphael tem números sobre isso, Senador, nós tivemos a menor taxa de mortalidade das últimas décadas no Governo Bolsonaro. Mas, agora, infelizmente, as políticas públicas foram interrompidas e revelam desigualdade regionais alarmantes.

Esses números, mais uma vez, não apontam culpados; apontam um sistema que a gente precisa evoluir, mas criminalizar, tão somente, não é a única saída. E é nesse ponto que eu penso que o debate sobre esse projeto, esse alarmante, na Câmara dos Deputados, que quer penalizar, com 15 anos de reclusão, um profissional da especialidade da obstetrícia, não é o caminho. A discussão, que antes se concentrava na tipificação de um crime, agora, no Senado, a gente tem a oportunidade de concentrar nos direitos da mulher e da humanização desse momento tão importante para a nossa vida. E essa mudança não pode ser interpretada, mulheres que nos assistem, como recuo. Não é isso. Nós não estamos recuando em nenhum momento. A gente está qualificando o debate para que todos os direitos das nossas mulheres sejam respeitados.

Porque proteger a mulher não é necessariamente criminalizar o médico. Longe disso, proteger a mulher é garantir informação clara, consentimento, garantir autonomia, dignidade, acolhimento, segurança; é assegurar que ela seja protagonista de um dos momentos mais importantes da sua vida e, ao mesmo tempo, é reconhecer que o profissional de saúde não é um adversário - ele é nosso aliado. Quando a gente procura um médico obstetra para participar do momento mais importante da nossa vida, eu tenho certeza de que a gente pede recomendação. Se a gente não tem direito de opinar quando não temos um plano de saúde, a gente vai atrás de uma recomendação de qual é a melhor maternidade. Eu conheço mulheres que até se mudam para determinada localidade - lá no interior da minha Bahia é assim - onde tem um município que tem a melhor maternidade. A gente quer o melhor médico.

Então, é um aliado. O nosso profissional da medicina é um aliado que precisa de condições dignas de trabalho, de segurança jurídica, de estrutura adequada para exercer a sua função. E nós não podemos construir uma política pública baseada no medo. Imagina, se nós já temos um sistema precário, se a gente for criminalizar e colocar os poucos médicos que nós temos dessa especialidade com medo de entrar numa sala de parto, que cenário nós teremos para as próximas gerações? Nem no medo da mulher, nem no medo do profissional de medicina. Política pública se constrói com equilíbrio, com responsabilidade, com visão de longo prazo.

Por isso, ao caminhar para um texto que consolide esses direitos, o apelo que eu faço aqui é o de se deixar de lado o ponto de vista só de penalidade. Nós já temos um Código Penal que criminaliza o profissional da medicina que cometeu uma imperícia. Se for o caso, no máximo, ponderar, Senador, um aumento de pena quando ficar provado que essa imperícia se deu no parto. Talvez! Mas não criar um tipo penal específico para esse profissional da medicina.

Eu acho que essa legislação - e nós temos, sim, um limbo legislativo - fortalece, incentiva a política do cuidado - é preciso também a gente ter esse olhar atento -, valoriza a relação de confiança entre o paciente e o profissional, e reconhece que o parto não pode ser tratado como um campo de disputa. Eu penso que é isto que, às vezes, a esquerda quer: trazer, para dentro de uma sala de parto, um campo de disputa, um campo de disputa entre a doula e o profissional de medicina, entre a enfermeira e a doula. Não é isso. É um espaço de cooperação, é um espaço de privilegiar a vida, de privilegiar o nascimento de um ser. O que precisamos é garantir, daqui para a frente, que esses direitos não fiquem apenas no papel.

A legislação é urgente por quê? Nós estamos vendo muitos - e aqui me desculpem os profissionais do Ministério Público - agindo de forma inadequada contra os profissionais da medicina, como se tudo fosse crime, trazendo a subjetividade para a linha de frente.

Como o Raphael falou, o que é a violência psicológica contra uma mulher que está no momento de parto? É muito subjetivo, porque, primeiro, nós estamos ali com os nervos à flor da pele. Ela precisa de aconselhamento; ela precisa de orientação. Uma mulher sem orientação - a psicóloga Larissa sabe muito mais do que eu - não vai saber nem verbalizar o que ela está sentindo. Então, essa violência obstétrica emocional é mais perigosa ainda. É muito subjetivo.

Então, eu penso que o Parlamento já está à altura de encarar esse desafio, Senador, com sensibilidade para ouvir - e esta audiência pública representa isso -, com firmeza para decidir. Que seja um marco que proteja a vida, que respeite e que evolua.

Meu apelo aqui, Senador, é que a gente fale sob o ponto de vista das penalidades em relação à violação ou não dos direitos da mulher gestante, e que não se traga para o centro a figura do profissional da medicina ou da enfermagem ou de qualquer profissional ali que esteja participando do momento do parto.

Muito obrigada por esta oportunidade.

Desculpem o desabafo da minha experiência pessoal, mas é porque, quando eu me lembro, é algo que eu sinto na pele de volta. Que bom - eu louvo a Deus - que eu consegui amamentar o Flavinho, mas eu poderia não ter sobrevivido, porque eu fui vítima, infelizmente, de um profissional que não me acolheu, que não me viu ali como ser humano, que só queria me obrigar simplesmente a cumprir o protocolo de que eu tinha que amamentar de qualquer jeito.

Muito obrigada. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Girão. Bloco Parlamentar Vanguarda/NOVO - CE) - Amém! Muito bom.

Olha, quem tem que agradecer somos nós aqui do Senado, Ministra. Não é à toa que a senhora foi uma grande Ministra, junto com a Senadora Damares, hoje nossa colega Senadora. E os resultados estão aí para a gente entender e compreender. Mas o seu testemunho aqui foi muito forte.

Eu não estou falando que esta audiência é histórica? Porque é um tema que tem um limbo para a gente legislar. E uma fala está complementando a outra. O que eu estou achando bacana é isso. E eu fico muito feliz por estar conduzindo isso, e a responsabilidade só aumentando. Vou precisar do seu apoio.

Eu acho que o nosso projeto não foi ainda deliberado pelo Presidente da Casa, para as Comissões. Quem sabe possa ir, deve ir, com certeza, à Comissão de Direitos Humanos, à CAS. Vou cobrar o Presidente para ver se ele agiliza isso.

Não foi distribuído ainda não, né? Nossa Secretária, se puder pegar aí na distribuição... Mas eu acho que não foi distribuído ainda, não. Já está há um tempão lá, quase um ano que está na Presidência, para saber em que Comissões vai tramitar.

Sem mais delongas, eu passo a palavra à Dra. Heloísa Ferreira Lessa, membro da Câmara Técnica de Enfermagem em Saúde da Mulher do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen).

Muito obrigado pela sua presença, Heloísa. Mais uma vez, desculpa pelo atraso absurdo.

A senhora tem dez minutos também, com a tolerância da Casa, para sua exposição. *(Pausa.)*

A equipe vai resolver agora esse problema técnico.

O SR. MARCELO MARSILLAC MATIAS *(Fora do microfone.)* - Ah, consegui!

A SRA. HELOÍSA FERREIRA LESSA *(Fora do microfone.)* - Conseguiu?

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Girão. Bloco Parlamentar Vanguarda/NOVO - CE) - Deu certo? Pronto.

A SRA. HELOÍSA FERREIRA LESSA *(Para expor.)* - Desculpa, eu sou baixinha. Prefiro falar em pé.

Agradeço à Presidência da mesa, a esta Comissão. Acho que é muito importante esta discussão que a gente traz.

Como o Dr. Raphael se apresentou, eu também tenho mestrado e doutorado na área. Sou enfermeira obstetra e atuo na assistência ao parto há 45 anos. Então, vou falar também com alguma experiência nesse sentido.

A violência obstétrica é entendida na literatura científica como qualquer ação ou omissão por parte de profissionais de saúde que cause dano físico, psicológico ou emocional à mulher durante o pré-natal, parto, nascimento ou puerpério, incluindo a negação da autonomia, desrespeito e intervenções desnecessárias.

Então, primeira coisa aqui: vamos tirar a palavra "médico", porque a gente está falando de profissionais na assistência ao parto. E a enfermagem hoje é um profissional na assistência ao parto, no Brasil e no mundo inteiro.

A gente fala de violência física, que é a episiotomia sem indicação clínica. Eu acho que vale a pena a gente falar os dados que a gente tem. Uma coisa é a indicação clínica, os números serão baixíssimos. Eu, pessoalmente, não faço uma episiotomia há pelo menos 30 anos. E muitas pessoas trabalham assim, a gente sabe desses resultados. Então, uma coisa é falar de uma episiotomia necessária numa situação de morte, que não é o que acontece na maioria dos casos. Quando a gente está falando de episiotomia, de liberar a episiotomia, isso é uma questão grave.

Quando a gente fala da manobra de Kristeller, a gente tem que lembrar quantas mulheres tiveram costelas quebradas por uma manobra de Kristeller, quantas mulheres tiveram colos uterinos lacerados pela manobra de Kristeller. Então, em lugar nenhum do mundo - eu fiz meu doutorado, inclusive, em parceria com a Inglaterra -, em nenhum lugar do mundo se faz Kristeller. Isso é uma coisa importante.

Quando um parto começa a ficar difícil, isso acho que é importante de a gente falar, a gente consegue perceber. A emergência obstétrica não é assim. O parto começa a mostrar que não está indo bem, o partograma começa a mudar. Então, hoje em dia, com o advento de uma cesárea tão segura como a nossa, não se justifica a gente chegar no momento do período expulsivo nessa situação-limite. Então, essa situação de uma emergência obstétrica, isso não é bem assim. A emergência vai acontecendo e ela vai se mostrando. A questão é ter um profissional competente, gabaritado, para identificar essa distocia no princípio e não chegar no final. E aí, no final, qualquer coisa... Aí, corta a mulher, puxa o bebê, e a gente não pensa nas consequências a longo prazo do que significa, por exemplo, um bebê nascido a fórceps, do que significa uma laceração desse grau. Então, acho que isso é uma coisa importante de a gente falar.

Quando a gente fala de violência verbal e psicológica, a gente sabe: "se não fizer força, vai morrer"; "está fazendo tudo errado". A gente já ouviu isso muitas vezes. Então, essa violência existe, sim, e não é só do profissional médico, é do profissional que está na ponta, pelo modelo todo. Então, eu incluo as enfermeiras também.

A violência institucional: negar o acompanhante - o que a gente já sabe -, a demora no atendimento, a falta de analgesia quando indicada ou solicitada também, e, obviamente, a violação da autonomia - são os procedimentos sem o consentimento informado, a falta de explicação sobre as condutas, impossibilidade de escolha informada. Muitas vezes, um toque... Se a gente explica para essa mulher o que foi feito nesse toque, o que ele está vendo, isso é diferente. Eu já vi milhares de vezes a pessoa ser tocada, ser tocada, a gente vai, vira as costas e nem explica o que está havendo, o que aconteceu. Então a questão é muito além só do procedimento, vai além disso.

Quem sofre violência obstétrica? Todas as mulheres, mas, com certeza, a gente sabe que as negras são mais vulneráveis e sofrem mais. Isso é uma realidade no Brasil. A OMS reconhece que mulheres em todo o mundo sofrem desrespeito e abuso durante o parto institucional, o que constitui uma violação dos direitos humanos.

O modelo de assistência obstétrica no Brasil é majoritariamente médico-centrado, com o profissional ocupando o papel central nas decisões e o parto sendo conduzido como um evento predominantemente técnico e hospitalar. Esse é o nosso modelo. E a gente não pode esquecer que 98% dos partos no Brasil ocorrem nas instituições de saúde. É lá que o povo está morrendo. Que contradição, não é? A gente falar de violência no espaço onde a gente deveria falar de cuidado. Isso é grave. Isso é muito grave.

E qual é o cenário brasileiro? Claro que a cesariana tem que ser feita, mas 60% de cesariana? Será que as nossas mulheres são tão diferentes das mulheres mundo afora, que a gente vai precisar fazer tanta cesariana? Não é possível. Tem alguma coisa errada. A gente tem uma crescente e elevada taxa de prematuridade. Isso é grave. A gente tem uma mortalidade materna que não cai, mesmo aumentando a quantidade de cesariana. E a gente tem um coeficiente de mortalidade neonatal de sete óbitos por mil nascidos vivos - isso é muito. E 98% dos partos acontecem nas instituições hospitalares. É lá que está tendo problema, inclusive.

Eu não posso deixar de falar o que é necessário para um parto acontecer de forma natural. A gente tem um coquetel de hormônios que tem origem no nosso cérebro primitivo: a ocitocina. É bom a gente lembrar que a gente aprendeu tem pouco tempo que a ocitocina é o mesmo hormônio que é liberado na amamentação e em qualquer evento da vida sexual. Isso me diz que a ocitocina é um hormônio tímido, que ela não é liberada em qualquer ambiente. E a gente precisa facilitar esse tipo de liberação para que realmente esse processo possa acontecer. E isso a gente não faz; isso a gente não faz. Quando a gente coloca a mulher com a luz acesa e com todas as intervenções no hospital, a gente não está favorecendo o processo de parto normal.

Então, não é só a informação; é o que a gente oferece para essa mulher naquela hora. Isso faz a diferença. Se a gente tem essa possibilidade, a gente vai ter, inclusive, a endorfina. A endorfina é uma potência de anestésico. Muitas mulheres não pedem e não precisam da anestesia.

Assim como todos os mamíferos, as mulheres precisam se sentir seguras para parir; precisam de um ambiente com pouca luz, um ambiente aquecido; precisam de um pré-natal de qualidade; precisam de informação, sem dúvida nenhuma, e podem, sim, precisar de intervenções, que serão sempre muito bem-vindas quando necessárias. Então, isso é uma coisa clara. Ninguém está lutando aqui por parto normal, por cesariana; a gente está lutando por saúde, mas intervenções que sejam necessárias. Essa que é a questão. A gente está indo muito além do que é necessário, porque a gente não dá essas condições para as mulheres.

O parto é um evento fisiológico... A Dra. Cristiane falou muito bonito sobre isso, e foi muito emocionante, realmente, a sua fala. Então, quando a gente fala de um parto normal, a gente fala de um menor risco de complicação materna, como hemorragia, infecção e eventos tromboembólicos; a gente fala de uma recuperação de pós-parto mais rápida; a gente reduz a incidência de desconforto respiratório do recém-nascido.

É importante a gente saber, por exemplo, que no Brasil existe uma categoria que são os prematuros tardios. Só no Brasil existe isso, olha que coisa interessante. Prematuros tardios são aqueles bebês que nascem por cesárias agendadas antes da hora, e esses bebês nascem como prematuros. Eles estão com 37, 38 semanas, mas eles não estavam prontos para nascer. Percebe? Então, olha a iatrogenia. Nós estamos criando essa iatrogenia.

A formação do microbioma que dá origem a 80% do sistema imunológico - isso é um dado que a ciência traz e que é muito recente, não tem mais do que dez anos esse dado. E eu acho que é importante a gente falar: o bebê na barriga da mãe é *germe free*, ele não tem nenhum contato com bactéria. Quando ele passa pelo canal vaginal, ele é contaminado por milhares e milhares de micro-organismos, de bactérias. Essas bactérias que ocupam o corpo do bebê vão formar 80% da flora intestinal. A flora intestinal é responsável pelo nosso sistema imunológico, então os germes que vão ocupar o corpo do bebê, logo após o nascimento, vão dizer lá na frente, ao longo da vida inteira do ser humano, qual é a capacidade imunológica desse bebê. E isso só de parto normal, não tem jeito. Se esse bebê nascer de cesariana, como é que eu faço? Como é que eu meloro essa questão? Existe uma forma, que é a hora de ouro, que é colocar o bebê pele a pele com a mãe na primeira hora do pós-parto, uma coisa que é absolutamente negligenciada nos hospitais, porque eu tenho que ir rápido. Então a gente esquece que o bebê tem que nascer e ter segurança pelo resto da vida. Não é só nascer e estar vivo, e está tudo bem. Não, a gente está falando de segurança e a gente está falando de futuro. A gente está falando do futuro da humanidade, inclusive.

O parto fisiológico está associado a melhores taxas de amamentação, fortalecimento do vínculo mãe-bebê, claro, e a importância da hora de ouro, que eu acabo de falar aqui. É uma coisa tão simples de a gente fazer, a hora de ouro.

Numa cesariana, é tão simples de a gente fazer, e como é difícil o modelo médico - ou o modelo medicalizado, o modelo hospitalar - nos permitir isso. Percebe assim? É uma briga simplesmente para deixar o bebê no colo da mãe, e isso deveria ser caracterizado, sim, como uma violência.

A gente não pode deixar de falar da potência da água no alívio da dor. E, quando a gente fala de banho, de piscina, de chuveiro, não é para ser romântico ou para ser legal ou para ser gostoso; é porque, realmente, quando uma mulher entra em franco trabalho de parto numa banheira, em duas horas esse trabalho de parto evolui absurdamente. É importante saber, por exemplo, que na Inglaterra não tem uma maternidade que não tenha uma piscina de parto. Então isso é uma loucura, por que a gente não... E teve um caso grave, inclusive, banheiras de parto que foram quebradas na maternidade lá de Belo Horizonte, porque parece que é frescura. Isso não é frescura, isso é ciência, isso é diminuir a intervenção. A gente sabe que a anestesia tem risco, claro que tem risco. Você coloca um anestésico e muitas vezes o bebê, inclusive, bradicardiza ali na hora. Não é uma coisa sem risco, e coisas que são simples a gente deixa de falar. E parece que é romântico, que é brincadeira, que é curtição, isso não é curtição, isso é ciência. A gente tem as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal e a gente sabe, hoje em dia, das boas práticas obstétricas, que são as condutas baseadas em evidências que respeitam a fisiologia do parto e o protagonismo da mulher, incluem o acolhimento e a oferta de informação clara, o direito a acompanhante e a liberdade de posição e movimento dentro do trabalho de parto.

Isso é tão bonito de ver. Eu às vezes não acredito, mas até hoje eu vejo mulheres fazendo posições para parir diferentes de todas que eu já vi, e elas fazem essas posições em função do bebê. O bebê tem que fazer um giro, então, em função desse giro do bebê e dessa posição da pelve é que a mãe vai escolher a posição de parto. Então não é porque ela acha legal, porque ela quer isso ou porque ela quer aquilo, é porque o corpo dela está mandando. E a gente tem que escutar isso, essa que é a questão. Percebe?

Uma vez eu tive um parto e foi uma coisa incrível: a mãe tinha uma necessidade de... no período expulsivo, ela juntava, uma coisa assim, eu nunca tinha visto aquela posição. Quando o bebê nasceu, que eu fui colocar no colo da mãe, o cordão era tão curtinho que o bebê ficava na altura da cicatriz umbilical da mãe. Percebam, quando ela fazia esse movimento, se o cordão está ligado na placenta e a placenta está no final, no fundo do útero, isso diminuía a distância. Se ela estivesse deitada numa posição litotômica, esse bebê nunca teria nascido. Então, quando a gente fala de posição, de liberdade de posição, a gente não está falando porque qualquer coisa, porque a mulher tem que... é porque aquilo é um comando, porque a mulher sabe qual é a posição em que ela vai ficar.

Recomenda-se evitar intervenções de rotina, como a episiotomia, a amniotomia precoce, que é a rotura da bolsa, e o uso indiscriminado da ocitocina, que é uma coisa clássica: entra no hospital e vamos botar aí para nascer todo mundo, e aí a gente aumenta a contração, a dor, o sofrimento fetal. Um grande absurdo que a gente já sabe. Também o contato pele a pele imediato, estímulo ao aleitamento materno na primeira hora de vida e o clampeamento oportuno do cordão umbilical dentro de um modelo de cuidado seguro, respeitoso e centrado na mulher. Isso são as Diretrizes do Ministério da Saúde de Assistência ao Parto Normal.

E aí eu acho que vale a pena a gente falar, porque por enquanto a gente falou muito pouco de enfermagem aqui. A gente falou muito pouco da enfermeira como tendo uma possibilidade... Eu digo que tenho muita honra, porque eu acho que a enfermeira junta o cuidado da parteira com a ciência moderna. Então esse profissional é o profissional que, no mundo inteiro, trabalha com partos de baixo risco. Existe parto de baixo risco, sim. E é completamente diferente do de uma mulher diabética, de uma mulher com hipertensão. É claro que ela pode, sim, virar um fator de risco, e por isso a gente tem que trabalhar em equipe multidisciplinar. Em nenhum momento a gente está falando de uma assistência solitária, é uma assistência em equipes multidisciplinares.

O Brasil tem cerca de 13 mil enfermeiras obstétricas. Há uma subutilização dessa força de trabalho, principalmente nos hospitais. Mesmo com evidências e políticas públicas, como a Rede Cegonha e o Apice On, a maioria dos partos ainda não é conduzida por enfermeiras no Brasil. Porém, quando o modelo de cuidado favorece a atuação da enfermagem, como em casas de parto, a participação chega a até 90% dos partos, e esses partos têm grandes resultados, como os de médicos, obviamente. É chegada a hora de a gente trabalhar em equipe - médico, enfermeira, doula! É chegada a hora da gente abrir o coração e, realmente, Dra. Cristiane, eu acho que acabar com a briga. E aí eu tenho que dizer que eu mesma - e aí eu não posso deixar de contar a minha experiência - sofri pelo Cremerj (Conselho de Medicina do Rio de Janeiro), fui perseguida durante 12 anos, sem ter nenhum caso de gravidade. Nenhuma mãe, nenhum pai ou nenhum familiar foi dizer que, em nenhum parto que eu assisti, eu tive uma complicação - e eu fui perseguida, eu fui perseguida. E o último processo foi uma ação civil pública que o Cremerj abriu contra Heloísa Lessa, Halyne Pessanha e o Cofen, no qual ele exigia que nós deixássemos de fazer o parto. Ganhamos na primeira instância, perdemos na segunda instância e fomos parar no STJ. E, por incrível que pareça, o Ministro, que era o Dr. Gurgel Faria, levou quatro minutos - apenas quatro

minutos - para dizer que a enfermeira tem competência legal e técnica para assistir o parto de baixo risco sem a presença do médico - em quatro minutos, em quatro minutos. Foram 12 anos de processo.

Então, assim, isso é uma questão clara. A gente precisa acabar com a briga e precisa acabar com esses processos absurdos. É preciso entender que a enfermagem está na cena do parto, e a gente precisa trabalhar junto, até porque a gente tem muito médico obstetra. O médico entende da patologia, mas quem entende da fisiologia é a enfermeira; quem cuida é a enfermeira. O médico não tem essa *expertise*; a *expertise* do médico não é o cuidado, e a grande questão do parto é o cuidado. A mulher precisa se sentir cuidada, e, quando ela se sente cuidada, o hormônio acontece e o parto acontece. Então o parto não acontece não é por nada, é porque muitas vezes... Não é porque ela não está preparada, é porque ela não tem condições para isso. A gente não dá condições a essa mulher para ter esse evento.

Acabou de sair, em 19 de março de 2026, pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos, um órgão da OEA:

A Comissão Interamericana de Direitos Humanos expressa sua preocupação com os obstáculos ao exercício do direito ao parto humanizado e com a perseguição de pessoas que implementam e defendem esse direito no Brasil. Nesse contexto, insta o Estado a prevenir a violência obstétrica e assegurar que profissionais de saúde, bem como doulas e parteiras tradicionais, possam realizar seu trabalho livres de intimidação, represálias ou interferências indevidas.

A gente tem uma saída, pessoal - isso que é bacana -, e a sociedade civil já está vendo isso: é a reforma obstétrica, é a gente pensar num outro modelo de assistência. A reforma obstétrica está aí. E do que ela fala, então? Ela fala de uma transição de um modelo historicamente médico-centrado, intervencionista e hospitalar para um modelo de atenção ao parto baseado em evidências, centrado na mulher e no respeito à fisiologia do nascimento.

Esse movimento é sustentado por políticas públicas, como a Rede Alyne, pelas Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal do Ministério da Saúde, além das recomendações da Organização Mundial da Saúde.

A enfermeira obstétrica ocupa papel estratégico e fundamental, é uma profissional qualificada para acompanhar o pré-natal de risco habitual, o trabalho de parto, o parto e o pós-parto imediato, utilizando tecnologias leves, escuta qualificada e práticas baseadas em evidências.

Estudos nacionais e internacionais demonstram que a atuação da enfermagem obstétrica está associada a melhores desfechos, com maior taxa de partos vaginais, menor uso de intervenções desnecessárias, maior satisfação materna e melhores indicadores de segurança. Eu não estou falando de romantismo; estou falando de segurança, estou falando de saúde a médio e a longo prazo, não só no nascimento.

A inserção da enfermeira obstétrica contribui para a reorganização do modelo assistencial, ampliando o acesso, qualificando o cuidado e promovendo a humanização da assistência.

Realmente, a enfermagem é um profissional mais barato, o que é uma pena - a gente não consegue nem garantir o piso. Mas seria muito importante se a grande maioria dos médicos obstetras pudessem se concentrar no que eles precisam se concentrar, que é o parto de alto risco, de uma quantidade absurda, e a mortalidade materna. É nisso aí. E eles poderiam perfeitamente entender que o parto de baixo risco, aqui e no mundo inteiro, pode ser feito pela enfermagem obstétrica.

A Figo (Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia) e o ICM, que são as grandes entidades, confirmam e concordam, assinam embaixo da reforma obstétrica.

Obrigada. (Palmas.)

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Girão. Bloco Parlamentar Vanguarda/NOVO - CE) - Muito bem, muito bom.

Olha, que audiência, hein! Que audiência!

Parabéns, Dra. Heloísa Ferreira Lessa, que, de uma forma até conciliadora, fez uma apresentação com dados, com experiência de quem vive e de quem é apaixonada pelo que faz. A gente percebe isso aqui. E esse tom conciliador é o que a gente precisa, né? Eu acho que foi falado aqui.

E vamos lá. É um desafio grande. Este aqui tem esse talento grande de conseguir aprovar.

Foi por unanimidade lá ou não?

O SR. WELLINGTON CALLEGARI (Fora do microfone.) - Foi por unanimidade.

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Girão. Bloco Parlamentar Vanguarda/NOVO - CE) - Por unanimidade.

O SR. WELLINGTON CALLEGARI (Fora do microfone.) - Esquerda e direita votaram...

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Girão. Bloco Parlamentar Vanguarda/NOVO - CE) - Esquerda e direita. É assim que tem que ser, tem que ser com diálogo.

E, poxa, vamos lá, vamos tentar!

Muito bom, muito bom.

Eu já passo a palavra, imediatamente, para a Dra. Larissa da Silva Serafim, Psicóloga Obstétrica e Perinatal, voluntária do Instituto Vida Maria.

A senhora tem, por dez minutos, a palavra.

Muito obrigado e me desculpe pelo atraso que eu tive aqui.

A SRA. LARISSA DA SILVA LOMBA SERAFIM (Para expor.) - Sem problemas.

Queria agradecer ao Exmo. Senador, ilustre, por também nos proporcionar este momento. Que falas ricas, né? Eu estou impressionada, realmente, com a convergência das falas, mesmo que nem todas concordantes, mas com a convergência. E eu acredito justamente nesse modelo.

É interessante a gente falar sobre a garantia dos direitos das mulheres gestantes e parturientes, que é a nossa proposta. Eu achei lindíssimas as falas, ricas, como eu apreciei. E quero somar também, quando a gente precisa lembrar que muito do que a gente está vendo de problema lá na assistência ao parto... A gente precisa começar antes, a gente precisa começar a olhar para essa mulher lá quando ela engravidou.

"Então, Larissa, mas, olha..." São 16 anos na prática de psicologia obstétrica e perinatal, com relatos, com maternidades, com formação aí de equipes. E é muito interessante a gente perceber que, na gestação, quando a gente evita algumas coisas, a gente chega lá na ponta totalmente diferente. Se a gente consegue munir essa mulher não só de informação, mas também de instrução... Porque informação nós temos muita. Nós podemos abrir a internet, nós temos à nossa disposição muita informação. Mas essa mulher precisa ser instruída com intencionalidade. Ela precisa chegar lá no dia do parto; ela precisa chegar lá, muitas vezes, inclusive, no luto, de que se fala pouco ainda, e nós precisamos falar...

Inclusive, o instituto tem um braço muito importante nessa área, no luto perinatal, nos diagnósticos reservados, nas mulheres encarceradas.

Nós não estamos falando aqui só de uma rede particular, nós estamos aqui tentando pensar e levantar falas que possam agregar para qualquer mulher, para qualquer gestante, para qualquer parturiente. Então, o parto, além de um evento físico, muito além, é um evento emocional, é um evento que é multidisciplinar. Então, cabe todo mundo, cada um com o seu olhar, cada um com a sua história, porque a gente não dissocia a nossa história da nossa prática. Eu não vou impor a uma paciente, eu não vou impor a uma gestante, a uma parturiente a minha visão, mas a minha visão, sim, impacta a minha prática.

Então, nós precisamos estar atualizados, nós precisamos de centros obstétricos onde os profissionais sejam mais humanos. E sabe por que muitas vezes eles não conseguem ser tão humanos e muitas vezes são mais técnicos? Porque eles não estão sendo cuidados como humanos. Nós vemos profissionais cansados, nós vemos profissionais, muitas vezes... Como num treinamento que eu fui dar aqui no Hospital do Paranoá uma vez, treinamento para o centro obstétrico. Quando eu falei de luto, não foi uma, não foram duas, não foram três profissionais, tínhamos obstetras, tínhamos técnicos, tínhamos enfermeiros, tínhamos pessoas que estavam ali que quiseram participar, todos comovidos, porque não trabalharam o próprio luto. Como que eu dou assistência para alguém se essa dor ainda é minha? Como que eu dou uma assistência e entrego o meu melhor para alguém se eu realmente me vi naquele lugar de dor, de falta de assistência?

Então, nós precisamos, além de uma formação técnica, que é extremamente importante, de um espaço verdadeiro de escuta. A nossa escuta precisa ser qualificada, então a gente não pode dissociar isso de um pré-natal psicológico também. O pré-natal psicológico é uma ferramenta poderosíssima, porque eu escuto essa mulher às vezes antes da concepção. Eu já tive pacientes que vieram antes: "Olhe, eu quero tentar engravidar, eu quero começar o processo". Não só um processo, muitas vezes, que é uma FIV, uma fertilização, mas às vezes um processo natural. Mas se esse casamento não está fundamentado, se essa relação não está fundamentada, se esse lugar, se essa moradia, se as questões financeiras... Tudo isso leva essa mulher, lá no dia do parto, ao sofrimento, porque às vezes ela é pressionada, ela às vezes está à mercê de um plano, ou às vezes ela está à mercê de um hospital que não tem estrutura, como eu já vivi aqui, de uma toalha. Então, isso a gente pode falar de uma violência institucional, como foi dito aqui por outros. A violência institucional é muito mais ampla, porque, no momento que eu não tenho o básico também para assistir essa mulher, seja em que lugar, em que município, em que local ela esteja espalhada pelo Brasil, eu fico limitada, e o profissional que está dando assistência também fica limitado.

Então, nós não podemos deixar de entender que às vezes a depressão, que muitas vezes é a preocupação das pessoas... Eu vejo muito essa preocupação da classe médica, e é muito importante mesmo, porque eu tenho trabalho com excelentes obstetras aqui em Brasília e fora de Brasília que têm esse olhar sensível para o puerpério. A gente tem que falar de um ciclo

gravídico-puerperal. Eu não posso olhar só para um evento, porque tudo isso que a gente está falando também precisa começar antes. Então, a atenção primária realmente precisa acontecer, mas lá na ponta também precisa funcionar. Eu preciso ter braços em todas essas esferas, para que eu possa construir, então, realmente, uma legislação que ampare e que não discrimine, realmente que eu possa sustentar esse profissional, que muitas vezes está dando o seu melhor, que às vezes ele sai de um parto e ele precisa entrar em outro, porque ele não quer falhar com aquela assistência. Ele também tem família, essa mulher muitas vezes também tem dores. Muitas obstetras também atendem grávidas, estão ali dando a coluna... Quantas enfermeiras estão ali muitas vezes se dividindo e acionam *backup*? Por quê? Porque é um trabalho exaustivo.

Então, essa mulher que também está nessa assistência também precisa ser cuidada. A gente fala tanto de cuidar das gestantes, que é muito importante, mas a gente precisa cuidar de quem cuida também. Então, a gente precisa ter um olhar mais convergente, mais carinhoso, mais humano, porque a técnica é muito importante, mas o olhar para o outro ser humano, enquanto humano, vai ser o diferencial do profissional. Então, quando a gente pega uma mulher que está enlutada, que quer se despedir do corpinho do seu bebê - como eu já vivi várias vezes na maternidade -, e é negado isso a ela, a gente não vai usar o termo violência? Se isso não é uma violência, é o quê? "Ah, não, mas é um corpo". Não é um corpo: é o bebê que ela gestou. "Ah, mas ele já estava na geladeirinha", como eu já escutei de alguns profissionais. Mande trazer da geladeirinha, coloque-o enroladinho, coloque a toquinha que todos os bebês que nascem recebem; deixe essa mãe ter um momento com esse bebê; deixe esse pai chorar a perda de um filho que começa muito antes. A gente começa a gestar um bebê na mente, no coração, muitas vezes antes do positivo. Então, se a gente não tem um olhar humano, a gente perde essa capacidade. Aqui, não é sobre lado, e nós vivemos uma sociedade muito polarizada. Aqui, é sobre convergir e falar: "Eu quero o bem dessa mulher", "Eu quero o bem desse bebê". A assistência que eu der para essa gestante vai impactar no parto, vai impactar no puerpério.

Gente, a estatística é muito séria! Hoje, no Brasil, a gente tem a estatística de que uma em cada cinco mulheres entra no adoecimento depressivo. Eu vou falar hoje no sentido de depressão perinatal, como a gente fala. A gente não fala mais só em depressão pós-parto, porque a literatura mostra que essa depressão, muitas vezes, já deu sinal na gestação, mas ela é subdiagnosticada. Então, se eu tenho essa mulher no pré-natal psicológico, se eu tenho essa mulher sendo olhada nesse período e a troca entre profissionais... Eu sou a favor da equipe multi, mas eu sou a favor da equipe inter. Interdisciplinaridade quer dizer quando há troca, porque a gente, às vezes, tem profissionais parceiros, mas quantas trocas realmente existem? De ligar para o obstetra, de gravar um áudio, de pegar e falar com a enfermeira, sabe? De saber desse hospital, de ter pessoas que possam realmente ser pontes. Então, a pessoa que recebe essa parturiente lá no SUS, ou seja, o segurança precisa de treinamento, ele precisa saber reconhecer essa mulher, esse acompanhante. Ele precisa conhecer a legislação, os direitos dessa mulher, mas ele precisa ser humano, saber acolher, saber dar uma cadeira, saber dar uma informação correta de se aquela mulher pode dar entrada ali ou não. Então, isso, sim, é uma violência institucional.

Então, nós precisamos de preparo em todas as esferas. E quando a gente fala de saúde mental materna, a gente está falando desse ciclo completo, porque eu evito muitas intercorrências se essa mulher está segura, se essa mulher está consciente, e não é só simplesmente, como eu disse, ter informação, mas ela precisa entender como aquilo é para ela, é como ela recebe.

A secretária colocou sobre a questão da amamentação. Existem, sim, políticas que têm que incentivar, sabemos de todos os benefícios, mas volto a dizer: como isso é feito? O "como" importa! A forma com que eu falo, a forma como eu comunico isso para aquela mulher, e mais, para aquela família. Quando nós estamos falando de gestantes, quando nós estamos falando de nascimento, quando nós estamos falando de pré-natal psicológico, nós estamos falando de família. Nós não estamos falando só sobre o binômio mãe-bebê. Nós estamos falando sobre família. Às vezes, essa mulher já tem dois, três filhos que a estão esperando em casa. Às vezes, ela é uma microempresária que precisa se recuperar bem, que precisa ter uma via de parto que facilite isso, inclusive uma boa recuperação. Isso passa por um emocional seguro e não por uma violência. Quer dizer, ela teve uma internação por um quadro no pós-parto. Então, se essa mulher quer voltar logo - ela precisa às vezes fazer a venda dela até para sobreviver -, ou quer voltar para perto desses outros filhos, o médico precisa, sim, analisar a condição dela; precisa, sim, ver o tempo de alta; precisa, sim, ver protocolos que sejam seguros.

Então, nós não podemos olhar só para uma classe. Como eu disse: e as encarceradas? E esse bebê que nasce lá dentro? Esse bebê... Como essa mulher vive a gestação, o bebê vai ter o seu desenvolvimento infantil afetado. Nós precisamos pensar nessas mulheres, nós precisamos pensar - entende? - no pai, que muitas vezes nem sabe.

Nós trabalhamos no pré-natal, inclusive, com os avós, porque às vezes a violência vem de dentro de casa, com falas. Como, por exemplo, eu já atendi uma paciente - uma não, várias - com essa queixa: "Ah, na minha família - minha avó, minha sogra, minha tia -, todo mundo fala assim: 'Não, aqui na nossa família ninguém pare, todo mundo é cesariana.'" Mas não é um time, gente! Isso não é um time: "Quem é da cesárea levanta a mão; quem é do parto normal...". Não é sobre isso. É sobre saúde, é sobre avaliar bem aquele quadro.

E quantas mulheres, quando não são trabalhadas nessa área, desistem? Elas desistem antes mesmo de tentar, e aí a saúde obstétrica dela é comprometida, porque eu também já recebi várias mulheres que, por não terem tido um apoio durante a gestação, não terem sido, inclusive, diagnosticadas...

E, quando a gente fala, inclusive, de quadros ansiosos, essa taxa, Senador, sobe para 30% de quadros ansiosos no puerpério. Muito se fala da depressão, mas quadros ansiosos também; às vezes até estresse pós-traumático, em que essa mulher não consegue se vincular com esse bebê. E um bebê que não se vincula com sua mãe e uma mãe que não se vincula com o bebê, a gente sabe dos danos ao longo do desenvolvimento dele.

Então, quando a gente tem esse olhar... A gente precisa ter um olhar de construção. A gente precisa ter e falar: o.k., eu quero a vida, eu quero o bem dessa família. Então, preciso trabalhar para isso de uma maneira intencional, de uma maneira concreta. A gente não pode ver e permitir que as escolhas dessa mulher sejam ignoradas, mas o problema é quando, lá na frente, ela opta por um tipo de parto - vamos colocar assim - ou quando ela, inclusive, deixa de amamentar, por exemplo, não porque ela não teve informação, mas porque ela não foi tratada em seus medos. É o que eu mais pego!

Hoje, o que eu mais encontro no pré-natal é medo, e gestação não precisa ser confundida com medo, mas o medo tem sido o protagonista das gestações, e nós lutamos para que a mulher seja a protagonista, juntamente com o seu bebê, desse processo, e não o medo.

Então, são quadros, às vezes, que se estabelecem, que impactam, porque nós somos feitos seres integrais. Quem aqui nunca foi fazer uma prova de concurso, uma prova de vestibular, ficou com um friozinho na barriga e teve um desarranjo intestinal? É normal. Você teve um pensamento, uma lembrança, uma época ali em que você se lembrou da perda de um ente querido e você ficou prostrado, gripou. Nós somos seres integrais, o nosso corpo está integrado a nossas emoções. Então, se eu não trato a minha mente, se eu não trato o meu coração, se eu não trato as minhas vivências, se eu não trato a minha história, a história dessa mulher, que muitas vezes está lá sozinha tendo esse neném, assustada...

Quantas adolescentes gestantes que não têm suporte? Às vezes a gente quer dar um suporte escolar, apenas, e ela precisa de muito mais. Ela, às vezes, está repetindo uma história que ela nem tratou. Ela, às vezes, está sendo, até hoje, excluída dessa família, desse contexto, e ninguém faz nada. São crianças, muitas vezes.

Então, esse olhar que nós precisamos ter para a saúde mental materna é um papel de todos nós, por isso, que rica esta audiência pública, este debate, essa conversa! Porque os cidadãos precisam saber disso! A gente precisa falar mais de morte, de luto. Porque se fala muito de vida, é claro, mas, gente, existe uma taxa ali de abortos, existe ali uma realidade de mulheres que perdem seus bebês, de fertilizações que não conseguem ser concluídas com êxito, da forma que essa família esperava.

E esse médico sofre junto, esse enfermeiro sofre junto, muitas vezes a gente chora mesmo com os que estão chorando. Não é fácil, não é uma realidade fácil, mas nós precisamos levantar a cabeça e saber que é conosco, que não passe de nós - não passe de nós -, dessa geração, trabalhar e lutar por mais direitos dessas mulheres, para que elas possam ser saudáveis desde o início do processo. Que nós possamos dar as mãos, porque a *expertise* que um tem, às vezes, não é a que o outro tem, mas somando e tendo olhares profissionais... Técnicos, sim, mas jamais sem humanidade. (*Palmas.*)

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Girão. Bloco Parlamentar Vanguarda/NOVO - CE) - Muito bom. Rapaz, que bacana isto: cada exposição trazendo mais elementos do que a outra, e complementando. Uma audiência muito emblemática, simbólica demais, e olhe que é num dia difícil aqui, um dia histórico também do ponto de vista desta Casa. Não é todo dia que você sabatina um Ministro do STF aqui. Eu estou aqui desde 2019 e tive cinco sabinas como esta, mas hoje está diferente, hoje está um negócio mais puxado. Mas esta audiência pública é a cereja do bolo deste dia tão importante aqui, eu fico feliz. É uma audiência pública para a gente rever depois e agir.

Então, parabéns, Larissa da Silva Serafim, psicóloga obstétrica e perinatal, voluntária do Instituto Vida Maria. Muito obrigado pela sua exposição.

E quero dizer o seguinte: aconteceu um fato comigo - já lhe passo a palavra, doutor -, nesta semana, e não existe coincidência, a gente aprende na vida que nada é coincidência. Eu sou muito de observar os sinais. E eu fui ao interior do Ceará, neste final de semana, em Chaval, que é entre o Ceará e o Piauí. É a última cidade do Ceará na fronteira - na fronteira, não; ali na divisa com o Piauí. E eu fui a um hospital... Não tem um hospital do Ceará a que a gente não mandou emenda, e a gente faz questão de verificar o que é que foi feito. E é impressionante como o pessoal faz de poucos limões uma limonada, para você ver como precisa de apoio. E as enfermeiras chegando para mim, sobre os projetos aqui, as pessoas estão acompanhando o que está acontecendo, precisando de melhores condições. E uma coisa me marcou muito: uma criança - não era bebê, mas uma criança - estava num daqueles leitos, muitas pessoas e tudo, e essa estava com a mãe porque o pai dela estava lá dentro e tinha atentado pela terceira vez contra a própria vida. E a secretária dizendo: "O senhor tem que ver alguma coisa de saúde mental. A gente não está aguentando, está se reproduzindo muito por causa

das *bets*, das casas de aposta. Isso está se multiplicando de uma forma que a gente não tem ideia, e aqui está chegando e tal". E aí eu parei tudo, tinha outra e eu disse... E fui conversar com a família, fiquei lá acho que uma hora, uma hora e meia conversando, e o que mais me marcou de tudo, estava com a mãe, e a mãe desse rapaz disse - e ele com a filha de sete anos, com a esposa -, e a mãe disse: "Olha, a família, os irmãos dele, ele tem oito irmãos e nenhum quer mais saber dele, já desistiram e tudo; e eu estou aqui. O senhor imagina a dor?".

Eu digo: "Não imagino, mas eu não consigo imaginar, só a senhora sabe". E o que mais me marcou, Heloísa, foi o olhar da criança vivendo aquilo tudo. Teve uma hora em que ela entrou na sala, eu estava conversando com o pai, ela olhou assim para o pai, e aí a mãe disse: "Ela não vai mais para a escola, ela está tomando remédio, já está há um mês e meio sem ir para a escola".

Aquilo... Isso foi no final de semana, eu já liguei duas vezes para o Prefeito, que estava lá conosco. E é bacana o seguinte: eu sou de um partido e o Prefeito é de um partido que é oposição. Isso é que é legal, né? A gente manda para todos os municípios, independentemente de serem administrados pelo PT, pelo PL, pelo PSB, e esse Prefeito pensa muita coisa diferente da gente, enfim, mas ali a gente está conversando direto, ele já está me dando *feedback* de como é que está a criança. Ela vai voltar para a escola, se Deus quiser, semana que vem, está tentando encontrar um caminho para o...

Então, é essa humanidade, é essa solidariedade, sabe? Aquele olhar não me deixou dormir algumas noites. Aquele olhar ainda está aqui, porque eu sei que - e tem, inclusive, estudos de que isso se repete -, quando acontece esse tipo de tentativa, o trauma fica tão grande, tem alguma coisa que se repete nas gerações. Então, a vida é uma coisa que a gente tem que buscar preservar em todas as etapas, de todo mundo. Isso aí é importante.

Então, vamos agora, com muita honra, com muita alegria, ouvir aqui o Dr. Marcelo Marsillac Matias, ele que é Presidente do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul. Começamos com o homem aqui, o nosso Deputado, que foi a inspiração, e eu agradeço, de coração, por a gente estar aqui propiciando este momento, vivenciando e aprendendo.

Dr. Marcelo, me desculpa o atraso, e muito obrigado por ter ficado. O senhor fecha, depois eu vou ler as perguntas e quem quiser e se sentir confortável para responder as perguntas da população, nos três minutos finais de considerações, com a tolerância também, a gente pode responder.

Dr. Marcelo, muito obrigado pela sua presença. O senhor tem dez minutos, com a tolerância da Casa.

O SR. MARCELO MARSILLAC MATIAS (Para expor.) - Senador, eu quero lhe agradecer muitíssimo pela possibilidade para falar de algo que, para mim, é absolutamente fundamental. Eu também sou ginecologista obstetra, sou professor da faculdade de Medicina e participei da formação de pós-graduação de dezenas de médicos obstetras, o que me traz muito orgulho.

E quero dizer, claramente, que concordo com o Dr. Raphael Câmara: violência obstétrica não existe. Violência obstétrica é um termo político-ideológico que surgiu na Venezuela e foi proliferado com interesses que são absolutamente inadequados. Toda política nós devemos avaliar pelo resultado, e não pela ideia, e o resultado foi a criminalização da obstetrícia e foi, certamente, inclusive no Rio Grande do Sul, o fechamento de centros obstétricos e o abandono da especialidade. Eu faço questão de dizer isso porque é extremamente importante a gente deixar isso muito claro, porque é uma das bases da nossa conversa e, por isso, agradeço-lhe profundamente.

A segunda questão que eu acho que nós devemos tratar é que nós não estamos tratando, ao meu entender, de uma disputa de parto *versus* cesárea. Quero dizer para todos aqui: parto ou cesárea é um meio; o que nós estamos buscando é o fim, que é a saúde da mãe e do bebê, e, portanto, eu vou ter, e em indicações precisas, ambos como sendo a melhor opção, ambos tendo o melhor resultado. Então, isso é absolutamente importante.

O grande galho é que nós temos dois problemas conflitantes.

O primeiro deles é que, em 1985, na cidade de Fortaleza, a OMS reuniu um conjunto de pessoas que não eram médicas, na sua grande maioria - não sei nem se tinha algum médico -, e ali foi decidido, sem nenhuma base de literatura, que o índice máximo de cesarianas deveria ser de 15%, que é um número absolutamente falacioso, mas ele produziu um impacto muito grande porque, nesse exato momento, faço questão de dizer que o Brasil era o campeão mundial de cesarianas. E aí tem um ponto que vale um dia fazer um debate de se isso é causa ou consequência.

Eu tenho uma aula que eu dou para a residência em que eu explico exatamente os motivos pelos quais o Brasil virou recordista, naquele momento, de cesarianas - e não é mais hoje em dia, isso é importante que seja dito. Ele virou por consequência do sistema de saúde brasileiro, que é bastante exótico. E o certo é que, se eu tenho uma consequência, que é o aumento de cesarianas, que era absolutamente factual, e eu tenho o obstetra como o indivíduo que executa cesarianas, o que se criou de maneira extremamente problemática? A culpa é do obstetra, portanto, foi feita uma campanha de *marketing*

violentíssima em todos os meios possíveis, da forma mais violenta possível - isso sim, era violência - para atacar o obstetra. E foi nesse bojo que surgiu o termo "violência obstétrica".

É interessante, Senador, que em 2002 a OMS definiu violência e, na definição de violência, tinha que ter a intenção daquele que executa, o que é algo muito razoável. Ao oposto disso, nunca vi, não conheço - e tenho mais de 30 anos de experiência - alguém que deliberadamente produz uma violência numa gestante, numa puérpera ou numa grávida, em um sentido mais amplo, que não precisa estar em trabalho de parto.

Portanto, a entrada da política foi problemática e, no Brasil, a definição brasileira incluiu coisas com as quais eu até concordaria, se houvesse abuso físico, sexual, verbal - eu concordo, eu não tenho qualquer problema com relação a isso -, mas se ampliou de forma que - o Dr. Raphael foi muito preciso nisso - coisas carinhosas, tipo "Força, mãezinha", viraram violência. Nós ampliamos de tal sorte a questão que, mal é um relacionamento, já vira violência, e, como a violência sempre é produzida supostamente pelo agente de saúde, nós estamos aqui aumentando, e não reduzindo, o tumulto, a dificuldade, os problemas. Nesse aspecto, o Dr. Raphael foi muito preciso e colocou vários pontos, e eu não vou perder tanto tempo com isso porque, cientificamente, é fundamental que nós tragamos o que é efetivamente violência, que para mim é nada, mas o que está certo, o que está errado e o que é argumentado do ponto de vista de violência.

Fala-se, usualmente, que o jejum seria uma violência. Em primeiro lugar, os hospitais hoje em dia não deixam mais as pacientes em jejum. Entretanto, nos livros, pacientes de altíssimo risco podem, sim, se beneficiar do jejum para redução de risco de morbidades puerperais e, justamente por isso, não é violência deixar, em casos selecionados, que são a esmagadora minoria, as pacientes em jejum.

É muito problemático, e o Dr. Raphael mostrou quando ele disse que fórceps é uma violência. Fórceps é um excepcional instrumento, que é melhor, inclusive, que a cesariana, no momento em que eu tenho uma distocia, que tem várias causas, no final do parto, especialmente depois que já passou uma determinada altura, na qual a cesariana é perigosa. Portanto, é verdade que tem tocotraumatismo, é verdade que tem complicações, obviamente, mas, dentro da indicação científica, em torno de 3% a 5% dos partos, ele produz um resultado magnífico, de melhor resultado para a mãe e para o bebê.

Nesse aspecto, a episiotomia talvez seja, dos procedimentos que são óbvios, o mais atacado. Não é uma violência: é um procedimento cirúrgico, e esse procedimento cirúrgico, pela própria OMS, é importante que seja dito, deve ter um limite de 10%. O detalhe é que a OMS coloca toda a assistência obstétrica, no mundo e no Brasil - e a maioria dos países aceita como perfeitamente normal - algo entre 10% e 30%. Quando eu digo 10% a 30%, ou o próprio 10%, eu já digo de antemão: obviamente não é violência, porque a execução rotineira de episiotomia é uma má conduta médica, mas a execução dentro dos parâmetros da própria Organização Mundial da Saúde não é violência, é um procedimento médico.

Isso vale, por exemplo, para a questão da posição de litotomia, que é aquela posição que mais se utiliza. É verdade, não há uma necessidade que ela seja feita, mas quando da necessidade de procedimentos que são coisas fundamentais para o alto risco, aquela posição facilita em muitas vezes. Portanto, mesmo que ela não seja obrigatória, ela não é, sob qualquer hipótese, violência.

E vale para a ocitocina, que é tão falada como sendo uma violência, mas a realidade é a seguinte: ela é um tratamento excelente quando eu tenho um parto cuja velocidade é inadequada, com uma causa específica, que é a redução da força da contração. Portanto, não é violência. O que nós precisamos ter basicamente é uma indicação adequada.

E aí, coloca-se como violência no Brasil algo com que eu concordo, que é a falta de estrutura. Então eu vou dizer...

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Girão. Bloco Parlamentar Vanguarda/NOVO - CE) - Doutor, eu estou muito atento, feliz aqui com a sua fala, trazendo muitos dados. Inclusive, Fortaleza é a minha terra, onde começou essa questão aí que o senhor colocou, desses dados, os 15%.

O SR. MARCELO MARSILLAC MATIAS - Quinze por cento, *fake*.

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Girão. Bloco Parlamentar Vanguarda/NOVO - CE) - Eu só peço o seguinte: eu vou me ausentar rapidinho para votar e já volto.

O SR. MARCELO MARSILLAC MATIAS - Perfeito.

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Girão. Bloco Parlamentar Vanguarda/NOVO - CE) - O senhor pode falar, eu vou dar aqui um tempinho.

O SR. MARCELO MARSILLAC MATIAS - Perfeito.

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Girão. Bloco Parlamentar Vanguarda/NOVO - CE) - Como a gente está tendo agora a votação no Plenário, aí eu volto em sete minutos, no máximo, tá? O senhor pode...

O SR. MARCELO MARSILLAC MATIAS - Perfeito. Muito obrigado, Senador.

Mas eu quero concordar com o que foi dito aqui, que a falta de estrutura, sim, é uma violência. Eu não tenho a menor dúvida. E isso é em sentido mais amplo. A falta de estrutura é muito mais do que pura e simplesmente a ausência de um instrumento para facilitar o parto e, sim, falta de estrutura no sentido mais amplo: é não ter uma equipe completa, não ter a possibilidade de fazer um procedimento de emergência, não ter um leito de UTI, não ter exames ou não ter a condição de transferir aquela paciente do local onde ela está para um local onde tem a capacidade de fazer alto risco. Então, eu concordo plenamente que, se eu for falar de uma violência, a verdadeira violência é a violência institucional, que obviamente existe. E aí, o meu problema com o termo violência obstétrica é porque ele obviamente serviu a interesses, e quando eu digo que serve a interesses, ele talvez não sirva ao melhor interesse da saúde ou especificamente das mães, mas ele acabou sendo dragado por determinadas profissões que, no meu entender, acabaram antagonizando os obstetras, quando deveriam trabalhar junto dos mesmos.

É muito interessante porque eu sou um indivíduo que, até dois anos atrás, antes de assumir novamente a Presidência do sindicato, fazia plantão em centro obstétrico e eu ficava muito feliz quando eu tinha uma enfermeira obstétrica, porque em várias situações ela era extremamente importante como uma parceira da equipe. Portanto, eu não tenho nenhum problema com a existência da enfermeira obstétrica. E assim, da mesma forma, a doula. Eu sei ler artigo científico, e, portanto, obviamente melhora a qualidade quando eu tenho a capacidade do atendimento por alguém que vai dar para a paciente um apoio emocional e, muitas vezes, físico. Inclusive tem trabalhos que demonstram a redução de dor, o que é uma coisa bastante importante.

Portanto, considerando que eu sou favorável, aí eu entro num outro problema: que a profissão de doula no Brasil foi fortemente politizada, e não deveria ser, de forma que supostamente eu tenho que ter uma doula para combater a violência obstétrica. Mas, ora, se violência obstétrica não existe, eu não preciso da doula. Porque, afinal de contas, nós politizamos esse assunto, e, em algum aspecto, várias obstetras ou enfermeiras obstétricas, que certamente são excelentes parceiras para o trabalho de parto, querem fazê-lo para enfrentar a violência obstétrica. Bom, aí ela não é necessária. O que nós precisamos é ter a técnica, a capacidade, a parceria, que é muito importante.

E, neste momento, faço questão de dizer que, dentro da violência institucional, que claramente existe, nós temos a pior das violências, que é a violência legislativa. Esse projeto de lei da Câmara dos Deputados que criminaliza a obstetrícia é, no meu entender, o pior projeto de lei feito para a saúde, para a obstetrícia e para o futuro do nosso país, inclusive para as mães e para as crianças, em toda a história. Nunca houve um projeto pior. E, claro, ele pode satisfazer algumas pessoas, pode satisfazer alguns interesses, mas o resultado desse projeto vai ser o que já está acontecendo: a inexistência de médicos para fazer o plantão, inclusive para ajudar as enfermeiras obstetras, quanto da necessidade de uma intervenção, porque ninguém vai querer fazer algo que pode colocá-lo dentro da cadeia. Porque, diga-se de passagem, qualquer obstetra sério que faça alto risco, como eu fiz durante 30 anos, já fez uma histerectomia puerperal, que é um procedimento que salvou vidas e que faz muita diferença. Mas, se vira crime, eu não quero fazer. Eu não quero ficar exposto a ter que fazer alguma coisa que pode me levar para a prisão. Eu entro como médico num plantão e saio como indiciado por crime. Isso é absolutamente inaceitável, e parece ser uma grande ideia.

A segunda maior violência que nós estamos vendo hoje para a obstetrícia - e que causa um impacto violentíssimo e que só piora as relações - é a violência de mídia. A violência de mídia é algo que acontece no Estado do Rio Grande do Sul com muita frequência. Vereadores resolvem caçar *likes* invadindo emergências. Mas dentro da obstetrícia esse é um assunto fundamental, porque dentro da obstetrícia nós vemos todas as campanhas que foram feitas em jornais, revistas, na televisão, no cinema, em tudo o que tem e mais um pouco. E a gente vê muito fortemente, hoje, na rede social. A gente entra no Instagram e vai ver muita campanha contra a violência obstétrica. Vamos traduzir isso: é uma campanha contra os obstetras. E essa violência que é feita sequencialmente produz danos gigantescos e faz com que o obstetra abandone, especialmente, o seu contato com o Sistema Único de Saúde, porque ele não vai ter essa dificuldade com as suas pacientes dentro do seu consultório, com a sua equipe.

É justamente por isso que nós estamos lançando, no próximo mês, uma campanha que vai ser local - mas muito possivelmente vire nacional - de enfrentamento à violência digital contra médicos. Vai ser uma excelente campanha, tenho certeza de que virará na notícia.

Em terceiro lugar, a violência mais complexa que nós enfrentamos, no Estado do Rio Grande do Sul - em grande parte, em consequência disso que nós estamos discutindo aqui, e por isso agradeço ao Deputado por aqui estar e gostaria bastante que o Senador tivesse essa informação, porque faz diferença -, é o fechamento das maternidades.

No Rio Grande do Sul, entre os anos de 2018 e 2022, nós tivemos o fechamento de 35% dos leitos de obstetrícia no estado, de 35%. Nós temos hoje, no Estado do Rio Grande do Sul, aproximadamente um terço só das cidades que têm

maternidade. E nós temos, dentro dessas maternidades, hoje, escalas que são impossíveis de serem completadas porque não tem quem queira trabalhar no Sistema Único de Saúde diante do risco de sair e ser acusado de violento, de agressivo ou de criminoso, que é o que está acontecendo em vários aspectos.

Nesse sentido, eu quero dizer, acerca da questão do plano de parto, que eu tenho problemas com o plano de parto pela forma como ele é escrito. O Dr. Raphael Câmara foi muito preciso nesse aspecto, porque o plano de parto é nada mais que um plano. Mas ele é encarado como uma ordem em vários aspectos, a partir do momento em que tem dito ali que eu não vou fazer episiotomia.

Se eu digo que não vou fazer episiotomia, não vou botar um fórcepe, não vou fazer uma cesariana, eu não tenho como atender essa paciente, porque, na prática, o que vai acontecer é que, se eu for compelido a... E todas as pacientes nos centros obstétricos do país hoje, sérios, assinam consentimentos, informados desde o início, dizendo precisamente isso, e não importa que ela assinou que poderia fazer uma episiotomia, um fórcepe ou uma cesariana: ela vai usar o seu plano de parto e vai judicializar contra o obstetra. Portanto, fica extremamente ruim o conflito jurídico que é gerado a partir da forma como esses planos de parto são feitos.

E, pior, eu sou favorável ao plano de parto. O meu problema é que eles são feitos de uma determinada forma na qual eles são unilaterais. É mais ou menos a mesma lógica de que eu vou fazer uma cirurgia cardíaca e eu faço meu plano de cirurgia cardíaca. "Não, eu quero uma incisão menor. Eu quero não ter dor no pós-operatório. Eu quero que não seja cortado o meu esterno. Eu quero que preservem as minhas artérias, as minhas veias." Sinto muito, pode ser um excelente plano, mas ele é obrigatoriamente dependente do momento e das necessidades que vão acontecer. E esse é um problema que gerou extremos problemas.

Nesse aspecto, faço questão de chamar a atenção para uma coisa. No meu entender, e é claro que aqui é só uma organização de pensamento, todo o tumulto que nós tivemos da, entre aspas, "violência obstétrica", surgiu lá atrás, quando a OMS se reuniu e definiu que o número máximo de cesarianas era 15%.

Antes de dizer, eu vou chamar a atenção para um detalhe: só tem hoje em dia, no mundo, quatro países desenvolvidos que têm esse índice, somente quatro, e os resultados perinatais desses são piores do que os resultados perinatais de países que fazem entre 10% e 30%. Especialmente na África Subsaariana, onde eu tenho o índice de cesarianas sempre abaixo de 10%, eu tenho resultados piores para todos os índices, maternos e infantis, portanto, eles refletem muito mais desassistência do que humanização.

É justamente por isso que utilizar índice de cesárias como um índice de resultado é uma calamidade, porque eu vou ter hospitais de altíssima referência que terão índices mais altos de cesarianas pelas intercorrências necessárias do alto risco. E, ao oposto, eu posso ter, obrigatoriamente, locais onde eu tenho um índice maior de parto normal, ao que eu sou plenamente favorável.

O problema de tudo isso é que tudo isso surgiu a partir desse trabalho malfeito, e escrito numa revista importante médica, a *The Lancet*. E, no final das contas, em 2015, a OMS olhou para os seus dados e disse assim: "Ops, errei". E eles assumiram que o número de 15% era ruim e, portanto, eles aceitaram como bom índice de cesarianas até 30%.

Isso não muda o fato de que o Brasil ainda faz o índice de cesarianas mais alto, e por isso eu digo: se um dia quiserem conversar com o Sindicato Médico do Rio Grande do Sul, onde nós temos o maior núcleo de obstetrícia do país, nós podemos explicar por que isso acontece. Eu digo para vocês: essa é uma consequência, e não uma causa. Eu posso, tranquilamente, trazer um pouco de luz sobre o que acontece e aconteceu no Brasil que justificou isso.

Mas eu não posso trazer só essa minha fala sem trazer soluções, porque isso é o mais importante. Em primeiro lugar, nós precisamos aumentar a segurança jurídica dos centros obstétricos, o que inclui todos que ali trabalham - médicos, enfermeiros, técnicos -, o próprio hospital em si, porque, hoje em dia, querem fechar o centro obstétrico, porque é um lugar de baixo faturamento e alto risco jurídico.

E nós temos hospitais, só para se ter ideia, em Porto Alegre, cujo nome é vinculado ao nascimento de Jesus, que fecharam a maternidade, porque a maternidade tornou-se algo, do ponto de vista econômico, inviável, porque, no Brasil, diferentemente do Rio de Janeiro, onde o Dr. Raphael trabalha, a obstetrícia é a especialidade mais processada e, portanto, ela é a especialidade que menos tem interesse, porque ela paga mal e processa muito. Isso significa que eu preciso aumentar a remuneração, e essa remuneração tem que ser maior, não é só para o médico, é para toda a equipe, justamente para ter um interesse em que se faça aquilo, mas, mais do que isso, também para o hospital, porque o hospital precisa ter uma remuneração adequada para que nele seja viável a manutenção dos leitos de obstetrícia, para evitar o fechamento.

E eu vou dizer, sem a menor dúvida, dentro do Senado da República, talvez algo mais importante seja algo por que nós lutamos há longa data, em algum momento conseguimos isso e foi suspenso, que é proibir, em documentos oficiais, o

termo violência obstétrica, porque ele é um termo danoso, que produz resultados que nós estamos avaliando que são extremamente ruins.

No fim, como somos favoráveis à atuação da doula ao nosso lado, especialmente, nós precisamos, urgentemente, já que virou uma profissão definida em lei, que se crie um código SUS para a remuneração dessas profissionais. Isso é absolutamente fundamental. Nós estamos entrando, inclusive, com um projeto de lei aqui no Congresso Nacional, porque, afinal de contas, se elas são profissionais importantes, como eu acho que são e o nosso núcleo acha que são, precisa ter um código. Nós não podemos deixar que as pacientes, especialmente as mais humildes, não tenham acesso à profissional porque não existe uma remuneração do próprio Sistema Único de Saúde. Não esqueçamos: o Sistema Único de Saúde é integral, universal e gratuito. Para isso, eu preciso que todas as pacientes tenham acesso à doula, e a doula precisa ser remunerada por isso, para que a paciente não seja onerada.

Nesse aspecto, eu vou dizer a última coisa que eu preciso dizer, e já disse algumas vezes, mas é fundamental: não existe violência obstétrica. Nós precisamos, urgentemente, acabar com o termo, porque a verdadeira violência é o fechamento dos centros obstétricos.

E é justamente por isso, Senador - que bom que o senhor voltou na minha última frase - que eu lhe digo o seguinte: eu faço a questão mais absoluta de poder ajudá-lo nesse projeto - e em vários também do Deputado -, porque nós temos um conjunto grande de projetos dentro da obstetrícia, e faço a mais absoluta questão; vou ao estado de vocês para falar sobre as coisas que nós sabemos, porque seria muito importante nós trazermos, primeiro, um pouco mais de ciência, um pouco menos de política e, afinal de contas, defender todos os profissionais - médicos, enfermeiras, obstetristas, doulas -, mas, de maneira muito mais importante, defender as pacientes.

Muitíssimo obrigado. (*Palmas.*)

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Girão. Bloco Parlamentar Vanguarda/NOVO - CE) - Muito bem.

Olha, o que nos une é justamente essa convergência, a união que foi pregada aqui, e eu aprendi muito, embora essas idas e vindas ali para votar... Mas, depois, eu vou assistir a toda a sessão novamente com a nossa equipe. Desculpa, estou ofegante aqui, porque eu vinha correndo.

Inclusive, tem uma notícia - eu disse que era um histórico. Vocês não têm ideia da simbologia disso aqui. Há 134 anos, o Senado não rejeitava um nome para a Suprema Corte.

De tudo que a gente está vendo - de lamaçal, de Banco Master, de INSS, abusos para lá, abusos para cá -, o Senado, hoje, cumpre uma função de tentar se aproximar da população. Nós temos uma esperança maior de voltarmos a ter a separação entre os Poderes, a independência entre eles, que um Poder não esmague o outro. Então, foi uma vitória, acredito, do Brasil, respeitando quem pensa diferente, isso transcende questão de direita e esquerda. Acabou de ter o resultado e a gente vai ter a possibilidade, aqui, de seguir e fazer as considerações finais.

Muito obrigado, viu, Dr. Marcelo? Muito obrigado pela sua exposição, Dr. Marcelo Marcillac Matias, Presidente do Sindicato dos Médicos do Rio Grande do Sul.

O senhor mora aqui em Brasília?

O SR. MARCELO MARSILLAC MATIAS - Não, moramos no Rio Grande do Sul.

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Girão. Bloco Parlamentar Vanguarda/NOVO - CE) - E veio exclusivamente?

O SR. MARCELO MARSILLAC MATIAS - Eu vim exclusivamente para isso. E saio daqui, vou, inclusive, junto com o Senador Hiran Gonçalves, para Natal, onde nós temos o Congresso da Fenam, e chego só domingo em Porto Alegre.

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Girão. Bloco Parlamentar Vanguarda/NOVO - CE) - Que honra, que honra.

O SR. MARCELO MARSILLAC MATIAS - Mas fico muito feliz de estar aqui, Senador.

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Girão. Bloco Parlamentar Vanguarda/NOVO - CE) - Que bom, a felicidade é nossa.

Então, vamos para as perguntas. A gente vai sequenciar na mesma... Não sei se o Dr. Raphael está conectado... Pronto. Nós vamos sequenciar na mesma... vai ser a mesma sequência. O senhor começa a falar, depois a gente vai para o Dr. Raphael, depois a Ministra Cristianne, depois a Dra. Heloísa, a Dra. Larissa e fecha com o Dr. Marcelo, não é isso? Então, vamos lá.

Mas, antes, as perguntas da população. Aí, vocês anotam aí o que vocês acham que podem responder.

A Ana, de São Paulo - olha a participação aqui de todo o país. A Ana, de São Paulo: "Como o Estado pode estruturar políticas públicas para prevenir a violência obstétrica e garantir um parto digno e seguro?"

A Luma, do Pará: "Quais práticas médicas são mais frequentemente denunciadas como violência obstétrica no Brasil?". O Eduardo, de Rondônia: "Como evitar que a lei exista formalmente, mas não seja efetiva no cotidiano das unidades?". O Eduardo sempre participa, a gente fez uma sessão de debates ontem aqui também e ele participou com algumas perguntas. Obrigado, Eduardo.

Vanessa, de São Paulo: "Quais medidas federais garantirão responsabilização efetiva por violência obstétrica e respeito ao consentimento no parto?".

Jonas, de São Paulo: "Presença de acompanhantes e doulas não é concessão, é direito garantido. O apoio emocional reduz riscos [...]". Ele fez um comentário.

A Natália, do Rio de Janeiro: "Justiça reprodutiva para mulheres PCD, [...] [com] acessibilidade, respeito ao plano de parto [...] e acolhimento!".

Patrícia, de Minas Gerais: "[...] o poder público deve prever campanhas" e políticas para mulheres grávidas, principalmente no SUS.

A Poliana, do Distrito Federal: "Muitas mulheres não encontram condições adequadas para dar à luz em hospitais públicos, por falta de médicos, medicamentos e dignidade".

A Mariana, da Bahia: "Como a Lei nº 11.108/2005 contribui para um parto mais digno e seguro?".

Danielle, do Distrito Federal: "A precarização da saúde pública contribui para a persistência da violência obstétrica e dificulta [...] protocolos humanizados?". É uma pergunta que ela faz.

Eduardo, de Rondônia, de novo, ontem também foram duas perguntas dele: "A dignidade da pessoa humana será traduzida em quais obrigações objetivas para os serviços de saúde?".

Vanessa, de São Paulo: "Como o Estado enfrentará a violência obstétrica no SUS, sobretudo contra mulheres negras e pobres, garantindo parto digno?".

O SR. MARCELO MARSILLAC MATIAS (*Fora do microfone.*) - Deixe-me lhe pedir mil desculpas. Descobri que vou perder o avião se eu não sair agora.

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Girão. Bloco Parlamentar Vanguarda/NOVO - CE) - Não, não. Vá, vá, vá. Pode ir. Vá com Deus.

Obrigado, Dr. Marcelo.

Tranquilo! O que é isso? Quem tem que pedir desculpa somos nós pelo atraso.

Boa viagem para o senhor. A gente mantém contato.

O SR. MARCELO MARSILLAC MATIAS (*Fora do microfone.*) - Agradeço a oportunidade e estou à disposição.

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Girão. Bloco Parlamentar Vanguarda/NOVO - CE) - Amém! Obrigado.

Eu vou virar a última página aqui das perguntas. Até agora, nenhuma do Ceará e nenhuma do Espírito Santo. Mas vamos ver aqui. (*Pausa.*)

Ô rapaz, dessa vez você perdeu. Olhe, esse seu projeto valeu o seu mandato. Eu sei que o seu mandato é muito atuante - são muitas causas, pautas e princípios -, mas esse projeto que você aprovou - eu sei o quanto é difícil, o quanto custou e o quanto está beneficiando as pessoas - valeu o mandato. Só isso aí é muito importante saber.

Anderson, do Rio de Janeiro: "Não vejo iniciativa [...] sobre violência neonatal. Trabalhos de parto prolongados podem levar a danos neurológicos para o feto". O Anderson está fazendo uma afirmação.

Letícia, do Ceará - obrigado, Letícia -: "Para garantir dignidade à parturiente, é importante oferecer a presença de uma doula auxiliando nas etapas do parto [...]".

Yorjanis, da Bahia: "Ter todo o apoio do governo para garantir o direito das mulheres grávida e parturientes é de suma importância [...] para a saúde".

Muito bem! Muito obrigado pela participação.

Já começo aqui, dando a palavra para o nosso querido Wellington Callegari, Deputado Estadual pelo Estado do Espírito Santo.

Parabéns, capixabas, por esse presente para a Assembleia Legislativa do Estado.

O senhor tem três minutos, com a tolerância sempre da Casa, para fazer as suas contribuições finais, considerações finais e também, se quiser, responder a alguma pergunta.

O SR. WELLINGTON CALLEGARI (Para expor.) - Em primeiro lugar, agradeço a esta Comissão, ao Senador Girão e a todos os presentes, porque foi um dia realmente especial por vários motivos. Hoje está sendo um dia fantástico.

Eu tenho que dizer que o debate aqui foi muito legal, porque foi um debate muito produtivo. Você vê pessoas que não concordam em tudo, mas eu senti que houve, sim, uma convergência em alguns temas importantes.

Eu, inclusive, me permitindo, quanto às perguntas que o Senador leu, vou tentar responder a duas só.

Como o Estado pode estruturar políticas públicas? Eu acho que a Lei do Parto Livre que nós aprovamos no estado consegue isso, basicamente conciliando opiniões divergentes. A gente conseguiu, lá no estado, chamar as doulas. Até peço perdão para a Dra. Heloísa, porque eu realmente esqueci de citar, naquele momento, os enfermeiros, e os enfermeiros são fundamentais nesse processo mesmo. Eu tenho muita amizade com o pessoal do Coren, do Espírito Santo (Conselho Regional de Enfermagem). Eles não participaram da confecção do projeto, mas, quando ele foi aprovado, eles entraram junto. Tenho grandes amigos do Conselho Regional de Enfermagem, e realmente é fundamental essa participação.

Considero, sim, que muitos partos podem, claramente, e são bem conduzidos pelo enfermeiro obstetra, pelo menos pelo que nós ouvimos falar, pesquisando o setor.

Pela Lei do Parto Livre, a gente consegue fazer uma estruturação de uma política pública, pelo menos eu entendo dessa forma.

E como dar efetividade a essas leis? Aí, realmente, é uma pergunta muito interessante.

Se me permite, nós não só aprovamos a Lei do Parto Livre, Senador Girão, como - eu concordo, lei é tinta no papel se você não conscientizar as pessoas, não fiscalizar - eu estou rodando, neste exato momento, neste momento, aqui no Estado do Espírito Santo. Eu rodo o estado, eu tenho feito um trabalho de divulgação.

Gostaria que a imprensa ajudasse mais, mas muitas vezes a imprensa peca porque prefere dar mais abertura para as coisas mais sensacionalistas, para os temas um pouco mais polêmicos e evita, às vezes, um tema, por exemplo, uma lei que realmente contribui para a saúde pública dos capixabas. Às vezes, divulga muito pouco ou divulga muito mal.

Mas nós estamos rodando, e eu estou indo nas maternidades conversar, não para chegar lá intimidando. Nunca tive esse perfil. Não é essa a nossa intenção, mas é conversar. O que está faltando?

Graças a Deus, os hospitais, os médicos, a resposta tem sido muito positiva. A área da saúde pública no Estado do Espírito Santo gostou, aprovou a Lei do Parto Livre e está nos ajudando a dar-lhe a efetividade.

Dito isso, o que eu quero dizer? Só algumas colocações aqui das falas. São muitas. Obviamente, não vou ler todas, mas só a respeito da colocação... O Dr. Raphael é um cara fantástico, é um profissional extremamente gabaritado. Eu concordo com praticamente tudo, com quase tudo o que o Dr. Raphael disse. Eu vou fazer só esta observação daquela questão dos toques. Realmente, na nossa Lei do Parto Livre e no projeto apresentado pelo Senador Girão, não é que se proíbe o toque, mas, no caso dos toques múltiplos, de múltiplas pessoas, se pede, se solicita a autorização da mãe. Eu acho isso extremamente necessário, isso é uma coisa que eu defendo. Eu acho que a mãe tem que ter essa autoridade sobre o seu corpo. Não estamos falando do toque de um médico só. Estamos falando de hospitais, de casos de hospitais-escola em que muitas vezes não se tem esse cuidado de conversar com a mãe, de explicar à mãe o toque, caso ela permita. E eu acho que ela tem que ter esse poder.

Isto é algo de que eu não abro mão: eu acho que a mãe tem que ter. Tem certas coisas que já passam da questão da técnica. Não vai contribuir para o melhor parto dela ela ser tocada por um monte de alunos. Vai contribuir, sim, para o conhecimento científico deles, que é necessário para a sociedade, mas não afeta a qualidade do parto dela. Então, espera aí, ela tem que ter essa autoridade.

E aí eu vou entrar na questão do plano de parto. O plano de parto é uma expressão de desejos.

O Dr. Marcelo falou muito bem algumas coisas, eu concordo também: não podemos criminalizar a obstetrícia, não podemos politizar esse tema, jamais. E realmente é um perigo nós deixarmos de ter especialistas por não ter segurança jurídica.

No caso do plano de parto, lá na Lei do Parto Livre no Espírito Santo, ele virou um documento oficial, mas o médico não é forçado a obedecer. O médico ou qualquer outro profissional que estiver fazendo o parto não é obrigado a obedecer se tecnicamente isso for nocivo à mãe. Então, eu acho que aí já está equilibrado.

Acho que eu não vejo... Não é um roteiro de impossibilidades. Eu sei que... Ele deu um exemplo da cirurgia cardíaca. Não, eu não vejo dessa forma. Eu vejo que o plano de parto é um conjunto, é uma demonstração de desejos da mãe. E aí vem a questão dos... Eu quero até parabenizar a Dra. Heloísa quanto a essa questão que ela falou das posições. Assim, longe de mim, não sou especialista, não sou enfermeiro, não sou médico; sou um político que gosta de ouvir todo mundo,

mas, assim, eu acho também que, se formos adotar o parto natural - é a escolha da mãe -, então, realmente, nessa questão da posição, a mãe tem que ter essa autonomia. Eu entendo que sim, porque a natureza - e eu concordo muito com o que a senhora disse - escolhe os seus caminhos. Então, realmente, a pessoa vai se posicionar da maneira que for mais confortável para ela. E não é fácil. Nem todos os hospitais têm essas estruturas, e deveriam ter.

Dito isso, uma coisa que é fundamental: não politizar. A politização é péssima. A pior coisa que pode acontecer com qualquer política pública voltada para a saúde, voltada para a área social, é a politização. Nós precisamos, isso, sim, claro, valorizar... Os valores sagrados, que são a vida, a dignidade da pessoa humana - isso não é ideologia, isso são valores sagrados - têm que ser o nosso parâmetro, e a possibilidade técnica é o que vai definir como esses valores vão ser concretizados em qualquer política pública.

Dito isso, eu acredito que - volto a repetir e encerro a minha fala aqui - é importante garantir a dignidade da mãe, ao mesmo tempo, harmonizar essa liberdade da mãe com a autoridade técnica de quem está fazendo o parto; os dois têm que estar juntos. E o problema, para ser resolvido no Brasil, vai na atenção primária. E os municípios precisam ser responsabilizados, independentemente de haver ou não maternidade neles. Não se pode mais aceitar que municípios lavem as mãos a respeito. Eu falo isso porque muitos municípios do interior não têm maternidade e realmente as prefeituras lavam a mão nesse assunto, só que as suas gestantes estão sem educação relacionada ao parto, estão tendo problemas por causa disso nos hospitais, e isso precisa ser resolvido.

Então, encerro a minha fala agradecendo mais uma vez a todos e torcendo para que o parto, no Brasil, se torne cada vez mais humano e menos violento.

Muito obrigado. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Girão. Bloco Parlamentar Vanguarda/NOVO - CE) - Muito bem.

Muito obrigado, Deputado Estadual Wellington Callegari.

Imediatamente, já passo aqui a palavra para o Dr. Raphael Câmara, que... Está em São Luís, Dr. Raphael? Você estava ontem em São Luís?

O SR. RAPHAEL CÂMARA MEDEIROS PARENTE (Para expor. *Por videoconferência.*) - Não, eu estou no Rio.

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Girão. Bloco Parlamentar Vanguarda/NOVO - CE) - Ah, voltou para o Rio.

O SR. RAPHAEL CÂMARA MEDEIROS PARENTE (*Por videoconferência.*) - Todo mundo está lá em São Luís, só que eu estava em outra reunião do CFM ao mesmo tempo. E estava...

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Girão. Bloco Parlamentar Vanguarda/NOVO - CE) - Eu imagino.

O senhor tem aí três minutos, com a tolerância da Casa, para responder a alguma questão ou fazer algum comentário e as suas considerações finais.

Muito obrigado, Dr. Raphael.

O SR. RAPHAEL CÂMARA MEDEIROS PARENTE (*Por videoconferência.*) - Eu que agradeço, Senador.

Primeiro, estou emocionado pela decisão agora do Senado. Parabéns ao senhor por essa vitória nossa a favor da vida. Quem vota contra a resolução do CFM não pode ser ministro do Supremo Tribunal Federal. A partir de agora, a resolução do CFM sobre assistolia fetal passa a ser um marco e quem for contra já sabe o resultado que poderá ter.

Bom, dito isso, violência institucional, que alguns chamam de violência obstétrica... Primeiro, achei excelentes as falas, independentemente de ser contra ou a favor. O Wellington Callegari é meu amigo; estivemos com ele no Espírito Santo. A fala da Cris... Foi excelente a fala da Cris. Falou tudo: tem que criminalizar o gestor, não é voltar isso para o médico. É isso, o objetivo é este, Senador: penalizar o obstetra. É o obstetra. O nome é "violência obstétrica" por causa disso. Aí vêm outros profissionais, não sei o quê... Não: é ferrar o obstetra. A gente sabe disso. Então, são questões ideológicas e tudo mais.

Qual é a forma de resolver isso? É simples, é fazer o que eu fiz enquanto Secretário: dinheiro, dinheiro e dinheiro para melhorar a assistência, e vai se conseguir a menor mortalidade materna da história; equipar maternidades; bons salários para os profissionais que cuidam do parto; todo parto em hospital, com presença de obstetra e toda a equipe, inclusive de enfermagem.

Quero lembrar que quem assinou o piso da enfermagem foi Bolsonaro, Queiroga e eu - essas pessoas não sabem desse pequeno detalhe. Hoje, lamentavelmente, como dito, a enfermagem não recebe - deveria receber pelo excelente trabalho que tem.

Mas não pode ter parto sem obstetra, e quem manda no cenário do parto é quem vai responder. Senador, uma coisa que ninguém falou aqui é o seguinte: quando acontece um problema, você acha que alguém vai processar os outros profissionais, ou a doula, ou o fotógrafo? Só se processa o obstetra, por quinhentos motivos. Inclusive, porque, na cabeça da população, quem tem dinheiro é o obstetra. Então, se quem responde no final serei eu, como obstetra, quem manda sou eu... *(Falha no áudio.)*

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Girão. Bloco Parlamentar Vanguarda/NOVO - CE) - Perdão, querido. Perdão, entrou aqui... É automático, mas eu já coloquei aqui mais cinco minutos, fique tranquilo.

O SR. RAPHAEL CÂMARA MEDEIROS PARENTE *(Por videoconferência.)* - Não, não. Não preciso de cinco minutos, não. *(Risos.)*

Então, é simples: a forma de resolver é dinheiro para ambiência, dinheiro para as maternidades, dinheiro para contratar bons profissionais, um pré-natal que tem que ser bem-feito - sem pré-natal bem-feito, não tem parto bem-feito.

Reitero o que eu disse: só existe parto de baixo risco após o parto ocorrido. Qualquer parto pode complicar, sim. Existem situações que complicam no exato segundo, como, por exemplo, um prolapso de cordão; está tudo indo bem, todo mundo maravilhoso, todo mundo tirando foto, mamãe para lá, mamãe para cá, e "vráu": de repente, o cordão aparece na frente da cabeça, e é imediato. Então, são poucos minutos para você colocar esse bebê e fazer uma cesariana; se não fizer, morre o bebê. E não tem nenhum sinal de que aquilo ali vai acontecer. Eu estou dando um exemplo - poderia dar vários outros -, mas às vezes quem não lida com alto risco não sabe dessas coisas que podem acontecer.

Então, acho que todos nós aqui defendemos um parto seguro, um parto legal para a mãe, um parto sem violência - todos nós defendemos. A forma é como vamos chegar. Cabe ao CFM defender a medicina, a saúde, as gestantes e o bebê, e, para isso, nós entendemos - como eu falei de forma demorada - tudo que tem que ser feito.

A gente entende que o Código Civil, o Código Penal e os Códigos de Ética Médica e da Enfermagem também - e das parteiras formadas - já preveem punições para todas as situações que podem acontecer. Já é previsto isso, não precisa de novas criminalizações.

Agora, quanto ao seu projeto de lei, nós colocamos aquelas posições: tem que ser bem descrito; não pode ficar uma coisa no ar, como a Cris falou. Não pode. Tem que... O que são múltiplos toques? O que são múltiplos toques? Eu, de repente, jogo até para o senhor: o que são múltiplos toques? De repente, mais do que um já são múltiplos para um; para outro, podem ser 10; para outros, podem ser 30. E a gente está falando de ir para cadeia, porque quem fizer múltiplos toques vai para cadeia, então é essa a preocupação. Ninguém discute... Como professor que sou, eu não discuto que, obviamente, alunos... Tem que avisar, tem que autorizar. Não é disso que a gente está falando. Eu estou falando do profissional médico que está cuidando do parto e, na cabeça dele, por sua autonomia, ele acha que tem que dar mais de um toque. E aí, se ele der dois, o português entende que dois são múltiplos, entendeu? Então, é essa... Estou pegando esse exemplo, mas a gente poderia falar de vários exemplos.

Agradeço muito a oportunidade. Hoje é um dia histórico.

E, por último, se o senhor me permite, eu queria chamar todos à Marcha pela Vida, domingo, contra o aborto, na Praia de Copacabana, às 10h da manhã. Que todos vão, porque, lamentavelmente, embora 80% da população no Brasil seja contra o aborto, na hora da marcha, tem meia dúzia de gatos pingados. Vai ter o *show* da Shakira no dia anterior, de que quase ninguém do Brasil gosta, que vai ter 2 milhões de pessoas. E, aí, na marcha contra o aborto, a gente espera que também tenha um público bastante aumentado lá. Eu estarei lá para a gente comemorar esse dia histórico hoje pelo Brasil.

Muito obrigado, Senador. Estamos à disposição para qualquer situação que o senhor queira, o senhor é parceiro e amigo do CFM.

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Girão. Bloco Parlamentar Vanguarda/NOVO - CE) - MUITÍSSIMO obrigado, meu querido irmão, Dr. Raphael Câmara.

Só deixando assim... A gente estava ouvindo atentamente o que o senhor falou, já lhe agradecendo, mas na questão do toque múltiplo, a preocupação não é com o obstetra - não é com o obstetra -, porque ele ali já está familiarizado, ele está trabalhando, já não... Vamos dizer assim: tem um acompanhamento. A preocupação é com outras pessoas. Eu não sei do projeto do José Guimarães, do PT, pode ser que o senhor esteja se referindo a esse. Mas a nossa preocupação... O obstetra é claro que vai ter que avaliar, vai ter que ficar acompanhando ali em todos os momentos. Então, sobre o múltiplo toque, como foi colocado aqui pelo Deputado Callegari, a questão dos alunos em hospitais-escola, não é isso?, essa é que é a preocupação, entendeu? Mas vamos conversar. Eu aguardo as sugestões do senhor. Já tem muita sugestão dada, vou pedir para nossa equipe enviar também, assim como para a Dra. Heloísa, para o Dr. Marcelo, a Dra. Larissa e também para a Dra. Cristianne Britto, que agora vai falar.

Mas, antes, eu tenho que registrar a presença ilustre, e eu falei já dela aqui hoje - falei ou não falei? -, dessa que foi a grande Ministra da Família, dos Direitos Humanos, da Mulher, Senadora hoje pelo Distrito Federal, Damares Alves, que Deus me deu o privilégio, a bênção de conhecer lá atrás, quando eu era ativista e ela era assessora. E a gente está junto hoje aqui. Só tem uma explicação para isso: é Deus.

A Senadora Damares está voltando do Plenário agora. Eu ficava, com a paciência dos nossos expositores aqui, dos nossos convidados, indo e voltando, correndo. Eu nunca corri tanto na minha vida, viu? Meu preparo hoje passou... Meu preparo físico. E aí, a Senadora Damares, que foi muito bem sucedida aqui pela Ministra Cristianne...

Senadora Damares, quer fazer uso da palavra agora?

A SRA. DAMARES ALVES (Bloco Parlamentar Aliança/REPUBLICANOS - DF) - Sim, Senador. Eu quero cumprimentar os expositores, os que estão presencialmente, os que estão *online*.

O debate precisa continuar, Presidente. A gente estava querendo muito que esta audiência acontecesse, mas o dia, para a gente, foi um dia difícil. Inclusive, eu estou rouca de tanto gritar: "Aleluia!", "Glória a Deus!", "O Brasil venceu!", "Acabou para eles!". Hoje a gente fez um dia histórico nesta Casa.

Presidente, mas o assunto, em especial, me interessa demais, e o senhor sabe disso. Quem está lá na ponta, com mulheres, há 45 anos, como eu... Eu não sabia que essa violência se chamava obstétrica até eu chegar ao Congresso Nacional há 30 anos; e a gente vê as pessoas dando nome àquilo que eu dizia que era sofrimento. E a gente sabe que o tema nos divide em alguns momentos, mas nos une na crença de que é o momento mais sublime para uma mulher.

Eu não tive a honra de parir, eu não tive a honra de gestar, e tudo por causa de um pedófilo, que me tirou a honra e a graça de gerar um bebê. Eu não passei pelo parto e confesso que, claro, o Senhor Deus me deu outros filhos, me deu uma filha adotiva e me deu milhões de crianças no Brasil para eu cuidar, mas entendo desse momento tão nobre e sublime para uma mulher. E, quando eu comecei a militar lá atrás, no campo, aquilo me incomodava, eu já entendia que havia sofrimento excessivo.

Mas, Senador, a gente tem uma nação também de povos tradicionais, e eu não sei se as senhoras e os senhores sabem que existem, inclusive, rituais para algumas indígenas. Nós temos um povo em que a mulher, para parir, na hora de parir, Senador, tem que ficar de joelho, apenas com uma perna de joelho - e a nossa assessora Aurini fala muito isto para nós, porque ela é uma indígena. Ela fica em pé com uma perna e ajoelhada com outra, porque é um momento difícil, e ela tem que sentir mais dor do que o necessário. Inclusive, essa forma de a mulher parir, às vezes, atrapalha a saída do bebê.

E a gente sempre questionou isto: como lidar, inclusive, com questões culturais com relação ao parto? Assim, eu estou sendo aquela chata de ir a todas as discussões no Congresso Nacional e dizer: nós não podemos tomar mais nenhuma decisão neste país sem considerar a pluralidade cultural da minha nação. Eu preciso trazer para este debate 305 povos diferentes, e grande parte deles tem uma forma ímpar, diferente de lidar com o parto e com esse momento tão sublime. Então, esta discussão precisa continuar, Senador - precisa -, com todo o respeito à classe médica, e a classe médica nos ajuda muito.

Aí, quando eu vou para os povos tradicionais, eu vou à mulher negra, Senador. Eu acho que vocês já colocaram aqui na mesa que havia um conceito já vencido, contra o qual a gente tem lutado muito, que, por ser negra, filha e neta de escrava, ela aguenta mais a dor, então, ela é a última a ser atendida, ela é a última a ser socorrida, e pode gritar, porque: "Você é negra, você aguenta". A gente tem isso no Brasil, sim; não é perpetuado pelos médicos, pela classe médica, mas é por uma questão cultural também.

Então, quando a gente enfrentar este tema aqui, a gente vai ter que trazer, também, algumas compreensões culturais do nosso país, Senador Girão, e eu quero continuar este debate; tem projetos de lei. É muito fácil a gente ir para uma palestra, como tem sido fácil para mim falar de violência contra a mulher e listar todas elas, e, ao chegar lá: violência obstétrica. As pessoas se assustam e perguntam o que é isso; e acho que estão generalizando muita coisa, realmente, e a gente vai ter que ter certos cuidados, mas o tema está posto. Eu estou, pelo menos, há 20 anos, no Congresso Nacional, vendo, de uma forma ou outra, o tema ser debatido. Mais cedo ou mais tarde, uma legislação vai ser construída, especificamente com esses termos. Não dá para a gente correr disso; vai ter um projeto de lei. Então, que a gente faça o debate da forma como o senhor está conduzindo, de forma madura, pé no chão, trazendo para a discussão toda a especificidade cultural que nós temos nesta nação. Eu precisava trazer mais esse ingrediente e quero continuar, Senador Girão, neste debate.

Hoje, realmente, eu me esforcei para estar aqui, mas foram tantas coisas que aconteceram nesta Casa. De manhã, eu tive que me dividir em diversas Comissões, porque os colegas estavam presos na CCJ. Já passei mal agora à tarde - eu estou num processo de recuperação de saúde, todo mundo sabe. O Plenário foi tenso e puxado, mas eu fiz questão de vir aqui e dizer que este debate não se encerra numa audiência. A gente vai precisar continuar falando sobre isso; e, todas as vezes

que este debate acontecer nesta Casa, eu vou trazer os povos tradicionais para a mesa e vou lembrar: "Epa, isso acontece no Brasil e, às vezes, com dor excessiva, em nome de manifestação cultural". Então, vamos fazer, com toda a delicadeza e maturidade, este debate.

E eu cumprimento todos que participaram: obrigada pelas contribuições que trouxeram. Esta audiência vai produzir relatórios, e nós vamos distribuí-los. As exposições, que foram espetaculares, eu já estou recebendo por WhatsApp.

Parabéns, Girão. Mesmo num dia como este, você não desistiu do debate.

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Girão. Bloco Parlamentar Vanguarda/NOVO - CE) - E que dia emblemático, não é? Só tenho que agradecer aos convidados que aqui estiveram. *(Palmas.)*

Senadora Damares, a senhora tinha que vir. Eu sei que não foi fácil para a senhora - eu acompanhei, sou testemunha -, mas a senhora tinha que dar uma passada aqui. E eu tenho certeza de que a senhora vai assistir depois a esta audiência - a sua equipe estava aqui o tempo todo. A senhora vai se emocionar com todas as falas, sem exceção, a capacidade técnica e o compromisso de cada um que aqui está - e o Dr. Raphael também - com a vida, com a gestante, com o bebê. E eu achei muito bonito isso, porque, embora tenha divergências, o tom aqui foi de pacificação mesmo, de conciliação, de busca da união.

Uma coisa que me deixou aqui muito sensibilizado é que se deve deixar a política do lado de fora da sala. Ele conseguiu aprovar por unanimidade a Lei do Parto Livre, lá no Espírito Santo, ele conseguiu unir a todos. Isso é uma habilidade muito grande, um dom que o senhor tem, e nós vamos tentar buscar aqui com relação a isso.

Com a palavra a nossa querida Ministra Cristianne Brito, que foi Ministra da Família, dos Direitos Humanos, da Mulher, que hoje é Secretária-Geral Executiva da Executiva Nacional do Mulheres Republicanas.

Mais uma vez, muito obrigado pela sua participação. A senhora tem três minutos, com a tolerância da Casa, para fazer as considerações finais, tentar fazer algum comentário ou responder a algumas dessas perguntas - a população participou bastante.

Você está de parabéns também.

A SRA. CRISTIANNE BRITTO (Para expor.) - Obrigada, Senador.

Eu queria, Senador, parabenizar mais uma vez, dizer do debate maduro que está sendo feito aqui nesta Casa e chamar a atenção para o tema que a Larissa trouxe. Essa realidade da depressão perinatal e pós-parto - a gente só fala da pós-parto, mas a gente não fala da perinatal -, esse dado assustador de que uma a cada cinco mulheres passa por esse cenário, é assustadora.

A SRA. LARISSA DA SILVA LOMBA SERAFIM *(Fora do microfone.)* - Subnotificado. Com certeza, são mais.

A SRA. CRISTIANNE BRITTO - Imagino.

Isso, Senador, talvez seja um olhar específico, peculiar e urgente que esse projeto de lei de sua autoria tenha que avaliar e ampliar, debater mais ainda. Você imagine esse cenário que a Senadora colocou aqui, das mulheres indígenas. Imagine o da mulher ribeirinha. Então, essa realidade, o cuidado com a saúde mental das mulheres, eu acho que é algo relevante para a gente debater.

Essa terminologia do pré-natal psicológico é outra coisa também, Larissa, que a gente pode continuar debatendo, trazer mais para a nossa realidade. Essa é uma pauta, como foi falado aqui, que une direita e esquerda, e, quando a gente deixa de lado as ideologias, as preferências políticas, quem ganha? A cultura da vida. Então, é esse olhar que eu vi aqui de todos os profissionais. Parabéns a todos os expositores.

Parabéns à enfermeira. Como que eu queria ter tido o privilégio de ter uma enfermeira como a senhora no meu parto! Parabéns! Eu tenho certeza de que muitas vidas passaram pelas suas mãos e passarão ainda. Que a senhora continue orgulhando as enfermeiras do nosso Brasil. A gente precisa muito de profissionais como a senhora.

Deputado, parabéns também pela sua luta. É um privilégio estar aqui ao seu lado, de todos vocês.

E é isso, Senador. Enquanto vida tiver, que a gente continue lutando pela cultura da vida. É essa que importa.

Eu acho, só para não deixar de tocar no assunto do que acabou de acontecer no Plenário, eu penso que a decisão do Plenário diz muito sobre o que queremos hoje no STF: quem defende a cultura da morte ou quem defende a cultura da vida? Acho que essa decisão hoje do Plenário do Senado diz muito sobre isso.

Muito obrigada, Senador.

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Girão. Bloco Parlamentar Vanguarda/NOVO - CE) - Muito obrigado. Muito obrigado, querida.

Inclusive, esse tema foi... O tempo todo saía Senador, voltava Senador ou Senadora, foi um tema abordado essa questão do Conselho Federal de Medicina. Muitos colegas falaram exatamente sobre isso. Esse foi um tema que circundou todo esse debate da sabatina do Messias. E esses gritos - que muita gente estava me perguntando aqui no zap, o pessoal que está assistindo, porque deu para ouvir os gritos - são do pessoal comemorando. É impressionante como o brasileiro, Senadora Damares, não estava acreditando. Porque é normal. É tanta derrota, não é? Mas hoje eu acho que o brasileiro... Eu sei que tem alguns que não estão felizes, faz parte, e nada contra a pessoa do Ministro Jorge Messias, absolutamente nada contra a pessoa dele, mas algumas atitudes ficaram muito evidentes, algumas contradições, pelo menos para mim e acho que para outros colegas também.

Eu imediatamente passo a palavra à Dra. Heloísa Ferreira Lessa, que é, exatamente, Membro da Câmara Técnica de Enfermagem em Saúde da Mulher do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), que muito nos honrou - e honra ainda, porque não terminou a sessão - com a sua presença. Uma exposição, Senadora Damares, firme a da Dra. Heloísa também. Eu acho que foi uma complementando a outra aqui, uma exposição firme de quem conhece, de quem tem paixão pelo que faz e trouxe aqui informações importantes para a gente refletir, para a gente tentar aprimorar os projetos, enfim.

Então, Dra. Heloísa, muito obrigado pela sua presença. A senhora tem três minutos, com a tolerância, sempre, da Casa, para fazer suas considerações finais ou responder a alguma pergunta ou a algum comentário.

Muito obrigado.

A SRA. HELOÍSA FERREIRA LESSA (Para expor.) - Obrigada, então, Senador Eduardo Girão.

Eu queria começar falando da grata surpresa, Dra. Senadora Damares, ouvindo a senhora falar da questão da dor das negras e desse sofrimento que quem acompanha as mulheres, a gente, sabe que existe. Se de alguma maneira isso surgiu, talvez não com o melhor tema, violência obstétrica, foi a maneira como a sociedade conseguiu dizer: precisamos dar limite aos abusos que acontecem. Então, fiquei muito grata de ter ouvido, porque isso, em algum momento, hoje, na mesa, parece que passou despercebido, porque quem sofre essa violência são as negras, são elas que morrem, são as indígenas, a gente sabe disso. Eu trabalhei muito com população indígena, então, eu conheço um pouco essa realidade. E queria dizer da minha franca alegria de ouvir esse comentário, porque eu acho que é muito importante a gente entender que não dá para voltar atrás, essa violência existe. E se existe, eu acho que...

E gostei muito do que o Dr. Marcelo falou, da importância de as doulas terem entrado no cenário do parto, e entraram, muitas vezes, numa briga mesmo, botando limites. O plano de parto, talvez, realmente, não seja a coisa mais legal, mas foi a forma que a sociedade civil encontrou de ter algum limite, de dizer: "Eu preciso ser ouvida enquanto mulher!". Então, o plano de parto entra para isso.

Agora, me parece... Há uma coisa que é importante que a gente não escamoteie - aí eu falo, não sei se o Dr. Raphael está me ouvindo, porque é uma pena que o Dr. Raphael não entenda a autonomia da enfermeira obstetra na assistência ao parto. A enfermeira obstetra pode, sim, assistir, sem o médico, porque a ciência já falou isso, a lei já falou isso, e a gente... Se isso não for base, vai ficar difícil a união - vai ficar difícil a união -, porque essa briga no cenário do parto não dá, percebe? Já está comprovada a efetividade dessa profissional. Então, isso é muito importante, ainda mais quando a gente fala no Brasil, com esse território, com as parteiras tradicionais. Em quantos lugares os médicos não estão? Aí a enfermeira faz o parto, e está tudo bem. Depois ele assina a AIH.

(Soa a campanha.)

A SRA. HELOÍSA FERREIRA LESSA - Quanta vitória foi a gente ter conseguido uma AIH, a enfermagem assinar o parto que ela fez, porque a gente sabe que era isso que acontecia. O médico estava dormindo, e não era a enfermeira, não; era o técnico de enfermagem que fazia. Então, tem coisas que não dá para a gente escamotear, para a gente poder ir junto. E para a gente poder ir junto, a enfermagem obstétrica e as obstetrizes precisam ser respeitadas - precisam ser respeitadas inclusive pelos conselhos de medicina.

Então, eu acho que é muito importante que os Senadores, que esta Casa tome noção e se atente para isso, porque é uma questão grave que acontece, senão a gente não vai mudar esse cenário. Desse jeito que está, não vai mudar esse cenário.

Eu queria só dizer, respondendo à população: o que a gente faz para as leis? Sobre o que a gente faz para a lei, é isto que a gente está fazendo aqui: é política, não tem jeito. A gente tem que fazer política, a gente tem que entender. A gente tem que ter Deputado, a gente tem que ter Senador, a gente tem que estar na rua, a gente tem que estar junto nos sindicatos. Então, eu acho que a gente está vivendo um momento político de uma certa efervescência. E que bom! Que a população acorde e vá para a rua! É o que a gente tem que fazer para defender o que a gente acredita.

Muito obrigada. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Girão. Bloco Parlamentar Vanguarda/NOVO - CE) - Excelente. É isso aí. Isso é um passo importante e a gente sabe que cada um defende exatamente aquilo em que acredita, do local em que está também, representando as entidades. Isso é um passo importante, o que a gente ouviu aqui tanto da Dra. Heloísa quanto do Dr. Raphael também, porque a gente vai conciliar, não tenho a menor dúvida, porque o interesse é o foco nas pessoas. Então, isso é que é o mais importante. E às vezes não é do jeito que a gente quer, a vida não é assim. Então, é através do ouvir, do dialogar que a gente vai conseguindo chegar a um ponto em comum.

Eu acho que é muito legítima a colocação da Dra. Heloísa e do Dr. Raphael também, que eu conheço há mais tempo - a Dra. Heloísa eu estou conhecendo hoje, estou tendo esse prazer, mas o Dr. Raphael eu conheço há mais tempo, e é uma pessoa também que tem opiniões fortes, firmes, mas é uma pessoa de um coração que busca também sempre o consenso.

Eu acho que chegou a hora, cada vez mais, de a gente olhar para esse assunto aqui, que é um assunto que tem um limbo - como colocou a Ministra Cristianne Britto - há algum tempo já no Brasil, e nós vamos sequenciar.

A Senadora Damares tem quatro anos - viu, Deputado Callegari? -, isso aqui é uma referência no Brasil. O Deputado Callegari aprovou essa lei por unanimidade no Espírito Santo. O Governador sancionou, já está valendo. É pioneiro, é algo inédito no Brasil, e a gente... A Senadora Damares tem mais quatro anos aqui, se Deus quiser. Eu estou terminando agora, não venho para reeleição - sou contra, sempre deixei isso muito claro -, mas a Senadora Damares não é por acaso também que está aqui.

Esta é a única sessão - sabia? - que está acontecendo na Casa agora; já terminou tudo. Quem está ligado na TV Senado está assistindo à gente agora. Então, eu fico feliz, porque nós vamos ter essa honra de ser sequenciada. E ela é nada menos, hoje, do que a Presidente da Comissão de Direitos Humanos do Senado, entendeu? Isso aqui tem tudo a ver com direito humano. Isso aqui que a gente está conversando tem tudo a ver. Então, olha, eu tenho responsabilidade. Eu não tenho mais um tempo para tentar construir, mas você vai ser a nossa madrinha desse projeto.

Para fechar a sessão, Dra. Larissa da Silva Serafim, Psicóloga Obstétrica e Perinatal, voluntária do Instituto Vida Maria.

Você sabe de quem ela é filha?

Você é filha do Paulo?

A SRA. LARISSA DA SILVA LOMBA SERAFIM (*Fora do microfone.*) - Sou.

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Girão. Bloco Parlamentar Vanguarda/NOVO - CE) - Filha do Paulo Lomba. Olha aí!

Você vai...

A SRA. DAMARES ALVES (Bloco Parlamentar Aliança/REPUBLICANOS - DF. *Fora do microfone.*) - Estudei... Larissa quando era adolescente.

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Girão. Bloco Parlamentar Vanguarda/NOVO - CE) - Olha aí.

Fez também aqui uma exposição fantástica e vai encerrar esta sessão.

Muito obrigado.

A senhora tem três minutos, com a tolerância da Casa, para fazer considerações finais ou tentar responder a algumas das perguntas ou para algum comentário. Fique à vontade.

A SRA. LARISSA DA SILVA LOMBA SERAFIM - O.k.

Primeiramente quero agradecer ao Senador, à Mesa.

Que debate rico! - como eu falei. A gente está saindo daqui mais encorajada e eu estou saindo daqui feliz, porque esse tema está sendo levantado e eu sei que a gente vai colher frutos, como eu falei, nesta geração.

Quero agradecer também à Laís Cabalero, minha amiga Psicóloga Obstétrica, e, na pessoa dela, ao Instituto Vida Maria, que tem militado nessas causas; à minha família, que sempre me apoia. A gente está falando aqui sobre família, então, eles me apoiaram para estar aqui: minha mãe, Débora; minha irmã Raíssa, que está aqui também; minha sogra, meu esposo, minhas filhas - todos me apoiaram, e as meninas estão aqui mandando mensagem -, meu pai, com certeza - meu pai é demais, ele tem um coração enorme.

Quero também deixar, sim, algumas questões registradas para a gente pensar aqui para continuar o nosso debate.

Primeira coisa, tentando responder a algumas das perguntas que foram feitas: como a gente pode realmente tornar viável isso? Eu queria sugerir que a gente incluísse educação continuada para os nossos profissionais de saúde. A gente precisa rever alguns currículos acadêmicos, a gente precisa olhar lá para antes, como eu disse, porque a gente não fala da perspectiva emocional, ou fala muito pouco, ainda, da perspectiva - como eu disse - do luto perinatal dessa mulher, que está

lá na ponta. Então, a gente precisa incluir mais coisas da perspectiva emocional, da perspectiva psíquica, para realmente a formação dos nossos colegas - geral, mesmo - na área de saúde.

Outra coisa que a gente precisa é de ter mais psicólogas obstétricas. Essas mulheres precisam estar lá nessa assistência. A gente pensa na atenção primária, a gente pensa na política pública, mas a gente também precisa de um braço lá. Então, essa mulher está ali, precisou no parto... A gente sabe dessa importância, e, inclusive, a psicóloga obstétrica não atua só com a parturiente; ela atua com a família, como eu disse, com os avós, com o sistema, com o médico - que muitas vezes está chorando junto, ou não sabe a condição daquela paciente, ou está exausto -, então, a gente faz muito essa ponte.

E eu queria convidar e fazer um clamor aos meus amigos psicólogos para se sensibilizarem e também se especializarem nessa área, que é muito rica. A gente tem um campo ainda muito grande a ser desbravado. E também, falando diretamente para a nossa população, "Ah, Larissa, mas o que eu posso fazer?": você pode começar trabalhando a sua consciência. Cuidar de gestantes é dever de todos nós. Se a gente viu uma gestante, a gente precisa ser mais humano. A gente precisa parar de condenar a quantidade de filhos que aquela mulher ou aquela família escolheu ter. A gente precisa sair de um lugar de crença comum, de um discurso que não é intencional, de um discurso que não tem pensamento, é simplesmente uma fala que a gente reproduz.

Então, quando a gente revê a nossa fala - a mulher perdeu o neném - e eu paro de dizer: "Ah, mas já vem o próximo; já, já vem o próximo", isso não substitui essa criança. Então, quando eu revejo a minha fala enquanto população, eu também estou fazendo política, eu também estou mudando a realidade da minha casa. Mudando a realidade da minha casa, eu mudo a realidade da minha vizinhança; mudando a realidade da minha vizinhança, eu mudo a do meu município, e assim eu vou, e a gente muda o Brasil. E eu acho que é por isso que todos nós estamos aqui. Então, não despreze os pequenos começos. Os pequenos começos não podem ser desprezados. Hoje, eu vejo que é um grande começo, mas essas pequenas atitudes precisam ser consideradas.

E, por último, a escuta. Nós não podemos deixar de lado a escuta sincera e intencional dessas gestantes, dessas parturientes, desses profissionais, como foi feito aqui. Então, Senador, continuar com audiência, com relatórios, com projetos, porque aquilo que nasce aqui precisa chegar, e vai ser através da nossa atitude.

Então, esse tema foi brilhante, e eu me sinto agradecida e honrada por fazer parte hoje desta mesa. Espero poder contribuir. Contem comigo também e, com certeza - como eu disse e repito, vou terminar falando isto -, nós vamos colher frutos das nossas pequenas ações. Quem começa grande é monstro. Nós precisamos realmente começar como uma gestação: começa pequenininho, mas a gente vê o fruto, a gente vê crescer, a gente investe. E a gestação é feita no secreto. Então, a gente vai se desenvolvendo, desenvolvendo e, quando está pronto, aí, a gente vai parir, porque, se parir antes também, é um aborto. Então, tem tempo certo. Que a gente não perca o tempo correto, o *timing*, realmente, de fazer a diferença no Brasil na área obstétrica.

Obrigada. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Girão. Bloco Parlamentar Vanguarda/NOVO - CE) - Muito bem. Para fechar com chave de ouro, né?

Quero agradecer a todos os presentes a participação, agradecer às pessoas que vieram aqui, grupos, aos que tiveram que sair. Quero pedir desculpa à Dra. Thatiane Torres, Coordenadora da Rede Alyne do Ministério da Saúde, porque ela esteve aqui, nós demoramos muito, e a falha, a culpa é minha. Peço desculpa ao Ministério da Saúde, e solicito, se for possível, que depois envie as colocações da Dra. Thatiane, as sugestões para o nosso projeto, para que a gente possa refletir, dentro desse espírito de união, para a gente conseguir fazer como esse garoto, esse grande Deputado, o Wellington Callegari, lá do Espírito Santo, conseguiu fazer na terra dele.

Eu tenho que agradecer aqui ao Saulo Kléber Rodrigues Ribeiro, Secretário aqui da CAS, sempre muito atencioso, e também ao Ivan Cerqueira Filho, Secretário Adjunto. Muito obrigado à equipe técnica aqui da nossa TV Senado, todos merecem. *(Palmas.)*

O que veio servir aqui o café, o nosso copeiro, como é o nome dele? Não sabe, não, né?

(Intervenção fora do microfone.)

O SR. PRESIDENTE (Eduardo Girão. Bloco Parlamentar Vanguarda/NOVO - CE) - O Alisson. Está ali o Alisson, de prontidão. *(Palmas.)*

Obrigado, Alisson. Tudo de bom.

Não havendo nada mais a tratar, eu declaro encerrada esta reunião.

Muito obrigado a todos.

(Iniciada às 16 horas e 53 minutos, a reunião é encerrada às 20 horas e 06 minutos.)