



SENADO FEDERAL
SECRETARIA-GERAL DA MESA
SECRETARIA DE REGISTRO E REDAÇÃO PARLAMENTAR

REUNIÃO

02/12/2015 - 117ª - Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa

A SRª PRESIDENTE (Angela Portela. Bloco Apoio Governo/PT - RR) - Declaro aberta a 117ª Reunião, Extraordinária, da Comissão Permanente de Direitos Humanos e Legislação Participativa do Senado Federal da 1ª Sessão Legislativa Ordinária da 55ª Legislatura.

A presente reunião destina-se à realização de audiência pública, nos termos do Requerimento nº 159, de 2015, CDH, de minha autoria, para debater sobre a violência obstétrica no País.

Esta audiência pública será realizada em caráter interativo, com a possibilidade de participação popular. Por isso, as pessoas que tenham interesse em participar com comentários ou perguntas podem fazê-lo por meio do portal e-Cidadania, *link*: www.senado.leg.br/ecidadania, e do Alô Senado, através do número 0800-61-2211.

Entre os nossos convidados, gostaria de chamar Etelvino de Souza Trindade, Presidente da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Muito obrigada, Sr. Etelvino, por ter aceitado o nosso convite de participar desta audiência pública.

Convido também a Profª Silvia Badim, Professora Adjunta da Universidade de Brasília (UnB). Muito obrigada também, Profª Silvia. É uma grande alegria tê-la aqui conosco, para discutir inicialmente um tema tão importante aqui para o Senado Federal. Sem dúvida alguma, é um momento em que nós vamos iniciar uma ampla discussão sobre esse tema nesta audiência pública. E nós esperamos ter muitas outras para a produção de conhecimento e de informações sobre esse tema.

Convido também para fazer parte da Mesa Maria Esther de Albuquerque Vilela, Coordenadora-Geral da Saúde das Mulheres do Ministério da Saúde. A Maria Esther está dando uma entrevista. Logo, logo, ela chega aqui.

Convidamos também a Profª da Universidade de Brasília, Presidente da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento, Daphne Rattner. Bom dia, professora, é um prazer tê-la aqui conosco.

A SRª DAPHNE RATTNER - Muito obrigada pelo convite.

A SRª PRESIDENTE (Angela Portela. Bloco Apoio Governo/PT - RR) - Nós é que agradecemos a presença e o fato de vocês terem aceitado esse convite. Esse é um tema novo aqui, no Senado Federal, e, sem dúvida nenhuma, nós teremos ainda muito o que aprender sobre o tema violência obstétrica.

Então, como é de hábito aqui, na Comissão de Direitos Humanos, o Senador que preside ou que tem o requerimento aprovado sempre faz um breve relato sobre o tema em debate.

O conceito de violência obstétrica adotado internacionalmente é o de qualquer intervenção ou ato direcionado à mulher grávida, parturiente ou em estado puerperal, ou ao seu bebê, praticado sem o consentimento explícito e informado da mulher ou em desrespeito à sua autonomia, integridade física e mental, aos seus sentimentos, opções e preferências.

O objetivo da presente audiência pública é, portanto, tendo por base números que apontam para elevadas taxas de violência obstétrica em nosso País, debater as melhores formas de combater o problema, buscando construir um ambiente de colaboração entre autoridades da área de saúde, profissionais e as mulheres brasileiras.

Relatório sobre Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, elaborado pelo Ministério da Saúde, aponta para a intensa medicalização, intervenções desnecessárias e principalmente prática abusiva da cesariana como problemas

comuns na atenção ao parto e nascimento. Vale lembrar que escolher a forma de dar à luz é também um direito reprodutivo da mulher, inerente à sua personalidade feminina, o que não pode sofrer limitação, conforme dispõe também o art. 11 do Código Civil. A cirurgia cesariana não é um procedimento isento de riscos à saúde da mãe e do bebê.

Tendo claro que o parto e o nascimento são acontecimentos de cunho familiar, social, cultural e preponderantemente fisiológico, na atenção à saúde, deve haver a valorização da dimensão subjetiva e social, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, como dispõe adequadamente a orientação do Ministério da Saúde.

Infelizmente, nem sempre é isso que ocorre. Pesquisa da Fundação Perseu Abramo, realizada em 2010, detectou que 25% das mulheres sofrem violência obstétrica no parto. As formas mais comuns são negligência, violência verbal, incluindo tratamento grosseiro, ameaças, reprimendas, gritos e humilhação intencional, violência física e abuso sexual.

É importante frisar que o nosso País já possui uma legislação adequada no que diz respeito aos direitos das mulheres. Passo a relacionar agora algumas das garantias legais conferidas a gestantes, parturientes, crianças e famílias brasileiras.

A mulher tem direito a acompanhamento especializado durante a gravidez, o que inclui exames, consultas e orientações gratuitas, bem como ao conhecimento do seu local de atendimento e vinculação a este para o pré-natal e o parto.

A gestante tem direito ao atendimento prioritário em emergências de hospitais, assim como em outros órgãos e empresas públicas e em bancos. A gestante tem direito a um acompanhante de sua indicação durante todo o período de trabalho de parto e pós-parto. A gestante tem direito a receber do pai do bebê valores suficientes para cobrir as despesas adicionais do período da gravidez e que sejam dela decorrentes até o parto. A mulher tem direito ao planejamento familiar, assim como a receber informações como métodos e técnicas para regulação da fecundidade ou prevenção da gravidez. A mulher tem direito, em toda a rede do SUS e conveniados, a realizar cirurgias, para esterilização, quando desejar, contanto que seja maior de 25 anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos e, se em convivência conjugal, com o consentimento do marido. A mulher internada para dar à luz em qualquer estabelecimento hospitalar integrante do SUS tem por direito realizar o teste rápido para detecção de sífilis e HIV.

Como se vê, nosso País tem uma legislação moderna no que diz respeito a esse tema. Resta trabalhar para que o direito não fique restrito à letra fria da lei. Precisamos estimular campanhas de esclarecimento e fazer cumprir a legislação brasileira. Com a participação dos profissionais, das autoridades de saúde e principalmente das mulheres, temos totais condições de eliminar a violência obstétrica da realidade brasileira.

Então, com essas palavras introdutórias, nós gostaríamos de já dar início ao nosso debate, a um primeiro debate - nós acreditamos que deveremos estimular novos debates sobre o tema, porque não deixa de ser, aqui no Senado Federal, uma discussão nova -, para que nós criemos conhecimento, produzamos mais informações, e, com essas informações, possamos ter políticas públicas, melhorar e otimizar o Plano Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, para que efetivamente se elimine essa prática contra as mulheres brasileiras, num momento tão importante, tão sublime que é a maternidade, a hora de ter o filho.

Então, eu gostaria de, já iniciando, passar a palavra para o Sr. Etelvino de Souza Trindade, Presidente da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia.

O SR. ETELVINO DE SOUZA TRINDADE - Bom dia a todos.

Muito obrigado, Senadora Ângela Portela, pelo convite da Comissão de estarmos aqui, como representante da nossa federação maior de ginecologia e obstetrícia.

Segundo estatísticas mais recentes, publicadas há dois dias pelo Conselho Federal de Medicina, nós somos 29 mil médicos com especialização reconhecida em âmbitos governamentais e devemos ser em torno de 36 a 38 mil que exercem a ginecologia e obstetrícia no País em circunstâncias um pouco diferenciadas, tais quais interior, onde clínicos fazem parto, e cirurgões fazem cesariana.

Eu falo aqui em nome da Federação. Temos logicamente, dentro desse grupo aqui, pessoas com visões diferenciadas. As visões diferenciadas não implicam confrontos e que não se possam procurar caminhos. Então, as interfaces existem, e nós procuramos interface onde pode haver um crescimento mútuo de percepções e onde as pessoas possam exercer uma melhor ação em benefício da mulher. Eu não tenho conflito de interesses.

Já foi colocada pela Senadora Ângela aqui, no início, a conceituação da violência sexual, mas isso aqui - só para lembrar -, dentro de dicionários, é uma situação de constrangimento físico ou moral, segundo o Michaelis, em seu novo dicionário brasileiro, e também o Houaiss. Então, obriga-se uma pessoa exercer alguma coisa em vínculo de coação.

O assunto passar a ter importância aqui, no Brasil, depois dessa pesquisa mencionada pela Senadora Ângela, da Fundação Perseu Abramo do Sesc, em 2010, em que mulheres, colocadas em face das circunstâncias do parto e alertadas de que

certas atitudes, certos comportamentos, certas recepções e certas acolhidas não são as mais adequadas, encaixaram-se dentro de um perfil de crítica, porque não foram atendidas dentro daquelas normas que seriam as mais adequadas.

Então, várias queixas foram apresentadas, caindo nesse arcabouço dito pela Senadora, de que 25% se sentiram agredidas no pré-natal e no parto. Dentro desse arcabouço de queixas, chamaram a atenção procedimentos cirúrgicos sem que fossem consultadas nem informadas - isso aqui principalmente dentro - pegamos o cenário de 2010 - de um arcabouço intervencional médico. No Brasil, o parto se tornou "medicocêntrico", por questões várias que ocorreram, que criaram uma cultura "medicocêntrica", mas esse procedimento cirúrgico visa muito ao problema de episiotomia. A episiotomia, no País, é feita de modo exagerado. No entanto há discussões. Nós temos aqui a Artemis, que defende a ideia de que deve ser proscrito. Nós não entendemos que deva ser proscrito, mas que deva diminuir consideravelmente, sim. Abuso sexual dentro de entendimento da mulher ou de eventual ocorrência mesmo, porque, na consulta médica, o manuseio feito dentro de um atendimento médico, se não for esclarecido para a mulher, pode ser percebido como abuso sexual ou como atitudes inconvenientes. A violência verbal é muito comum, e não só de médico. Dentro do hospital, isso começa, de repente, até na portaria do hospital, sendo muito comum nas delegacias. Quanto mais o ambiente é masculino, mais a mulher se sente constrangida e vulnerável e a relação se torna assimétrica dentro dessas percepções e da discriminação que existe na sociedade, sem dúvida.

Nós temos o arcabouço de uma violência física, de série de coisas que nós temos, como o toque. Isso aqui existe principalmente em hospitais-escola. Não que ele deva ser proscrito também, porque isso deve ser ensinado, mas deve ser informado, e, às vezes, as pessoas se esquecem disso. Além disso, também não é ter cinco residentes, e todos os cinco fazerem o toque a cada hora. Isso incomoda extremamente a mulher; ou a episio de rotina, ou obrigar a posição de parto, usar fármacos que aceleram o parto.

Quanto a isso, também existe tendência de falar que o ocitócico deve ser proscrito. Não deve ser proscrito, mas deve ser diminuído. Há instâncias em que ele deve ser usado, e a mulher precisa estar sabendo dessas circunstâncias. Fórceps, Kristeller - o Kristeller logicamente deve ser proscrito, sem dúvida alguma -, curetagem sem anestesia, retirada manual da placenta são coisas que acontecem e que, às vezes, são necessárias, mas, nesse caso, é preciso, pelo menos, uma instância de alívio de dor, com informações à mulher de que aquilo tem de ser feito. Ainda, como violência física, há a cesariana sem indicação médica, não proporcionar contato físico do recém-nascido com a mãe.

Como violência sociológica, uso de linguagem não apropriada, não preservar o pudor da parturiente, praticar a discriminação, a humilhação, críticas, provocações, omissões de informações sobre a evolução.

Como violência psicológica, não garantir à mulher opção por atitudes que lhe propiciem conforto, não informá-la sobre os procedimentos disponíveis por assistência, não preservar sua intimidade, não respeitar sua autonomia, não garantir estar acompanhada e não respeitar o plano de parto que ela elaborou. Logicamente, o plano de parto tem contingenciamentos. O plano de parto é bem visto, inclusive por nós, e deve ser feito em conjunto, não só pela mulher, com o grupo que a cerca, mas o médico deve ser consultado, porque eventualmente o parto ocorre em instâncias emergenciais. A urgência sempre existe no parto. O emergencial pode existir, e o plano de parto almejado pode não ter possibilidade de ser seguido. Então, a mulher tem que ser orientada sobre isso.

Na verdade, o que se fala? Aqui há um viés velado de que é o obstetra é violento, interventor, autoritário e que promove maus desfechos para a mãe e para o recém-nato. Estou falando em nome da Federação, e isso aqui não se trata apenas de uma preservação de categoria; trata-se de percepções de grupos. Logicamente, isso nos incomoda, e nós somos apontados como tal, justamente pelo viés de que o parto no Brasil é "medicocêntrico". Então, quem é visto agindo mais nessa circunstância é o médico. No entanto, nós não concordamos muito com isso. Sob controvérsia, passam a ser os profissionais de saúde.

Em sequência de diálogo com grupos vários, vê-se que realmente é um processo que está instalado numa cultura de atendimento e de receptividade à gestante em todas as circunstâncias: institucionais, em hospitais particulares ou em hospitais conveniados.

O que se comprova é que a maioria das mulheres assistidas em seus partos ficam satisfeitas, agradecem e seguem sendo atendidas pelo seus obstetras e, depois, profissionais de ginecologia por livre escolha.

O que significa isso aqui? Significa que o que é apresentado e sai na imprensa são estudos de casos; não que a gente deva omitir e desconsiderar por ser estudo de caso em referência aos médicos que são treinados a usarem o n como uma metodologia adequada ou como desenhos de trabalho sendo preponderante numa avaliação, mas, dentro do contingente total de médico e de atendimentos, na verdade, o estudo de caso é minoritário. Então, aqui, faz-se necessária uma graduação da percepção e do que ocorre realmente, porque, dentro da percepção, na hora em que se aponta que, por ser o parto "medicocêntrico", a violência ocorre em torno do médico, o médico de *per se* não é tão mal visto sob o ponto de vista estatístico social, da sociedade como um todo. No entanto, existe violência, e nós não estamos eximindo nós mesmos de

praticá-la. Existem práticas indevidas, e essas práticas indevidas devem ser entendidas e atendidas dentro de circunstâncias individualizadas.

A violência é explícita principalmente em hospitais institucionais; é multicausal. O Governo não cumpre suas próprias normas - a Senadora apresentou as normas do Ministério da Saúde, a Dr^a Esther está aqui e fala pelo Ministério da Saúde -, mas as normativas do Ministério são ótimas, da Organização Mundial de Saúde, só que não se vê serem aplicadas. E nós temos uma conceituação um pouco equivocada no Brasil do que é o Sistema Único de Saúde, percebido pelo médico e pela população como uma instância dos que não têm recursos. O sistema é único, é para todos e deveria ser aplicado em todas as instâncias; e não é. E ele é pior, logicamente, onde existe mais vulnerabilidade. E, dentro das vulnerabilidades, ela aparece mais onde? No institucional. Por que no institucional? Porque, talvez, a demanda seja excessiva dentro de contingenciamento de recursos que existem para tal.

Na verdade, procura-se o igualitarismo, mas deveriam ser almejadas as situações equânimes, porque não haverá recurso suficiente para todos em nenhuma parte do mundo.

O Governo não cumpre suas próprias normas e decretos; não há acomodações suficientes, ambiência, analgesia, respeito e autonomia; faltam insumos básicos, leitos de UTI.

Comprovou-se que a mortalidade materna começou a subir após 2012. Houve contingenciamento financeiro, que, em 2004 foi congelado; em 2012, foi reduzido e, em 2015, é isso que estamos vivendo: o Governo não tem recursos, o Ministério da Saúde não vem aplicando a totalidade do seu Orçamento nos últimos anos. O relatório da CEDAW (The Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women), de 2014, mostra que, da dotação orçamentária da rede que o Ministério montou, que é boa como estruturação, de R\$8 bilhões, chegam na ponta 15%.

Então, daí, duas ilações: por que isso não funciona? Talvez, nesse sistema brasileiro do tripartite, seja um equívoco o Governo receber todo o orçamento para depois fazer esse distributivismo, que pode ser a causa de aparecerem os furos e desvios financeiros, senão é preciso se pensar em outra coisa.

Será que a Rede Cegonha serve para fazer cabide de empregos? Esse é um questionamento. Não estou dizendo que é uma coisa ou outra, mas a verdade é que ela é inadequada. Se você tem R\$8 bilhões, e só chegam 15%, existe uma inadequação nisso.

Então, a Febrasgo repudia todo tipo de violência que ocorra contra a mulher e o neonato.

Eles falaram que eu tinha um relógio aqui, mas eu não sei meu horário. Alguém está me monitorando, por favor?

A SR^a PRESIDENTE (Angela Portela. Bloco Apoio Governo/PT - RR) - O senhor tem mais cinco minutos.

O SR. ETELVINO DE SOUZA TRINDADE - O.k.

Zela pela boa prática e reputação dos toques de ginecologistas - isso faz parte, e é a nossa função. Divulga e atualiza constantemente a base de evidência de boas práticas. Mantém no portal da Federação conteúdos a respeito, incluindo atitudes condizentes - está aí o nosso portal -, e as orientações são colocadas em prática e comprovadamente oferecem menores riscos, com base em recomendações da OMS e do Ministério da Saúde.

Aqui, nós temos um conflito com o que a OMS falou e, agora, foi publicado há duas semanas no Jama (Journal of the American Medical Association) que essa taxa de 15% nos Estados Unidos deveria subir para 19%. No entanto, nos Estados Unidos, está em torno de 35% a taxa de cesarianas. E, dentro de estudos analíticos de grupos de estudo, seja por meta-análise, seja por revisões sistemáticas, entendemos que 15% é o almejável, a partir do qual não temos dados suficientes para garantir morbidades menores. Na prática mundial, isso não ocorre. Mesmo dentro do NICE (National Institute for Clinical Excellence and Health), que é a base do Ministério da Saúde para fazer as diretrizes que estão sendo elaboradas, fala-se nos 15%. Na verdade, na Inglaterra, há mais de 20% de partos cesarianos.

A Febrasgo age no sentido do esclarecimento baseado no aspecto real; está antecipando problemas com grande auxílio das entidades médicas, promovendo e apoiando fóruns para discussão ampla. Nós participamos do projeto de diretrizes do Ministério da Saúde, Conitec, e a Febrasgo não se omite nisso. Espero que, na futura gestão, também não se omita nessas discussões, assim como ocorre agora. Faz a divulgação das conclusões com recomendações e esclarecimentos; não aceita que a desdita da saúde como um todo e da obstetrícia como um segmento dela seja originado exclusivamente da atuação dos médicos e de outros profissionais de saúde; trabalha na construção de um novo modelo assistencial.

O Institute of Health and Care Improvement tem um acordo com o Einstein, com a Medicina suplementar, e a Febrasgo participa disso como consultoria, e a gente faz visitas. Já fiz visita inclusive em Jaboticabal, funcionou muito bem e nos deu uma esperança muito grande, porque tínhamos aquele viés de querer ter esperança e poder tê-la. Hoje, comprovou-se que, na hora em que se faz ações bem intencionadas e bem feitas, isso é possível e com uma reconstrução em tempo oportuno. Em Jaboticabal, por exemplo, em menos de dois anos, conseguiu-se uma redução de taxa de cesariana de 95%

para 49%. A Frebasgo entende que a chamada humanização esteja dentro de um contexto mais ampliado que implica também adequações, segurança, em que os indicadores contemplem horizonte maiores.

Em que temos dificuldade? Na hora em que se fala em parto ser feito naturalmente, como a natureza demanda e programou para o ser humano, ele é almejado, mas não pode ser visto como uma coisa única; é preciso se pensar no binômio. Então, os indicadores não podem ser só de que nasceu. Sou originário de escola médica da segunda metade do século XX, onde ainda havia reminiscência dos partos que não eram intervencionados pela cesariana, mas havia intervenções por via baixa com base tríplice. A criança nascia morta, porque a intervenção matava a criança. Então, não basta que o parto seja natural. Junto aos indicadores, é preciso o cotejamento com o parto de uma criança saudável, viável e com potencial social futuro. A federação denuncia sistematicamente principalmente esses problemas, ausência de política pública efetiva; quer dizer, a política existe, mas não se exerce, não tem desfechos, falta leito obstétrico, falta funcionário, falta médico, falta enfermeira, a qualidade do trabalho não é boa.

O relatório CEDAW também mostra que, se a mortalidade materna do Brasil aumenta, por que aumentou a partir de 2013? E nós temos uma cobertura de pré-natal de 100%. O pré-natal está sendo mal feito, é claro. Se a mulher vai morrer porque teve hipertensão é porque não foi diagnosticada a hipertensão durante o pré-natal, e ela foi apresentá-la como um quadro agudo lá no fim. Então, são coisas complicadas.

Temos nos posicionado em fóruns, e a diferença seria o acesso à assistência de qualidade, sendo nosso foco a segurança, a adequação e a qualidade do atendimento.

Entendemos que a designação é apresentada de modo tendencioso por alguns grupos radicais, e a proposta é embasar a evidência que prioriza o exercício da obstetrícia segura e boas práticas. Existe uma confusão conceitual quanto ao parto adequado, entre o problema e quem o representa.

Quanto aos *players*, isso aqui é intencional. A gente deveria falar em *partners*, mas na verdade não existem *partners* - por isso, eu usei o inglês. Aqui, existe um jogo, em que há interesses - então, é *players* mesmo. Só avançarão na consecução do objetivo de humanização do nascimento e respeito ao protagonismo da mulher quando for entendido que o foco deve ser a mudança do sistema.

Esse é o problema, e eu acho que a discussão é: nós temos de mudar o sistema.

Obrigado. (*Palmas.*)

A SRª PRESIDENTE (Angela Portela. Bloco Apoio Governo/PT - RR) - Muito obrigada, Sr. Etelvino de Souza Trindade por sua explanação, pelos seus esclarecimentos.

Passo a palavra agora à Coordenadora-Geral da Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, Maria Esther de Albuquerque Vilela.

Antes de passar palavra para a Esther, eu gostaria só de informar a todos que a Procuradoria Especial da Mulher no Senado, que tem a Senadora Vanessa Grazziotin como coordenadora, como procuradora, a Secretaria da Mulher da Câmara dos Deputados e a Bancada Feminina no Congresso Nacional estão realizando hoje, de 8h até meio-dia, o seminário Mulheres, Violência e Mídias Sociais, em alusão à campanha 16 Dias de Ativismo pelo Fim da Violência contra as Mulheres. Então, eu gostaria de registrar esse seminário importante hoje realizado pelas Deputadas e Senadoras.

Nós temos, nos últimos anos, percebido um ativismo muito forte das Parlamentares no combate à violência contra a mulher. Passo a palavra para nossa companheira Maria Esther.

A SRª MARIA ESTHER DE ALBUQUERQUE VILELA - Bom dia a todos e a todas.

Eu quero cumprimentar a Senadora Ângela Portela que esta presidindo esta audiência. É um tema relevante, importante para a saúde da humanidade, para a saúde brasileira; quero cumprimentar meu companheiro Etelvino Trindade, colega de profissão, com quem trabalhamos muito juntos nos últimos quatro anos de gestão; a Silvia, em nome da voz das mulheres; e minha companheira Daphne, da ReHuNa, que tem sido uma instância importante de ampliação do debate sobre violência obstétrica.

Eu queria começar dizendo da declaração da OMS de 2014. A OMS fez uma declaração para o mundo inteiro em que fala que toda mulher tem direito ao melhor padrão atingível de saúde, no qual incluiu o direito a um cuidado de saúde digno e respeitoso. No mundo inteiro, como está escrito no texto, muitas mulheres sofrem abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde. Tal tratamento não apenas viola os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso, mas também ameaça o direito à vida, à saúde, à integridade física e à não discriminação.

Essa declaração convoca a uma maior ação, diálogo, pesquisa e mobilização sobre esse importante tema de saúde pública e direitos humanos. Então, foi um marco importante essa declaração da OMS sobre a questão da violência obstétrica,

abusos e maus-tratos às mulheres durante o parto e nascimento. Nesse texto, a OMS propõe maior apoio dos governos e de parceiros do desenvolvimento social para a pesquisa e ação contra o desrespeito e os maus-tratos; implementar, apoiar e manter programas que melhorem a qualidade dos cuidados de saúde materna com forte enfoque no cuidado respeitoso como componente essencial da qualidade da assistência; enfatizar os direitos das mulheres a uma assistência digna e respeitosa durante toda gravidez e o parto; e produzir dados relativos a práticas respeitosas e desrespeitosas na assistência à saúde, com sistemas de responsabilização e apoio significativo aos profissionais. Por último, envolver todos os interessados, inclusive as mulheres, nos esforços para melhorar a qualidade da assistência e eliminar o desrespeito e as práticas abusivas.

Eu acredito que esta audiência pública, como outras também, são instrumento importante para a ampliação desse debate e, mais uma vez, parablenho o Senado por trazer este tema em pauta e que mantenha essa atuação até que tenhamos um novo cenário de atenção ao parto e ao nascimento no País.

Aí, vou falar o seguinte: o nosso modelo atual de assistência, de financiamento do parto e nascimento, que é um reflexo da complexidade histórica, social, econômica e cultural do Brasil, está completamente dentro do que hoje se evidencia de inadequação da assistência e a maioria dos serviços, com graus do que chamamos de violência obstétrica.

Aqui, eu quero falar para o Etelvino que nós, do Ministério da Saúde, entendemos - e sou médica obstetra - que isso não é um problema dos profissionais. Os profissionais são formados num modelo de assistência violenta; as práticas são violentas e foram construídas culturalmente ao longo de décadas, muito baseadas na questão da Medicina biologicista, tecnocrática, que desconsidera os aspectos culturais, sociais e afetivos que envolvem a maioria dos problemas de saúde. E, principalmente uma coisa que não é problema de saúde, mas um ato da natureza, que é o parto, esse tipo de Medicina, ao longo das décadas - isso foi progressivo -, foi transformando as práticas, incrustando nas maternidades, nas instituições de ensino, uma prática que é calcada no princípio de que o parto é um processo mecânico, de que a mulher é um corpo e que o bebê é um produto; ou seja, uma visão biologicista e mecanicista do parto. Então, as maternidades foram construídas dessa forma, e os profissionais são formados nessa realidade.

Eu fui formada assim também, acredito que o Etelvino também - um tempo atrás era melhor um pouquinho -, mas essa formação precisa ser mudada. Os profissionais precisam enxergar o parto e o nascimento de outra forma. Eu acredito que os profissionais médicos não são os vilões; talvez sejam os únicos apontados como os que executam esse modelo violento, porque o Brasil talvez seja um dos únicos países onde o profissional médico é o único responsável pela assistência ao parto. Todos os países em que há indicadores de saúde materna invejáveis, nos quais nos devemos inspirar, têm a assistência ao parto de risco habitual comandada pelas enfermeiras obstétricas e obstetrizes, e esse modelo de parceria, de equipe completa e de trabalho colaborativo é o que nós estamos perseguindo no Brasil. Como hoje só o médico é responsável pela assistência ao parto, cai sobre ele toda crítica da assistência ao parto. Isso é o que precisamos deixar claro.

Nós não somos contra a cesariana, nós não somos contra os profissionais médicos. Nós estamos pensando num modelo, e esse modelo precisa ser mudado.

E esse modelo criou o quê? Um deslocamento do protagonismo da mulher e da sua família. Quando nós temos uma mulher fragilizada, uma mulher que não está plena de suas competências, que não está autônoma, que não está fortalecida, nós temos um problema na assistência, e o nosso modelo deslocou esse protagonismo: a mulher passa de uma pessoa ativa, no comando do seu parto, para uma pessoa passiva que tem de se submeter a normas e a regras rígidas.

Transformamos o parto num procedimento médico-cirúrgico, tanto que hoje o parto normal é assistido dentro do centro cirúrgico muitas vezes, em área restrita, com roupas cirúrgicas. Isso está completamente em desacordo com o que é realmente a assistência ao parto. Quando se transforma em procedimento médico-cirúrgico, pergunta-se: "O parto é de quem então?" É do médico, é um ato do médico, e isso é o que precisamos mudar. O parto é um ato essencial de uma mulher; só ela sabe parir e sabe dar a luz a um bebê. A cesariana é um ato de um profissional médico e de uma equipe, e nós precisamos diferenciar muito bem essas duas coisas.

Uma outra questão que é o nosso modelo é a não observância de protocolos e evidências científicas. O Etelvino sabe que nós estamos trabalhando nas diretrizes clínicas de parto normal e de cesariana.

A Daphne e o pessoal da Artemis participam dessa elaboração, e nós pegamos as melhores evidências científicas, e ali já se fala - isso está consolidado há mais de 20 anos - que não devemos fazer episiotomia de rotina; que não devemos deixar mulher em jejum; que não devemos deixar mulher deitada; que não devemos colocar um soro com ocitocina para acelerar o parto de rotina; que não devemos romper a bolsa de rotina; que não devemos empurrar a barriga para forçar o bebê a nascer; que não devemos fazer pique desnecessário, nem obrigar a mulher a ficar deitada no momento do parto.

O que nós devemos fazer é outra prática de mais respeito à fisiologia e de apoio à mulher durante esse momento. E isso ainda é uma construção cultural difícil, e nesse sentido o Ministério da Saúde trabalha incessantemente para mudar.

Nós temos também, por outro lado, a banalização da cesariana. É como se a cesariana não trouxesse risco algum, e há riscos imediatos na cesariana - é mais arriscada - e riscos futuros, riscos reprodutivos para essa mulher; uma segunda gravidez mais complicada, por causa da inserção da placenta, que se pode alterar com uma cesariana; infertilidade e outros problemas em gravidezes futuras.

Nós temos também - eu gosto de dizer - o *business* do nascimento; ou seja, o nascimento hoje é uma questão mercadológica. Nós sabemos disso. Eu tenho a propaganda de um hospital que diz: "Faça sua cesárea e tenha um dia de UTI de graça para o seu bebê". Ou seja, essa construção de uma assistência tecnocrática, supermedicalizada, que fragiliza a mulher, que põe a mulher e o bebê em risco e que, em cima disso, constrói uma aparelhagem cara - de certa forma, é a produção da doença -, isso, no Brasil, chegou ao limite. Tanto que, como o Etelvino disse muito bem, com o projeto do IHI, os hospitais privados junto com o Einstein, há dois anos foi feito um pacto nesse projeto de não fazer cesárea agendada antes do trabalho de parto. Com isso, eles praticamente fecharam as UTIs neonatais desses hospitais, porque nós sabemos que tirar um bebê antes da hora, mesmo que seja limítrofe, não seja um grande prematuro, mas um bebê que ainda está de vez - não está verde, mas está de vez -, isso pode gerar uma instabilidade respiratória, e esses bebês podem acabar indo para a UTI, ganhar dinheiro de UTI. Esses hospitais assumiram o compromisso com a saúde das mulheres e dos bebês, têm a ciência de que vão reduzir o gasto, a entrada de recursos nas UTIs, mas estão fazendo isso, porque nós estamos construindo no Brasil um pacto pela saúde das pessoas, das mulheres e dos bebês, acima de um modelo - vamos dizer assim - conveniente ao que hoje construímos em termos de mercado.

E a questão do financiamento. Sabemos que o financiamento hoje, principalmente no setor privado, impõe... É mais cômodo, mais adequado você, que está responsável por cinco mulheres e não tem disponibilidade dia e noite, acabar induzindo um parto ou agendando uma cesariana. Isso também se deve à ausência de equipe multiprofissional, enfermeiras obstetras. É um sistema perverso que inclusive traz sofrimento para a equipe médica.

Eu sou muito sensível ao que os médicos obstetras hoje estão passando, porque esse modelo também os penaliza, também os deixa em uma situação muito difícil de assistência.

Então, nós precisamos mudar para o bem de todo o mundo.

Esse modelo de assistência ao parto no Brasil criou duas realidades. De um lado, parto normal, que não é normal; é traumático, com intervenções desnecessárias e iatrogênicas - eu já disse tudo o que a gente não deveria fazer e que é o constante, a maioria das maternidades. De outro lado, a banalização da cesariana.

Então, para fugir desse parto traumático - a nossa cultura, de acordo com Simone Diniz, "pessimizou" o parto: o parto é péssimo, é ruim, é violento, as mulheres não o querem e têm razão de não querer esse tipo de assistência -, a cesárea vira uma situação mais cômoda tanto para os profissionais quanto para as mulheres que querem fugir disso. É uma rota de fuga hoje para as mulheres, mas também é um risco. Então, é outra violência, porque prejudica a saúde, pulveriza o significado do parto e nascimento. O parto e nascimento viraram muito mais uma perfumaria, uma questão mais superficial, deixando o sentido profundo desse momento de crise construtiva das pessoas.

Parto e nascimento são isto: um momento de crise construtiva das pessoas, um momento que toca profundamente as carnes. O espírito encarnado das pessoas cria vínculos, fortalece a carne da humanidade, e isso nós perdemos e temos de recuperar, porque corremos sério risco de mudar quem somos, inclusive, se mudarmos a forma de nascer.

Desconsidera a mulher, que fica frágil não só para isso, mas, depois, para a maternidade; há risco de o recém-nascido ir para a UTI; prematuridade iatrogênica e os riscos invisíveis a longo prazo, de que já falamos.

Nós temos também violência obstétrica no abortamento. Uma mulher que chega um dia para parir, no outro dia, pode chegar à mesma maternidade em situação de perda. Então, a mulher também é culpabilizada e penalizada. Existe violência aí. Culpabilização da mulher pela perda, nem sabendo se foi um aborto inseguro, provocado ou um aborto espontâneo. Existe ali a questão de um olhar de penalização, de culpabilização por alguns profissionais - não estou dizendo de todos, mas da instituição como um todo -, de não valorizar aquele momento da mulher: qualquer que seja a situação, ainda que esteja abortando, é uma situação de sofrimento para a mulher. Negligência, abandono, denúncias, mulheres sendo denunciadas porque chegam em situação de abortamento, e mais práticas de atenção também. Nós já provamos que realizar a aspiração ao contrário em vez de curetagem é muito melhor para a mulher, é menos arriscado, menos ruim para sua saúde. Mas, mesmo assim, A AMIU (Aspiração Manual Intra Uterina) e o misoprostol não têm nem 1% de uso no País; ainda se usa a velha cureta, com todos os prejuízos que pode causar.

Muitas mulheres não têm acesso à analgesia, à anestesia, e são curetadas a seco, aumentando suas dores nesse momento. E também se nega a essas mulheres a anticoncepção pós-aborto imediato.

Sei que meu tempo está acabando, mas preciso de mais um minuto.

A SRª PRESIDENTE (Angela Portela. Bloco Apoio Governo/PT - RR) - Pode continuar.

A SRª MARIA ESTHER DE ALBUQUERQUE VILELA - Mesmo sobre uma mulher que provocou abortamento, temos pesquisas que já dizem desse período de confusão e sofrimento que ela tem no pós-aborto e que, muitas vezes, ela vai engravidar em seguida, pela segunda vez. Então, ela precisa ser orientada e sair inclusive com um método contraceptivo, se assim o quiser, das maternidades. Essa é outra violência contra as mulheres.

Aqui, só para ilustrar, uma boa prática: apoio contínuo durante o parto. Temos a Lei nº 11.108, que dá direito a acompanhante de livre escolha em tempo integral, e nós temos esse grande trabalho que foi realizado por mulheres muito interessantes e maravilhosas, em que mulheres relataram que os pais foram despachados da portaria 3 que não puderam acompanhar os partos.

Outra boa prática: restrição da episiotomia. Aqui temos esta foto muito forte. Pasmem: minha filha faz curso de Medicina, e a ela está sendo ensinado que a episiotomia é uma rotina na atenção obstétrica.

Então, nós estamos ainda num momento de muitas dificuldades, de mudanças. As instituições de ensino são muito conservadoras. Vamos lembrar que a episiotomia é uma questão... Este corte feito na vagina; essa é uma episiotomia que chegou até à coxa, à nádega da mulher, para ampliar a saída da cabeça do bebê, feito ali na vulva.

Durante muitos anos, a episiotomia foi ensinada como se fosse praticamente rotina; que protegeria a cabecinha do bebê e o assoalho pélvico, períneo da mulher, para que a mulher não ficasse larga.

Por trás disso, foi-se estudando na literatura todas as pesquisas sobre episiotomia, verificando-se que ela não se presta ao que foi anunciado. Ou seja, a episiotomia não protege o bebê, nem o períneo da mulher. Com o parto sem episiotomia, em que, inclusive, pode romper espontaneamente e depois ser suturado, o períneo da mulher fica em melhores condições do que o de uma mulher que teve essa cicatriz para o resto da vida, por uma episiotomia realizada durante o parto.

Outra coisa é a redução de cesariana. Aqui nós temos a ilustração de uma mulher que foi... Não consigo ler daqui, mas são relatos de mulheres falando sobre a indução da cesariana.

Foi induzida a cesariana. E nós sabemos que somos os campeões de cesarianas. Temos 57% de cesarianas; ou seja, hoje 57% dos brasileiros nascem por cesarianas e não por parto normal. Nós sabemos que não temos que perseguir 15%. A OMS já ratificou esse dado. Ela diz o seguinte: "Que toda cesária seja necessária". Pode ser que, no nosso País, com tantas mulheres já "cesariadas", esse número seja maior. Ela não diz isso. Ela diz que 15% seria o ideal, mas que não precisamos ter 15%, mas temos de reduzir, abolir as cesárias desnecessárias.

Nós fazemos a Ouvidoria da Rede Cegonha. Essa é uma ação da Rede Cegonha, que nos ajuda a ter um termômetro sobre como estão as boas práticas. Aqui nós vemos, por exemplo, acompanhante no parto, para encurtar... A Ouvidoria ativa entrevista, por telefone, as mulheres que tiveram parto no SUS. Nós temos o dado de que apenas 31% das mulheres disseram que tiveram acompanhante no parto. Quando perguntadas por que não tiveram, a maioria disse: "Porque o hospital não deixou".

Outra questão. Atenção respeitosa. Há várias perguntas sobre isso, e 83% relataram que a atenção foi respeitosa. Mas, se olharmos, ainda 16% dizem que tiveram algum tipo de violência física, psíquica, abandono, negligência, ou alguma coisa.

Contato pele a pele. Parece uma coisa simples. Na hora em que o bebê nasce ir para o colo da mãe, ter o contato pele a pele. Não é com a roupa, não. É pele. Isso é importante biologicamente falando, para que as bactérias da pele da mãe colonizem, entrem no corpo do bebê. Isso é fundamental para a saúde do bebê, uma prática que parece que não exige muita coisa: não precisa de financiamento, não precisa de quarto PPP, não precisa de vaga na UTI, não precisa de nada; precisa apenas de atitude, precisa de um entendimento de que isso é um direito da mulher e da criança. Apenas 43% das mulheres relatam que tiveram contato pele a pele imediato entre mãe e bebê.

Aqui, só para seguir, o nosso índice de cesarianas. Em 2009, tivemos essa virada. Isso é um alerta para o Ministério da Saúde. O Ministro Arthur Chioro disse publicamente que é uma das maiores epidemias do Brasil a de cesariana. Nós vamos combater isso com centro de parto normal, com enfermeiras obstétricas na assistência ao parto em conjunto com a equipe médica.

Aqui, todos os efeitos da cesariana. Eu não vou passar para isso. Mas digo, Etelvino, que a morte materna não está aumentando. Ela tem uma curva de decréscimo não satisfatória. Nós sabemos disso. A morte materna está associada ao nosso modelo de assistência. Precisamos mudar o modelo de assistência e outras questões também, vazios assistenciais para reduzir, mas ela vem decrescendo a cada ano. De 2013, dados preliminares já dizem de uma redução para 60,5. Então, decresceu um ponto. Já vou concluir.

Aqui são os nossos desafios. Temos que mudar o paradigma de assistência ao parto; que o parto seja o momento de promoção da saúde, de prevenção da morbidade e mortalidade evitáveis. Sabemos que 92% das mortes maternas são

evitáveis no Brasil, por ações dos serviços de saúde. Se temos de escolher uma ação para diminuir morte materna, essa ação é a assistência ao parto. Se tivermos que escolher qual a ação mais efetiva... "Ah, não fez pré-natal", mas nós podemos fazer alguma coisa no momento do parto.

Estudando 1.500 casos de morte materna, verifica-se que muitos deles são por ações ineficazes, pelas demoras. Etelvino, vamos para a nossa máxima das três demoras: a demora de a mulher identificar o problema, a demora em chegar ao serviço de saúde e a demora no cuidado efetivo dentro do serviço de saúde. Então, temos que perseguir essas três demoras e promover o cuidado adequado.

Sabemos de mortes evitáveis por episiotomia, por Kristeller, por uso abusivo de ocitocina, por peregrinação, por falta de acompanhante que pudesse ajudar a vigiar uma hemorragia pós-parto.

Então, nós temos coisas para fazer aí muito fáceis, simples, para reduzir, de forma mais fácil, o caso de morte materna. Há outros casos mais difíceis. Então, temos que atuar naqueles casos em que a inevitabilidade é muito grande por nossas ações próprias.

Sabemos que, para um novo modelo de atenção ao parto e nascimento no Brasil, é necessário atuar as estruturas das maternidades, as práticas, a formação e o ensino, o setor privado. Não somos dois sistemas de saúde. Somos um sistema de saúde, que interage, que se comunica, que se complementa e causa alterações no sistema. Ou seja, evidentemente esse número de cesáreas do setor privado causa influências no setor público. E a cultura. Estamos convencidos e temos plena certeza de que estamos nesse caminho de uma forma bem grande.

A estratégia da Rede Cegonha vem fazer planos de ação: vai às regiões de saúde nos Estados, dando incentivo às maternidades para mudarem suas práticas. Fazemos monitoramento disso. Sabemos que isso não é suficiente. Então, construímos um espaço que se chama Fórum Perinatal, em que há Ministério Público, movimento de mulheres, ReHuNa, instituições de ensino, gestores de trabalhadores discutindo a atenção obstétrica. Estamos investindo no Centro de Parto Normal, na formação de enfermeiras obstétricas, na construção de diretrizes nacionais de cesariana e parto normal, de que participa a Febrasgo.

Aqui, quero cumprimentar a participação da Febrasgo e do Conselho Federal de Medicina, como também do Conselho de Enfermagem e da ReHuNa. Estamos juntos construindo essa diretriz. Ressalto a parceria com a OMS.

Temos também a Campanha Nacional de Incentivo ao Parto Normal e a Caderneta da Gestante. Essa caderneta vai para todo o Brasil. São três milhões de cadernetas, que substituem os cartões das gestantes. Há toda a parte do acompanhamento do pré-natal, mas há uma parte que é informação para gestantes, informando sobre todas essas boas práticas, sobre parto normal e cesariana.

Para terminar, o Centro de Parto Normal é a grande aposta para a mudança do modelo. Eu não excluo os médicos dessa assistência. Médicos são essenciais à assistência obstétrica, salvam vidas, mas precisamos de enfermeiras obstétricas também no cuidado às mulheres de baixo risco.

Quanto às parteiras tradicionais, na portaria do Centro de Parto Normal, onde é região de parteiras tradicionais, elas podem participar do cuidado no Centro de Parto Normal, pois há locais em que a cultura tem as parteiras tradicionais de forma complementar, apoiando a equipe do Centro de Parto Normal.

Temos ali a Luciana Fonseca, que trabalha no Ministério, especialmente com as parteiras tradicionais. Já capacitamos 900 parteiras nos últimos três anos. O mais importante: fazendo a vinculação das parteiras à rede, pois o problema delas é esse isolamento e o sentimento de que estão fazendo uma ação ilegal. Então, muitas vezes, posterga o pedido de ajuda, porque sabe que vai chegar a um hospital e vai ser rechaçada, maltratada. Portanto, fazemos toda uma composição em rede, para que as parteiras possam ser acolhidas pelo sistema de saúde e valorizadas. Isso é o mais importante.

Aqui são alguns exemplos de Centro de Parto Normal. Isto aqui é o que queremos: um lugar para parir menos hospitalar; mulheres verticalizadas num espaço privativo, onde se sintam à vontade para estar inclusive sem roupa, um jeito melhor de parir, mas contando com toda competência para pegarem os seus meninos e fazerem tudo o que querem.

Aqui é o que queremos: acesso a métodos não farmacológicos de alívio a dor, protagonismo da mulher, enfermeira obstétrica e obstetrix, homem participando do parto.

Então, o que queremos? Promoção da saúde das mulheres e crianças, a redução da morbimortalidade materno e neonatal, a redução dos índices de cesariana e de gravidez não desejada e maior satisfação com a experiência do parto. A mão deste homem aqui ajudando a cuidar, a mão cuidadora, quando o homem se vê neste momento neste espaço do cuidado e é embebido dessa intensidade do momento do parto é transformadora da sociedade e reduz violência, reduz abandono, reduz maus-tratos. É nossa responsabilidade implantar esse modelo no Brasil.

Isto aqui é o que queremos: uma mulher sem os pelos raspados; um cordão que não seja cortado precocemente; um bebê recebendo o primeiro toque da sua mãe, e não de um profissional de saúde. Esse bebê pode ser acolhido e abençoado por ela da maneira como ela quiser.

(Soa a campainha.)

A SRª MARIA ESTHER DE ALBUQUERQUE VILELA - Acabou.

Isto aqui é o que queremos: um incentivo à paternidade responsável.

Os bebês e as mulheres agradecem o esforço de toda sociedade para mudar esse cenário brasileiro.

Obrigada. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Apoio Governo/PT - RS) - Muito bem. Parabéns!

De imediato, passo a palavra à Silvia Badim, Professora Adjunta da Universidade de Brasília (UnB).

A SRª SILVIA BADIM - Olá. Posso começar?

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Apoio Governo/PT - RS) - A palavra já está com V. Sª.

A SRª SILVIA BADIM - Em primeiro lugar, gostaria muitíssimo de agradecer o convite.

Fui convidada por ser professora adjunta da Universidade de Brasília, mas, principalmente, por ser membro da Artemis, que é uma organização da sociedade civil de mulheres que lutam pela erradicação da violência obstétrica no Brasil.

Nós temos trabalhado com o tema da violência obstétrica dentro do tema de violência contra a mulher. Nós entendemos que a violência precisa ser caracterizada.

Por que estamos aqui hoje? Por que estamos falando de violência obstétrica? É um grito das mulheres. A violência obstétrica tem sido um tema trazido recorrentemente pelo movimento de mulheres. Ouso dizer que foi essa a grande participação da sociedade civil, através de organizações como a Artemis e a Parto do Princípio, que vêm trazendo esse tema.

Vou suscitar uma provocação do Dr. Etelvino, que disse existir uma radicalidade no conceito de violência obstétrica. Vou dizer a ele que eu acho que não é bem assim. Nós, do movimento de mulheres, não somos radicais, mas precisamos ser fortes para poder gritar contra tantas injustiças e tantas violações ao direito das mulheres, o que acontece todos os dias nos hospitais deste País, seja pela falta de atendimento na atenção obstétrica, seja pelo excesso de intervenções na atenção obstétrica.

Vocês já falaram muito do que eu trouxe aqui, tanto a Drª Esther como o Dr. Etelvino. Não vou repetir todas as normativas: o que esperamos, os altos índices de cesariana, de manobras que não são aconselhadas - inclusive pelos protocolos clínicos, pela Medicina baseada em evidências -, mas que todos os dias são praticadas nos hospitais.

Nós queremos, como mulheres... Parabenizo o Senador e esta Casa por terem dado voz ao movimento de mulheres. Acho que a política pública se completa com a participação da sociedade civil. Não adianta discutirmos exaustivamente o tema em órgãos como o Senado Federal, o Ministério da Saúde, se não incluirmos as mulheres nessa discussão. Nós temos de incluir as mulheres como parte do processo de atenção obstétrica.

Nós não podemos mais ver a mãezinha como uma pessoa que não tem voz, que não tem corpo e que não tem direito ao próprio corpo. Então, a nossa luta é, basicamente e primordialmente pelo direito ao nosso corpo.

Para ilustrar, vou contar para vocês o que aconteceu comigo. Eu fui vítima de violência obstétrica há oito anos, quando estava dando à luz o meu filho. Na época, já era doutoranda da Faculdade de Saúde Pública da USP, formada em Direito, estudava Direito à Saúde, e não consegui me dar conta do que aconteceu comigo naquele momento, mas somente depois, quando eu já havia chegado ao fim do meu processo de parto.

Meu filho nasceu no dia 1º de janeiro. Imaginem como foi corrido o parto! Entrei em todos os protocolos de um hospital privado na cidade de São Paulo, onde residia. É importante salientar, como a Drª Esther já colocou, que a violência obstétrica acontece tanto no hospital público como no hospital privado. Nós não estamos imunes à violência obstétrica nos hospitais privados. Muito pelo contrário. Essa decisão que saiu ontem, conforme comentava com o Dr. Etelvino, obriga a ANS a adotar medidas - essa foi uma ação do Ministério Público Federal com a Parto do Princípio - para reduzir as cesarianas e promover o parto normal dentro da saúde suplementar. Isso é fundamental para se reduzir a violência obstétrica no País.

Continuando, entrei no hospital e posso dizer que passei por todos os protocolos, porque cheguei no dia 1º de janeiro e entrei no plantão. Então, passei por todos os protocolos da maternidade. No primeiro momento, quando cheguei lá, a

primeira coisa que fizeram foi colocar um avental em mim, deixando metade do meu corpo de fora e metade coberto. Não me informaram absolutamente nada do que estava acontecendo comigo e só me deitaram numa maca. A primeira coisa que eu vi foi uma...

Concordo com os senhores. Em primeiro lugar, nós não somos contra os médicos. Muito pelo contrário, Dr. Etelvino. Nós desejamos o médico, mas nós desejamos também outros profissionais de saúde conosco. Nós queremos não só os médicos do nosso lado. Nós queremos outro profissional de saúde, que nos escute, nos acolha e nos respeite, mas nós queremos o profissional médico também.

E a enfermeira obstétrica? E as doulas? Hoje nós lutamos para inserir as doulas como garantidoras dos direitos das mulheres. Quem são as doulas? Aquelas mulheres que vão estar do lado da parturiente, segurando a sua mão, fazendo um contraponto, ajudando a mãe a parir.

Naquele momento, eu não tinha ninguém do meu lado. Primeiro, a enfermeira obstétrica chegou com uma gilete - achei aquilo estranho - e falou: "Eu vou fazer em você um procedimento para raspar os seus pelos pubianos". Eu perguntei: "Mas por quê?" E ela me respondeu: "Porque é assim que tem de ser". Foi isso que ela fez.

Fui tocada inúmeras vezes. Já estava sentindo muita dor e a toda hora eu era tocada, a toda hora eu era tocada, a toda hora eu era tocada, até ir para o centro cirúrgico. Eu já estava com uma dilatação bastante avançada, e acho que foi por isso que escapei de uma cesária desnecessária, porque, se tivesse demorado um pouquinho mais, com certeza eles teriam me cortado. Imaginem vocês: era o primeiro dia do ano, e estava todo mundo louco para ir embora.

Enfim, cheguei lá, e havia um médico na sala que veio aplicar uma injeção nas minhas costas. Eu já estava com 10cm de dilatação e perguntei a ele: "O que é isso?" Ele disse: "É anestesia". Aí, fiz outra pergunta: "Eu preciso tomar anestesia?" Ele falou: "É bom, não é? Você gosta de sentir dor? Não, não é? Ninguém gosta de sentir dor." Quando percebi, ele já estava colocando a anestesia em mim, mas eu já estava com 10cm de dilatação; ou seja, não havia necessidade de tomar anestesia. Se, naquele momento, estivesse do meu lado uma doula, alguém que olhasse para mim e falasse que eu não precisava daquilo, eu não teria tomado aquela anestesia, que doeu muitíssimo. Nós sabemos, inclusive, que uma série de complicações podem advir de uma anestesia, já que não é algo tão corriqueiro e simples.

Estou terminando um trabalho com uma aluna de graduação que está estudando violência obstétrica, mas ainda sem esse nome, no Tribunal de Justiça do DF, e encontramos inúmeros casos de erros médicos relacionados ao uso de anestesia.

Como vocês relataram nas falas anteriores, muitas vezes, o excesso de intervenção pode causar danos à mulher. Então, a mulher tem de estar devidamente esclarecida de quais são as consequências. Se alguém vai tomar anestesia, quais são as consequências? O que pode acontecer com essa pessoa? Posso consentir, tenho esse direito.

Bom, fui anestesiada, e colocaram-me naquela famosa posição em que eu não sentia mais nada do que estava acontecendo comigo, no meu parto, até que a médica chegou - ela chegou no final, quando o meu filho já estava nascendo. O meu filho nasceu e foi colocado rapidamente no meu colo, porque logo o levaram embora. Ele já estava todo vestido, e não houve o contato pele com pele. Não o colocaram para mamar naquela primeira hora e levaram-no embora. Eu fiquei desesperada sem saber o que estava acontecendo, para onde o tinham levado, e perguntei para a médica: "Por que está demorando tanto?" Ela falou: "Porque eu estou te costurando". Aí eu questionei: "Mas você está me costurando por quê?" "Porque eu tive que te cortar". Eu falei: "Mas você teve que me cortar? Por quê?" "Porque isso é rotina. A gente usa esse procedimento para nascer mais fácil", ela me respondeu. "É para sair mais fácil o bebê". Eu nem sabia que a médica tinha me cortado, porque ela só me comunicou depois.

Quem entra em um hospital - isto faz parte do Código de Ética Médica - tem o direito de consentir qualquer procedimento que vai ser feito em seu corpo, desde que esteja consciente para prestar esse esclarecimento e, no caso da parturiente, desde que isso também não implique um risco à saúde da criança, que é o tema mais controverso que vamos discutir entre os casos de autonomia da mulher em relação ao parto, ou seja, aquele que se refere a riscos à criança. Acho que esse é outro capítulo que precisamos desconstruir. Quais são esses riscos? A cesária é mais segura que o parto normal? Não! Quais são os casos de indicação da cesária? Diante de casos realmente considerados graves pela Medicina, comprovadamente, cientificamente, como a mulher vai ter essa autonomia?

No meu caso, não. Qual era o risco à criança? Por que não me foi dado o direito de dizer se eu queria ou não ser cortada? Infelizmente, nós descobrimos, ao longo dos anos de militância no movimento de mulheres, que isso acontecia com todas as mulheres a todo tempo. As mulheres não eram consideradas, não eram devidamente informadas pelos seus médicos.

Dr. Etelvino, por mais que nós queiramos os médicos como aliados, nós temos que reconhecer que existe uma deficiência na formação médica em relação ao cuidado no parto humanizado. Nós temos que reconhecer que existe a necessidade da formação de outro profissional para atender ao parto, de uma equipe multidisciplinar nesse cuidado para trazer à mulher

uma condição mais humana ao parir. Que não seja só um procedimento médico, cirúrgico, interventor. Um dos momentos mais importantes da vida da mulher é justamente quando ela está trazendo seu filho, sua filha ao mundo.

Então, qual seria o médico para acompanhar essa mulher? Infelizmente, hoje nós contamos, dentro do movimento de mulheres, que há poucos profissionais e, infelizmente - repito -, nós também constatamos que muitos deles cobram muito caro por isso. São os chamados médicos humanizados. Nós também queremos romper essa lógica mercadológica de que a mulher precisa gastar R\$10 mil para ter um parto humanizado, para pagar o médico que vai fazer o parto, respeitando a sua autonomia, o seu tempo, pagar a doula, pagar a equipe. Se a mulher tem dinheiro, ótimo. Mas nós do movimento de mulheres queremos isso para todas. Por isso, temos atuado em parceria com o Ministério da Saúde. Concorro com o Dr. Etelvino que precisamos mudar todo o sistema para que todas as mulheres possam ter um atendimento digno, e não só aquelas que podem pagar.

Hoje, há um pequeno nicho de mulheres que já estão conscientizadas...

(Soa a campanha.)

A SRª SILVIA BADIM - ... e que buscam isso através de uma prestação pecuniária.

Para terminar a minha fala, eu queria dizer que o movimento de mulheres tem tentado caracterizar a violência obstétrica com base em normativas já existentes, hoje, de proteção a direitos humanos, como o próprio Código Civil e o Código de Ética Médica. Queremos alertar e conscientizar as mulheres e também fazer o debate para que as mulheres parturientes possam, no momento em que escolherem o seu plano de parto, o seu atendimento, ter consciência dos seus direitos e buscar a efetivação desses direitos, porque, sem essa população conscientizada, nós não vamos mudar o modo de parir.

Muito obrigada.

Coloco-me à disposição para outros questionamentos.

Muito obrigada, Senador Paulo.

Muito obrigada, Daphne, Esther e Dr. Etelvino.

Espero que consigamos caminhar juntos para garantir a todas as mulheres o direito a um atendimento digno, respeitoso e humanizado na hora do parto.

Obrigada. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Paulo Paim. Bloco Apoio Governo/PT - RS) - Muito bem, Silvia Badim, Professora Adjunta da Universidade de Brasília.

Como assumi a Presidência há alguns minutos, quero ressaltar que o normal é dar dez minutos com mais cinco para cada um dos convidados. Depois, haverá uma rodada final.

De pronto, agradeço a fala do Dr. Etelvino de Souza Trindade, da Drª Maria Esther de Albuquerque Vilela e também da Drª Silvia Bandim.

Agora, passamos a palavra à Srª Daphne Rattner, Professora da Universidade de Brasília e Presidente da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento.

A SRª DAPHNE RATTNER - Bom dia a todos!

Eu queria agradecer muito à Comissão de Direitos Humanos do Senado pelo convite - foram 16 dias de ativismo pelo fim da violência contra a mulher e pela inserção da violência na atenção obstétrica nesse cenário de violências contra a mulher - e, principalmente, pela oportunidade de escutar o Dr. Etelvino Trindade, a Drª Esther Vilela e a Drª Silvia Badim.

Acho que ainda sobrou um pouco para eu falar. Então, vou tentar abordar o tema, que não foi completamente esgotado.

Eu gostaria só de lembrar o Marsden Wagner, que faleceu em 2014. Ele sempre disse que dar à luz não é doença, não é um processo patológico. É uma questão de saúde, de vida das mulheres e dos bebês. É só assim que continuamos sendo humanidade. Se pararem de engravidar e de parir, nós acabamos.

E por que precisamos falar de humanização? A Drª Esther já falou do uso abusivo da tecnologia, que contribuiu para a desumanização e acarretou um paradoxo perinatal. Com o excesso de tecnologia - a tecnologia deve ser utilizada de maneira apropriada -, aumentou a morbidade e a mortalidade tanto de mães como de bebês. Por conta de um uso inadequado da tecnologia, desperdiçamos suficientes recursos do setor saúde. Além disso, precisamos falar de humanização porque há várias violências na atenção ao parto.

Vou abordar aqui a violência estrutural, a violência institucional e a violência simbólica.

A violência estrutural é uma forma macrosocial, no âmbito político-econômico, que limita injustamente o acesso às oportunidades dos desfavorecidos. O que acontece? Mulheres pobres, por exemplo, têm menos acesso ao serviço de saúde.

Nós ouvimos a Silvia falar que, hoje em dia, é preciso desembolsar um pouco mais de recursos para conseguir esse acesso, que desejamos a todas as mulheres.

Há também a violência institucionalizada. O Goffman, em seu livro *Manicômios, Prisões e Conventos*, diz que, em determinados espaços institucionais, há a violência institucionalizada. Então, a questão das normas, a questão das rotinas traz uma forma de atendimento... A Silvia disse o tempo todo: "Eu entrei no protocolo, eu entrei no protocolo." Ela deixou de ser mulher, deixou de ser protagonista e passou a ser um elemento do processo de produção de cuidado, embora ela fosse, vamos dizer, a matéria-prima no processo industrial de cuidado dentro da instituição. Então, nós precisamos trabalhar numa mudança de visão da mulher como protagonista.

Bourdieu traz a questão da violência simbólica; a forma como essa violência é exercida; a questão da relação de poder que se estabelece entre quem é cuidador e quem é cuidado. Existe um desnível muito grande, porque a capacidade de negociação é diferente: há alguém que domina o cenário de cuidado e a pessoa que é dominada. Nesse caso, precisamos trabalhar num processo de democratização dos cenários de cuidado.

Nós traduzimos essa violência nas pequenas ou grandes violências do cotidiano que acontecem nos serviços.

Um trabalho de que eu gosto muito é o da Annatália Gomes, do Ceará. O trabalho se chama "Pisada como um pano de chão: experiência de violência hospitalar no Nordeste brasileiro". Acho que só pelo título já temos noção de como a pessoa se sentiu no serviço. Ela diz que a maior parte do que aconteceu no serviço foi interpretada pelas mulheres como desprezo e humilhação. Só 16% das mulheres disseram que esse serviço estava cuidando da saúde delas, zelando por elas.

Cito a fala de uma das mulheres: "[...] sai da casa da gente tudo bem direitinho. Chega num local desse e é tratada como se fosse um pano de chão, pisado por todo mundo. Eles sabem tudo ou acham que sabem. Só porque são melhor de vida... porque não é de igual pra igual, né?"

E precisamos falar da humanização porque temos violência na atenção ao parto.

Vou pular essa parte, que já foi abordada pela Esther e pelo Dr. Etelvino, mas a gente teve esse tipo de violência - xingou, humilhou, gritou, negou atendimento -, que é um processo que acontece, como foi dito pela Esther, tanto na rede pública como na rede privada.

Algumas das frases eu vou pular.

Eu queria só dizer que um dos problemas que a gente tem e que é uma violência é o seguinte: há maternidades que agendam cesarianas como se fossem uma linha de produção. Então, a gente espera que o cuidado com o bebê e com a mulher seja personalizado, baseado em evidências científicas, mas, no instante em que a mulher entra em uma linha de produção - ela chega; corta, tira o bebê, costura, vem a próxima; corta, tira o bebê, costura, vem a próxima; tira o bebê, costura... -, isso é uma forma violenta de desconsiderar a mulher.

Como a Esther já contou, há livros de obstetrícia que tratam o processo de parto como uma questão mecânica: motor, objeto, trajeto. O motor é o útero, o objeto é o bebê e o trajeto é a vagina. Há muitos obstetras - inclusive nesta Casa, na Câmara, quando a gente tinha a interação - que traziam que parto é uma coisa muito simples. E eu gostaria de dizer que nem o útero da mulher é um motor, nem o bebê é um objeto - ele é um ser humano, e por isso falamos em humanizar também -, e nem a vagina é apenas um trajeto; ela faz parte de um ser vivo. E nem o profissional médico é um mecânico que conserta esse mecanismo quando ele está defeituoso. Então, a gente precisa rever a cultura, como a gente enxerga isso.

Lembro que o Marsden Wagner, falecido no ano passado - ele foi da OMS -, publicou o livro *Buscando a Máquina do Nascimento*, em que ele traz críticas a essa visão alienante e desumanizadora da máquina do nascimento.

Contribuíram para esse quadro a organização do sistema de saúde - e a Esther falou da questão da remuneração por procedimentos -, a forma de produção do trabalho médico, a forma como o médico se inseriu no sistema - temos que reconhecer que temos um problema na organização do trabalho -, a influência de modelos de assistência que valorizam o uso de tecnologia - nós copiamos o modelo dos Estados Unidos, que, vamos dizer, valoriza demais, introduz demais tecnologia, e a tecnologia não vem sendo usada de maneira apropriada, haja vista os 57% de cesarianas - e a criação de uma cultura que glamouriza a cesariana, de que a mulher vai para a cesariana já no cabeloireiro, um chinelinho novo, uma camisola toda bonitinha...

(Intervenção fora do microfone.)

A SRª DAPHNE RATTNER - ..., com fotógrafo, filme, etc. Precisamos voltar a glamourizar o parto normal, e considero que o nosso movimento tem conseguido fazer isso. Hoje em dia, as mulheres desejam um parto humanizado. Se você perguntar à balconista da farmácia, ela vai dizer quer... Você conversa com as mulheres e, felizmente, vê que o parto humanizado está chegando ao imaginário e ao desejo das mulheres.

Um problema sério que temos - a Esther já o abordou - é a forma como a obstetrícia é ensinada no nosso País para médicos e enfermeiros. É a forma de abordagem da obstetrícia. E a gente tem algumas... Por exemplo: nós temos como principal causa de morte materna as síndromes hipertensivas. Diagnosticar pressão alta é fácil. De alguma forma, o pré-natal deixa escapar a pressão alta, e a gente tem as mulheres chegando aos serviços e morrendo por síndrome hipertensiva.

Outra coisa: cuidar de uma eclâmpsia, uma pré-eclâmpsia grave. Hoje em dia, existe um medicamento muito acessível e barato, que é o sulfato de magnésio. Há trabalhos mostrando que, no Município de São Paulo, que, teoricamente, tem acesso a tudo, só em 10% dos casos de mulheres que tiveram eclâmpsia foi adotado o sulfato de magnésio.

Então, nós temos um ensino que não privilegia o atendimento correto às emergências. Isso precisa ser mudado.

Obstáculos à humanização.

Nós temos um problema, Etelvino, que é a falta de disponibilidade dos profissionais para alterarem suas práticas. As pessoas dizem "eu sempre fiz assim", e continuam fazendo. Então, a gente precisa dessa parceria com a Febrasgo no sentido de atualizar as práticas. Eu sei que a Febrasgo preconiza práticas baseadas em evidências científicas, mas a gente sabe que, muitas vezes, a sua direção, que, em geral, é composta por pessoas muito em bem informadas, muito bem formadas, tem dificuldade de fazer chegar ao profissional que está lá na ponta. Nós temos que, vamos dizer, reduzir esse *gap* e fazer com que, na ponta, a mulher que é atendida tenha práticas baseadas em evidências científicas e humanizadas.

Um problema que temos é a rotatividade de emprego no serviço de saúde. Então, treinamos uma equipe, mas, daqui a um ano, lá estarão outras pessoas que não são as treinadas, e aí temos que estar em um contínuo processo de treinamento.

Temos obstáculos corporativos. Há muitos hospitais em que acaba acontecendo de termos residência em enfermagem obstétrica, mas os profissionais não deixarem que as residentes aprendam assistindo ao parto. Só se aprende a fazer o parto assistindo. Sendo assim, precisamos criar esse espírito de trabalho multiprofissional.

Temos a baixa remuneração de profissionais, inclusive no setor privado, na saúde suplementar, e aquela lógica de remuneração por produtividade que a Esther já mencionou.

Para mudar esse quadro, propomos que se estimule os profissionais a refletirem a respeito de práticas e dos valores embutidos na forma de produção dos cuidados. Eu não sei bem como é que poderíamos fazer isso, mas a Reuna tem toda a disponibilidade para estar participando dos eventos da Febrasgo trazendo essas reflexões, porque eu acho que a construção é coletiva. Eu não acho que detenhamos uma verdade. Acho que vamos construir a nova forma de assistência coletivamente.

Precisamos rever a forma de organização da prestação de cuidados à saúde e à doença - talvez menos intervenções e mais cuidados -, estabelecer um campo de diálogo entre profissionais e usuários e famílias... A Silvia disse que houve muito pouco diálogo. Quando ela questionava, ninguém explicava os porquês e dizia: "Aqui é a D^a Norma quem manda. E você converse só com a D^a Norma!"

Na própria equipe, precisamos construir equipes em que exista espaço para o profissional médico, para a enfermeira, para a doula, para a parteira tradicional, e vemos com muita alegria esse empoderamento das mulheres. A Artemis é um exemplo de empoderamento. As mulheres dizem "precisamos nos aliar para enfrentar a violência na atenção obstétrica constituindo uma ONG especializada nesse atendimento e fortalecendo", porque um dos problemas que temos é que, quando as mulheres estão sujeitas à violência, para quem eu me queixo? O bispo ainda não abriu seus ouvidos para isso. E hoje em dia temos a Artemis.

Então, o que temos, que é algo que temos muita alegria? No Brasil, temos conseguido sensibilizar profissionais gestores, principalmente mulheres, temos uma gratidão imensa, como o movimento, a Reuna, de 1993, que o Ministério tem adotado a Rede Cegonha, uma política de humanização geral e uma específica para assistência a partos e nascimentos, um movimento de mulheres assumindo cada vez mais como reivindicação o reconhecimento ao seu protagonismo, as recomendações da Organização Mundial de Saúde com práticas baseadas em evidências e a ciência vindo ao encontro desses direitos das mulheres.

Temos, assim, uma perspectiva muito favorável - a Esther já mencionou o documento da Organização Mundial de Saúde -, temos o eslaide com a White Ribbon Alliance, que lançou todo um *kit para o ativismo nesses 16 dias, o Respectful Maternity Care, que podemos disponibilizar, se o Senado tiver interesse. Temos aqui, na frente, a Eliza Williamson, que traduziu para o português esse kit. Temos o documento do Usaid que fala de abuso físico, de cuidados não consentidos, de falta de oportunidade de confidencialidade no parto, de cuidados não condignos, e propomos que o atendimento seja respeitoso e digno... Temos discriminação baseada em racismo e em outras e temos articulação... Vejam, esse é um movimento internacional.*

Eu queria dizer que, se a Organização Mundial de Saúde, o Usaid e a White Ribbon Alliance propõem, é porque é um problema internacional, não é específico do nosso País.

A gente ainda tem resistência de algumas corporações, principalmente resistência da academia, que não introduz assistência humanizada e baseada em evidências científicas no ensino, e uma necessidade de mudança de cultura.

Marsden Wagner, por quem eu tenho um grande carinho, comenta que os obstetras tendem a ter uma confiança cega na tecnologia e no mantra de que tecnologia é progresso e é moderno.

O outro lado da moeda é a falta de confiança na natureza, expresso por um obstetra canadense que diz que a natureza é uma má obstetra. Aí, a ideia é conquistar a natureza e resulta na generalizada tentativa de melhorar a natureza antes de se fazer uma avaliação científica.

Isso levou a uma série de tentativas, no século XX, de melhorar a evolução biológica e social. Os médicos substituíram a obstetriz em partos de baixo risco e a ciência provou que, em baixo risco, é mais seguro com obstetriz. O hospital substituiu o lar em partos de baixo risco e a ciência provou que o lar é tão seguro quanto o hospital e tem bem menos intervenções desnecessárias. A equipe do hospital substituiu a família no suporte para o parto e a ciência provou que o nascimento é mais seguro se a família estiver presente. A posição deitada substituiu posições verticais e a ciência provou que as posições verticais são melhores. O exame do recém-nascido longe das mães nos primeiros 20 minutos substituiu deixar os bebês com a mãe e a ciência provou que é necessária essa proximidade para o vínculo mãe-filho e, hoje em dia, com a colonização do bebê pelas bactérias da mãe. O leite manufaturado substituiu o leite materno e a ciência provou que o leite materno é superior. O berçário central substituiu a mãe, e hoje em dia a gente sabe que o alojamento conjunto é melhor. A incubadora substituiu o corpo da mãe para cuidados de bebês de baixo peso, e hoje todo mundo sabe que o método mãe canguru é melhor em muitos casos.

Então, Marsden Wagner diz que estamos sobrepujando a biologia e estamos correndo risco. Ele diz que é moderno nos movimentarmos em carros ou transporte público que resultem pouca caminhada e menos ainda corrida. E aí a ciência descobre que os nossos corpos necessitam de exercícios ou vamos ter problemas cardiovasculares. Assim, hoje em dia, a ideia pós-moderna é voltar a caminhar ou correr, *jogging*, e isso é visto como progresso e não retrocesso. Da mesma forma, humanização dos serviços de maternidade não é um retrocesso, é pós-moderno e é progresso.

Eu queria comentar que a gente tem outras formas de violência, a questão de a pessoa ser pobre, as metáforas que ocorrem com relação a pessoas pobres marginais ou *status* social indesejável, que são associadas à identidade da mulher ou da pessoa. É estigmatizada como "uma coitada", "uma criança", "uma malandra", "uma marginal", "uma criminosa", "uma limpadora de banheiro", e aí por diante, que acontece nos serviços de saúde.

Eu queria comentar outras formas de violência, como a questão de nós termos uma mortalidade materna muito maior em pretas do que em pardas. Essa é uma forma de violência do sistema dos serviços que teremos que enfrentar. Morrer de mortes evitáveis, certamente, é uma violência, e a gente tem o racismo, que a Esther também comentou. A cesariana é menos oferecida para mulheres pretas e pardas do que para mulheres brancas; os comentários desairosos são mais frequentes para mulheres pretas e pardas; a analgesia de parto é menos oferecida para mulheres pretas e pardas.

Numa pesquisa feita por uma orientanda nossa que a gente não divulga porque não foi publicada, encontrou-se associação de depressão pós-parto associada à violência obstétrica. Então, a violência é mais frequente posteriormente, se tem depressão pós-parto, e, nas mulheres negras, ela era muito associada ao que a gente chama de violência verbal, esses comentários desairosos que são feitos, que foram listados no eslaide anterior. E, em adolescentes, principalmente a questão da violência física é que está mais associada com a depressão pós-parto.

A gente tem, além dessa depressão, a questão do *imprinting* do bebê que, hoje, a gente sabe que o bebê surge completamente virgem de qualquer vivência fora do parto.

Ziemer, em um artigo chamado "As origens traumáticas da violência", comenta que as experiências de nascimento, especialmente as das fases finais do parto, tanto por causa das elevadas pressões mecânicas, biológicas e emocionais envolvidas, como do estado de desamparo para o feto, estabelecem os primeiros padrões psicoemocionais que predispõem a violência e busca associar a violência que hoje a gente tem na nossa sociedade com as violências sofridas pelo bebê, porque a gente só falou da violência contra a mulher depois do parto.

Para Grof, a violência e a destrutividade malignas só podem ser compreendidas mediante a inclusão de dimensão perinatal. Então, é muito possível que essa violência que todos nós vivemos na nossa sociedade seja decorrente de uma experiência primeva do bebê na hora do nascimento.

Como a Esther comentou, a gente precisa lembrar que as mulheres abortam e que, aos 40 anos, pelo menos 20% das mulheres já abortaram.

E o Marcelo Medeiros traz que elas não são monstros. São mulheres casadas, com filhos, religiosas, de todas as classes sociais. É o perfil das nossas mães, irmãs, filhas ou vizinhas.

E o que a gente sabe, como a Esther comentou, procedimento sem analgesia, os comentários que elas sofrem, a desqualificação por estar abortando e, muitas vezes, é um aborto espontâneo.

A gente tem a história de uma mulher de classe média que abortou. Ela caiu em casa - ela estava numa gravidez desejada - e começou a sangrar. O marido não soube o que fazer. Ele chamou a ambulância. Na hora em que a ambulância chegou, a primeira coisa que fizeram foi procurar, como ela diz, "o meu cúmplice, que era o Cytotec". Depois de procurarem e não encontrar, só aí a levaram. Eles perderam tempo procurando para ver se encontravam um sinal de abortamento, do crime. Eles a levaram para um hospital privado, onde ela sofreu desqualificação por estar abortando...

Então, essa questão de os serviços de saúde se assumirem como juízes, não como prestadores de cuidados, de fazerem a denúncia para a polícia, isso não é o papel dos serviços de saúde e é mais uma violência que ocorre pela questão de um abortamento, muitas vezes, espontâneo. Essa gravidez que eu relatei era desejada.

Falas das mulheres.

Esse é um artigo publicado em parceria com a nossa Ministra das Mulheres, Eleonora Menicucci de Oliveira, em que as mulheres numa situação de abortamento comentam:

[...] Me senti um lixo, né? Me sentia um pacote de lixo, joga pra um, joga pra outro, joga para um, parecia uma brincadeira, uma jogava pra outra, ficou assim [pausa], um joga assim, é um empurra-empurra, um empurra pra outro e ninguém queria fazer nada.

O nome no artigo é fictício.

Outra diz:

Eu baixei assim a roupa para ele ver, aqui, aqui e ele, eu não tô vendo não, pegou, virou as costas e saiu. Aí a menina veio e me ajudou, colocou o absorvente na sacola e me disse para assim que ele viesse de novo para eu mostrar para ele o sangue. (O aborto) foi no quarto mesmo onde eu estava. Tinha uma outra paciente do lado, que assistiu tudo, e [...] foi ali, do lado. Muita humilhação, eu me senti humilhada, entendeu, porque eu não tive atendimento, eu tive um sofrimento, sozinha na cama, as meninas não conseguiram dormir a noite, entendeu? Elas, né, não sabiam o que é que eu tinha entendido, e eu tive o aborto ali mesmo.

Uma das violências que considero é que, muitas vezes, a mulher que está perdendo a criança tem de ficar no mesmo quarto de mulheres que tiveram a criança. E, para ela, que teve um aborto espontâneo - ela queria ter a criança -, é um sofrimento ainda maior estar num meio em que estão mulheres que tiveram seu bebê e estão podendo exercer sua maternidade, seu amor materno.

Outra fala:

Ele foi muito grosso, muito ignorante assim, ele não me falou nada direito. Mas aí eu fiz assim mesmo a curetagem e eles me falaram que seis horas depois eu poderia ir para a minha casa; aí eu fui; à noite ele veio, e eu pedi atestado porque fiquei a semana toda, e eu tinha que levar para o serviço, aí ele falou que não tinha nada a ver isso, que eu podia ter perdido o filho em um dia e no outro ir trabalhar, porque não tinha nada a ver isso.

Enfim, é uma questão de gênero essa violência. Ela independe de classe social, mas ser pobre, ser preta e ser adolescente piora bastante. Aí, gente, é uma cultura. Como a gente muda essa cultura?

Obrigada. (Palmas.)

A SRª PRESIDENTE (Angela Portela. Bloco Apoio Governo/PT - RR) - Muito obrigada, Drª Daphne, pelos esclarecimentos, pelas informações enriquecedoras.

Eu tive de me ausentar por algum tempo, porque já havia sido previamente marcada uma audiência com o DNIT para tratar de uma questão de infraestrutura do meu Estado, Roraima, com outros Senadores do Amazonas e de Rondônia.

Infelizmente, não pude ouvir todas as apresentações feitas aqui, mas, de todo modo, quero agradecer imensamente a disponibilidade do Presidente da Comissão Direitos Humanos, Senador Paulo Paim, de ter ficado aqui enquanto participávamos dessa audiência no DNIT.

Eu gostaria de agradecer a participação de todos e de fazer três perguntas. Eu gostaria de pedir que cada um respondesse a mesma pergunta em um minuto.

Eu vou procurar ser bem clara nas perguntas, porque é uma forma de esclarecer para todos as diversas opiniões - do Ministério da Saúde, das instituições, da Associação do Etelvino, da Professora da UnB -, de conhecer o entendimento, a visão deles sobre essas três perguntas que eu gostaria de fazer agora.

Sobre algumas delas já houve até algumas colocações feitas por parte dos palestrantes, mas queremos consolidar, ter essas informações muito claras para todos que estão nos ouvindo e para mim também.

Primeira pergunta: como explicar, mediante as ações governamentais, como a Política Nacional de Humanização, o aumento das taxas de cirurgias cesarianas tanto na rede particular quanto na rede pública de atendimento à saúde na última década? Como bem colocou aqui a Dr^a Esther, houve um crescimento assustador: 57% dos partos são cesárias.

Segunda pergunta: como avalia a relação da grávida com o médico na construção da confiança para se escolher o método mais adequado de parto de acordo com suas próprias condições econômica, cultural, de saúde e psicológica?

E a terceira: os fatores de infraestrutura hospitalar e a falta de condições adequadas de trabalho dos profissionais de saúde contribuem para o aumento dos índices de violência obstétrica?

Então, são essas as três perguntas. Eu gostaria que começássemos, em um minuto, com a Prof^a Silvia Badim.

(Intervenção fora do microfone.)

A SR^a PRESIDENTE (Angela Portela. Bloco Apoio Governo/PT - RR) - Não, um minuto para responder ou, se precisar...

A SR^a SILVIA BADIM - As três? Então, vamos lá!

A SR^a PRESIDENTE (Angela Portela. Bloco Apoio Governo/PT - RR) - Eu acho que um minuto é muito pouco. Três minutos.

A SR^a SILVIA BADIM - Três minutos?

A SR^a PRESIDENTE (Angela Portela. Bloco Apoio Governo/PT - RR) - Três minutos é melhor.

A SR^a SILVIA BADIM - Posso começar?

A SR^a PRESIDENTE (Angela Portela. Bloco Apoio Governo/PT - RR) - Pode.

A SR^a SILVIA BADIM - Em relação à primeira pergunta, acho que não é apenas a existência da política que vai alterar. Como levantamos na Mesa, precisamos da mudança de cultura. Precisamos da mudança no ensino médico, no ensino nas faculdades de enfermagem. Precisamos de uma mudança cultural que vai passar pela educação e por uma sensibilização dos profissionais. São um grande avanço essas políticas. Nós consideramos, parte da sociedade civil, um avanço muito grande todas as políticas de parto humanizado. São muito louváveis. Só que a gente precisa avançar no sentido da educação, da sensibilização para que, de fato, isso aconteça na prática, porque entre a norma e a realidade ainda existe uma distância grande, infelizmente.

Em relação à segunda pergunta, da relação da grávida com o seu médico, eu acho que a questão passa por um diálogo e o médico... Acho que toda condição de trabalho... Vou aliar a segunda questão à terceira. Acho que, sim, a falta de condição influencia, sim, na violência obstétrica.

A gente sabe, por exemplo, naquela pesquisa que mostra a Rede Cegonha, da falta de acompanhante para o parto. A gente vem analisando isso. Aqui no Hospital Regional de Ceilândia, a gente percebe que a falta de estrutura da maternidade propicia a negativa da mulher ao acompanhante porque, se não tem onde ela ficar direito, quicá o seu acompanhante. Então, sim, acredito que sim, é preciso melhorar as infraestruturas. E uma saída boa eu acho que são, como a Dr^a Esther apresentou, as casas de parto. Acho que seria o aumento considerável dessa estrutura para a diminuição da violência o respeito à mulher e o diálogo, que eu acho que tem que haver entre o médico e a parturiente. Para que seja dada voz à mulher junto a esse médico, o médico realmente tem de abrir um diálogo em que a mulher não seja vista, como a Daphne colocou, como uma máquina e um produto ao final. Ela vai poder optar, ela vai ter um esclarecimento maior na hora da consulta ginecológica para saber dos riscos, dos prós, dos contras e poder fazer um plano de parto junto com seu médico. Como o Dr. Etelvino falou não é garantia, pode ser que no momento haja uma intercorrência, mas ela tem de onde partir, ela tem a sua vontade expressa naquele momento. Então, acho que o plano de parto e o diálogo são fundamentais.

A SR^a PRESIDENTE (Angela Portela. Bloco Apoio Governo/PT - RR) - Muito obrigada, Dr^a Sílvia.

Agora, Dr. Etelvino.

O SR. ETELVINO DE SOUZA TRINDADE - Obrigado.

Primeira questão. As cesarianas aumentaram apesar das orientações de humanização e de direito da mulher na última década.

Existe, em Física, uma divisão de erro. O primeiro estudo de Física é sobre o erro fortuito e sistemático. Todo indivíduo cai no erro fortuito, mas, quando você faz uma auditoria própria, você o descobre; o erro sistemático se dá quando você comete o erro e, na auditoria, acha que está fazendo certo.

Então, dentro desse aspecto, acho que a cesariana aumenta como um moto-contínuo em que uma percepção que é entendida como boa se potencializa de *per se*, por si própria. Então, cria-se o contexto cultural de que o parto cesariana é muito mais fácil, que não me dá problemas e que eu não vou ser judicializado do ponto de vista médico. Tendo um parto normal, eu vou ter o médico que eu quero e vou ter acesso ao hospital. É o ponto de vista da paciente.

Quanto ao segundo, a relação médico-paciente para o melhor parto passa por um processo cultural. A cultura tem que ser mudada no sentido de a mulher exigir o direito dela, a percepção dela ou o querer associados à orientação do médico para que isso se efetive. Acontece que, dentro da estrutura montada, o médico não tem tempo. O médico é obrigado a atender vinte pacientes numa consulta diária. Então, ele não tem tempo para a paciência e também não está muito preocupado com isso. No fim, as quatro horas dele, infelizmente, ele faz em três. É mais ou menos dessa forma. Então, a coisa fica muito corrida e não existe um esclarecimento. Então, tem de se criar uma estrutura onde o esclarecimento seja pertinente.

Quanto à infraestrutura na contribuição da violência, é claro que a infraestrutura talvez seja o fator mais importante na violência, porque a infraestrutura, a falta de equipe definida, a falta de ambiência, a falta de tempo para atender, tudo isso contribui para uma violência crescida.

A SRª PRESIDENTE (Angela Portela. Bloco Apoio Governo/PT - RR) - Muito obrigada, Dr. Etelvino.

Agora, a Coordenadora Geral da Saúde das Mulheres, Maria Esther, do Ministério da Saúde.

A SRª MARIA ESTHER DE ALBUQUERQUE VILELA - A questão da mudança de cultura para reduzir as cesáreas a gente sabe que leva anos. Para voltar o aleitamento materno foram duas décadas. Então, apesar de o Ministério da Saúde ter investido ao longo dessas últimas duas décadas, acredito que, com a Rede Cegonha, nessa sincronia de ações, isso tem sido intensificado.

Para mudar a cultura... Nós sabemos que a gente não poderia reduzir as cesáreas à força e falar que não vai ter mais cesárea. Mas vai ter o que mesmo? Como o parto é feito não é uma opção boa. Então, mudar a assistência ao parto normal foi essencial para a gente poder construir um ambiente propício para reduzir as cesáreas. É preciso ter uma coisa boa para as mulheres deixarem de querer a cesariana e os profissionais também. Por isso, é um combo, uma série de ações, como a formação de enfermeira obstétrica, a construção, Etelvino... O Ministério da Saúde, o Governo tem feito a sua parte ao alterar as ambiências dos partos. Nós temos 105 projetos de centros de parto normal em construção, 130 ambiências de maternidade sendo alteradas para poder mudar - e vou para a terceira pergunta - as condições de trabalho.

É claro que se tem um pré-parto coletivo onde a mulher é despersonalizada. Ali se chama para um tipo de atuação onde a mulher é reificada, é objetivada. Se você tem um quarto privativo onde você bate na porta e fala "com licença, eu sou o doutor tal, a enfermeira tal", você reajusta a postura dos profissionais. Então, mudar a estrutura é importante como condição de trabalho para mudar essa realidade.

Podem ter certeza de que, em 2015, os índices de cesarianas já serão se não menores, pelo menos iguais aos de 2014. Dados preliminares já falam em 55%...

(Soa a campainha.)

A SRª MARIA ESTHER DE ALBUQUERQUE VILELA - Ai, meu Deus!

São 57% em 2014. Em 2015, dados preliminares já mostram uma redução.

Vou citar a Física também. Quando há uma questão acelerada, a primeira coisa é frear e depois reduzir. Então, nós esperamos um freio nas cesarianas e, em seguida, uma redução.

Sobre a relação médico-paciente, nós sabemos, pela *Nascer no Brasil*, que, no sistema privado, muitas das mulheres que vão para a cesariana não optaram pela cesariana no início do pré-natal. Elas iniciam o pré-natal com um desejo de parto normal, mas, ao longo do pré-natal, vão-se fragilizando e se convencendo de que a cesariana é a melhor opção. Ou seja, a opção pela cesariana não é uma opção de 100% das mulheres que estão no sistema privado. Elas são convencidas de que a cesariana é uma opção mais segura. Isso não é, eu já falei, uma culpa dos profissionais, mas do modelo em que estão inseridos, em que acreditam piamente que a cesariana é o mais seguro. Para esse modelo do seu médico - a gente fala do "seu médico", do modelo da relação privada com o seu médico -, ele é o mais seguro, porque, no parto normal, você não vai encontrar o "seu médico" a qualquer momento.

Ou seja, nós precisamos dar um passo atrás e ir mais fundo para ver que esse modelo, que essa cultura de "seu médico" é o que gera uma relação que induz à cesariana, é uma relação que está fragilizada. Hoje, as mulheres têm procurado os índices de cesariana e de parto normal dos profissionais para poderem se certificar de que aquilo que ele está falando é, realmente, a prática cotidiana do profissional. Essa é uma ação da OMS para poder reduzir as cesáreas desnecessárias e a violência obstétrica.

Só queria falar que, para poder melhorar as condições de trabalho, nós precisamos incluir enfermeiras obstétricas e obstetizes na equipe. Sem isso, a condição de trabalho dos profissionais médicos é precária e violenta a própria profissão. Em hospitais que já incluíram a enfermeira obstétrica, nós temos relatos de médicos que falam o seguinte: "Eu não sei como eu trabalhava anteriormente. Não consigo mais trabalhar sem ter uma enfermeira obstetra ou uma obstetriz na equipe." Existe todo um medo corporativo de perda de espaço, de perda de autonomia, mas é a mesma coisa do acompanhante. Depois que o acompanhante do parto passa a ser uma prática, todos os profissionais do hospital perguntam: "Como é que a gente vai ficar sem acompanhante agora?" Então, existe essa reação, esse medo, mas é um medo que vai ser superado, e nós vamos, realmente, ter uma nova realidade de assistência ao parto, em breve.

A SRª PRESIDENTE (Angela Portela. Bloco Apoio Governo/PT - RR) - Drª Daphne.

A SRª DAPHNE RATTNER - Bom, eu queria comentar, a respeito da primeira pergunta, da mudança de cultura. A Esther já trouxe várias vezes a questão da mudança de paradigma, da mudança de modelo de atenção.

Uma antropóloga americana, Robbie Davis-Floyd, falou sobre o modelo tecnocrático, humanista e holístico. Eu não vou conseguir explicar tudo isso nos meus três minutos, mas a gente está num processo de mudança de modelo de atenção. Temos um modelo tecnocrático e estamos mudando para um modelo humanista. E uma mudança de cultura é muito difícil. Foi isso o que trouxe na minha discussão sobre a violência o tempo todo.

Por outro lado, os profissionais que estão no atendimento público, na prática da saúde suplementar, atendem e têm consultório. Então, é muito difícil um profissional ter uma prática aqui e outra lá. Como, para ele, é mais organizada a agenda na saúde suplementar, ele leva isso, a prática de fazer cesáreas, para o setor público, sem pensar no bem-estar da mulher e do bebê. Fica mais organizada a agenda.

Então, acho que essa mudança de cultura tem de passar por uma profunda conscientização dos profissionais e por uma reorientação para que, ao invés da conveniência profissional e da instituição, se tenha o bem-estar da mulher e do bebê. Como é que a gente faz isso? Acho que através do diálogo, da conversa.

A questão da relação profissional já foi comentada pela Esther. Há trabalhos mostrando que, no início da gravidez, 70% das mulheres da saúde suplementar desejam parto normal e 30%, a cesárea e que, no final da gravidez, 70% desejam a cesárea e 30%, o parto vaginal. Então, durante a gestação, no sistema privado, existe um processo de indução de mudança do desejo. No final, se a taxa de cesárea na saúde suplementar é de 85%, a gente percebe que nem aqueles 30% conseguiram.

Acho que a questão da estrutura é muito importante, mas eu gostaria de trazer um elemento novo aqui para o diálogo, que é a questão da doula.

A doula, no parto, faz uma diferença muito grande. A gente tem doulas... Os trabalhos científicos mostram que, com a doula, você precisa de menos analgesia no parto, que a doula diminui o tempo do trabalho de parto, diminui o tempo do período expulsivo e que aumenta o grau de satisfação da mulher com a experiência de parto.

A Lei nº 5.534 daqui, do Distrito Federal, define que toda mulher vai ter direito a uma doula no parto. Foi uma proposição do Deputado Distrital Wasny de Roure. A lei foi publicada no dia 28 de agosto de 2015. E temos na Câmara Federal o Projeto de Lei do Deputado Jean Wyllys que propõe uma assistência humanizada e sem violência na atenção obstétrica como um direito da mulher. Eu gostaria muito que, quando esse projeto de lei viesse para o Senado, ele fosse bem acolhido e fortalecido.

Eu a conclamo a ser nossa parceira na efetivação desse direito das mulheres.

Muito obrigada.

A SRª PRESIDENTE (Angela Portela. Bloco Apoio Governo/PT - RR) - Quero agradecer as respostas dadas por cada um de vocês. Foram muito esclarecedoras, sem dúvida nenhuma. Mas há um ponto que eu gostaria de destacar.

Eu sou de um Estado, Roraima, que tem 15% da sua população composta por indígenas. A gente já fez audiência pública aqui, na Comissão Direitos Humanos, acho que há três anos, para tratar da saúde da mulher indígena. Como parlamentar de um Estado que tem esse elevado percentual de mulheres indígenas, de etnias indígenas, eu tinha a preocupação de discutir esse assunto e também de destinar recursos no Orçamento da União. São emendas parlamentares - como nós sabemos, 50% das emendas têm de ser destinadas à saúde - pelas quais destinamos recursos para o Governo do Estado de Roraima para a construção de casas de parto, porque, nessas comunidades indígenas dos diversos Municípios de Roraima,

como Mucajaí, Caracaraí, Alto Alegre, onde existem as comunidades indígenas, elas precisam ter esse atendimento mais próximo porque é muito difícil para a mulher indígena, para a mulher do interior, que vive na vicinal, deslocar-se do seu local de trabalho ou da sua residência para ter seu filho lá na capital, Boa Vista, que é onde está a única maternidade do Estado. É um Estado que tem pouco mais de 500 mil habitantes, mas que tem uma extensão territorial gigantesca. Ele é enorme, mas tem uma densidade demográfica bem baixa, a mais baixa do País.

Então, é importante a gente também ter, nesse Programa Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, uma atenção especial à saúde da mulher indígena.

Sei que existem convênios. Tenho aqui um convênio com a área técnica da saúde da mulher, o Grupo Curumim, que é uma entidade de referência, que atua com parteiras tradicionais em várias regiões do Brasil. A gente gostaria de solicitar à Dr^a Esther que desse uma atenção para essas mulheres. Elas precisam. Elas são vulneráveis. A mulher indígena, a mulher que vive no interior precisa, sem dúvida nenhuma, dessa atenção maior. Foi por isso que a gente teve a preocupação de destinar esses recursos para que o Governo do Estado pudesse construir e manter casas de parto com todos os profissionais, com a equipe multiprofissional que é exigida pelo Ministério da Saúde.

Então, a gente gostaria de frisar aqui que os Macuxi, os Wapixana, os Wai-Wai, os Waimiri-Atroari, que são diversas etnias... Essas mulheres estão lá nas suas comunidades indígenas. Há mulheres, também, que são brancas, negras, que estão nas vicinais dos Municípios, no interior das vilas, e que precisam desse atendimento humanizado. Se a gente discutiu aqui a dificuldade imensa que as mulheres têm e a violência obstétrica em todos os principais hospitais públicos do Brasil, que têm toda uma infraestrutura muito melhor do que a que a mulher que está no interior tem acesso, imaginem a dificuldade dessas mulheres sem acesso à atenção básica, sem o mínimo necessário!

Acho que essa discussão aqui sobre a violência obstétrica foi muito válida. Precisamos continuar esse debate. Esta foi a primeira audiência. Precisamos aprender muito, avançar muito nas políticas voltadas para combater esse tipo de violência. E esperamos continuar com essa articulação com as entidades da sociedade civil que cuidam disso, com o Ministério da Saúde e o Senado Federal, com a Bancada feminina, que tem todo o interesse em discutir a violência contra mulher. É preciso continuarmos avançando para que a gente possa, nessas discussões, apresentar propostas viáveis e destinar recursos no Orçamento para que os Estados e os Municípios possam implementar essas políticas tão importantes para combater a violência contra mulher e, no caso, a violência obstétrica.

Quero, para finalizar, agradecer imensamente à Dr^a Sílvia Badim, que é professora adjunta da Universidade de Brasília, ao Dr. Etelvino de Souza Trindade, Presidente da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, à Maria Esther de Albuquerque, Coordenadora-Geral de Saúde das Mulheres do Ministério da Saúde, e à Dr^a Daphne Rattner, Presidente da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento.

Muito obrigada a todos.

Está encerrada esta audiência pública.

(Iniciada às 9 horas e 24 minutos, a reunião é encerrada às 11 horas e 23 minutos.)