

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Faculdade de Direito e Ciências do Estado

Programa de Pós-Graduação em Direito

Fernanda Araujo Pereira

**AS LUTAS PELA HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO E AO
NASCIMENTO: um estudo de caso sobre a Maternidade Leonina Leonor Ribeiro**

Belo Horizonte

2022

Fernanda Araujo Pereira

**AS LUTAS PELA HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO E AO
NASCIMENTO: um estudo de caso sobre a Maternidade Leonina Leonor Ribeiro**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestra em Direito.

Linha de pesquisa: História, Poder e Liberdade

Área de estudo: Constituição e Democracia: Teoria, História e Dogmática Crítica

Orientador: Prof. Titular Dr. Marcelo Andrade Cattoni de Oliveira

Coorientadora: Profa. Dra. Sônia Lansky

Belo Horizonte

2022

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária Meire Luciane Lorena Queiroz - CRB-6/2233.

P4361 Pereira, Fernanda Araujo
 As lutas pela humanização da assistência ao parto e ao nascimento
 [manuscrito]: um estudo de caso sobre a Maternidade Leonina Leonor
 Ribeiro / Fernanda Araujo Pereira. - 2022.

254 f.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais,
Faculdade de Direito.

Bibliografia: f. 218-234.

1. Direito - Teses. 2. Humanização do parto - Teses. 3. Direitos
fundamentais - Teses. I. Oliveira, Marcelo Andrade Cattoni. II. Lansky,
Sônia. III. Universidade Federal de Minas Gerais - Faculdade de Direito.
IV. Título.

CDU: 342.71:618.4



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO

UFMG

ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA FERNANDA ARAUJO PEREIRA

Realizou-se, no dia 11 de agosto de 2022, às 14:00 horas, Faculdade de Direito e Ciências do Estado da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *As lutas pela humanização da assistência ao parto e ao nascimento: um estudo de caso sobre a Maternidade Leonina Leonor Ribeiro*, apresentada por FERNANDA ARAUJO PEREIRA, número de registro 2020652441, graduada no curso de DIREITO, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestra em DIREITO, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Marcelo Andrade Cattoni de Oliveira – Orientador (Faculdade de Direito da UFMG), Prof(a). Sônia Lansky – Coorientadora (Faculdade de Medicina da UFMG), Prof(a). Kleyde Ventura de Souza (Escola de Enfermagem da UFMG), Prof(a). Maria Fernanda Salcedo Repolês (Faculdade de Direito da UFMG).

A Comissão considerou a dissertação:


Aprovada, tendo obtido a nota 100.


Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.

Belo Horizonte, 11 de agosto de 2022.


Prof(a). Marcelo Andrade Cattoni de Oliveira (Doutor) nota 100.


Prof(a). Sônia Lansky (Doutora) nota 100.


Prof(a). Kleyde Ventura de Souza (Doutora) nota 100.


Prof(a). Maria Fernanda Salcedo Repolês (Doutora) nota 100.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe Juliana e ao meu pai Danilo, antes de tudo, pelo amor sem fim. Por me proporcionarem as condições emocionais e materiais que viabilizam, desde sempre, todo o meu investimento nos estudos. Por tentarem entender as dinâmicas do trabalho acadêmico, por acolherem os efeitos do meu estresse e do meu cansaço no nosso cotidiano e por torcerem por mim na conclusão de mais esta etapa. Ao meu irmão Pedro, pela parceria de vida.

Ao Marcus, pelo amor e pelo carinho abundantes, pela paciência e pela compreensão com a minha absorção pela pesquisa e pelo encorajamento nesta travessia. Por ser companheiro na aprendizagem sobre feminismos, partos, maternidades e universos outros que me despertam tanto interesse e bons afetos e que fazem de mim quem eu sou. Por ter sido um persistente apoiador da minha aproximação com o campo da pesquisa empírica em direito, o qual se fez fundamental para o desenvolvimento desta dissertação.

À minha avó Vera: minha primeira referência em erudição e abre-alas desta caminhada. Por ter me ensinado a gostar de ler e, com isso, ter destrancado portas de abertura para vários mundos – entre eles, o da academia. A toda minha família paterna, por ser espelho e acolhimento na intelectualidade, na boemia e na loucura.

À minha bisavó Miluca, por me dar a honra de tê-la em vida com tanta ternura e sabedoria até hoje. À minha avó Perpétua, por ser, desde os meus primeiros passos, tão verdadeira e amorosamente interessada e presente nas minhas travessias. À minha madrinha Angelina, por estar, independentemente das circunstâncias, sempre por mim. A toda minha família materna, por ser onde sobra amor.

À Eliete, por, há tantos anos, fazer o seu trabalho com empenho e alegria, tornando os meus desafios mais leves. Ao Rico, por não conceber tempo ruim para enternecer o nosso cotidiano, nos arrancando afagos, brincadeiras e sorrisos.

À Paula, meu porto seguro, por sempre me ajudar oferecendo a sua escuta atenta e dizendo palavras certas, cuidadosas e carinhosas. À Júlia Carneiro, pela amizade firme e tranquila e por se alegrar com todas as minhas conquistas. À Yara, à Izabela Germani e à Débora, por estarem comigo há tantos anos. Ao Caio, meu grande amigo, pelas risadas, pelos incontáveis incentivos e pelas ajudas oferecidas diante das minhas angústias.

À capoeira, pela sua importância para a minha saúde física e psíquica, especialmente durante a pandemia e o mestrado. Ao Grupo Ginga, na pessoa do meu Mestre Agostinho, por me acolher sem vacilos, mesmo quando a rotina aperta e reduz as minhas possibilidades de me fazer presente. Às mulheres maravilhosas que uniram a capoeiragem e o feminismo na

minha vida: Helô, Lívia, Lili, Ana, Mônica, Lu, Naty, Sabiá, Lina e Cigana, obrigada por ouvirem as minhas lamúrias, entenderem as minhas ausências e celebrarem comigo o encerramento deste tão importante ciclo.

À Carol, pela amizade tão compreensiva e carinhosa. Por não economizar ajudas e por ser, há anos, uma das minhas mais importantes leitoras. À Gabi e à Luísa Santos, pela parceria essencial nos meus primeiros passos nos caminhos do feminismo e da academia e pela permanência das trocas, ainda que em outras circunstâncias. À Marina, à Júlia Clemente e à Luísa Torres, por serem amigas que se preocupam comigo, que me incentivam e que compartilham a alegria com a conclusão desta etapa.

Ao Marcelo Cattoni, meu orientador querido, por acreditar tanto em mim – algumas vezes, mais do que eu mesma. Pelos anos de trabalho conjunto e, especialmente, pela bela orientação exercida ao longo do meu mestrado: presente, séria e rigorosa; respeitosa, afetiva e sensível. À Sônia Lansky, pela confiança depositada em mim antes mesmo de me conhecer. Pela atenção aos meus chamados e pela partilha da sua grandiosa trajetória profissional. Por ser uma lutadora generosa e incansável em defesa das mulheres, das crianças e de um mundo mais justo (esse agradecimento certamente é meu e de muitas!).

À Maria Fernanda Repolês, por ser uma presença tão enriquecedora no percurso da pós-graduação e por ter aceitado todos os convites para avaliar este trabalho. À Flávia Siqueira, pela excelência no ensino, pela indispensável interlocução na pesquisa, pela parceria acadêmica e pela amizade. À Juliana Cesário, pelos importantes apontamentos no exame de qualificação. À Kleyde Ventura, por aceitar o convite à leitura e à composição da banca de avaliação desta dissertação, bem como à Camila Nicácio e ao Marcelo Maciel, na condição de suplentes. Às demais professoras com quem cruzei neste caminho, obrigada por reforçarem o lugar de crescimento e bons afetos que a academia ocupa na minha vida.

Às amigas com as quais compartilho a orientação do Marcelo, em especial: à Júlia Guimarães, pela parceria no processo seletivo da pós-graduação, nas aulas e no estágio de docência; à Sabrina, à Raquel e à Isabela Corby, pelos encontros nas discussões feministas e pela viabilização de oportunidades acadêmicas; e ao Henrique, pelo apoio mútuo desde os tempos da monitoria de Teoria da Constituição. À Ana Clara, pelas trocas sobre as questões da assistência ao parto e ao nascimento e pelo trabalho conjunto de pesquisa. Às demais colegas maravilhosas com quem convivi durante o mestrado e aprendi imensamente; mesmo com a pandemia nos privando das conversas nos corredores da Faculdade e das cervejas depois das aulas, sou grata pelas ajudas com a pesquisa e pela atribuição de sentido aos últimos dois anos e meio.

À Universidade Federal de Minas Gerais, por manter a excelência no ensino, na pesquisa e na extensão – apesar das constantes tentativas de desmontes – e por ser um espaço onde, desde a graduação, venho aprendendo e evoluindo constantemente.

A todas as mulheres em luta pela Maternidade Leonina Leonor Ribeiro (especialmente às integrantes do movimento Leonina Leonor é Nossa) e pela humanização da assistência ao parto e ao nascimento que conheci nos últimos anos. Obrigada pela recepção e pelo acolhimento nos espaços de discussão, pela generosidade e pela paciência para me contar as histórias que não vivi e para responder às minhas perguntas, pelos muitos materiais encaminhados e pela formação de pontes entre nós. Às mulheres que não conheci e que me precederam nessas lutas, agradeço por imaginarem e disputarem formas mais saudáveis, dignas e prazerosas de parir, nascer e maternar e por plantarem as sementes para que pesquisas como esta possam florescer.

À Sílvia, por abraçar o desafio de advogar contra o desmonte da Maternidade Leonina Leonor Ribeiro comigo. Às colegas da Procuradoria-Geral do Município de Contagem, especialmente à Luara e ao Edgar, por tornarem o peso da dupla jornada de trabalho muito mais leve.

Por último, a você que me lê. Obrigada!

RESUMO

Esta pesquisa desenvolve um estudo de caso sobre a Maternidade Leonina Leonor Ribeiro. Trata-se de um equipamento público de saúde construído em Belo Horizonte para assistir as usuárias de acordo com o modelo humanizado de atenção ao parto e ao nascimento. Depois de sucessivas mudanças de gestões municipais, a Maternidade Leonina Leonor Ribeiro nunca foi inaugurada, até que, mais de uma década após as obras, o Município deu início ao seu desmonte. Então, o presente trabalho tem o objetivo de mapear as tensões e as disputas político-jurídicas que esse caso desvela na medida da sua inserção nos processos de mudança de paradigmas da assistência ao parto e ao nascimento na cidade. A metodologia de pesquisa empírica selecionada foi a do estudo de caso, o qual desenvolvo a partir de bases documentais. Para avaliar a qualidade dos documentos, valho-me de quatro critérios: autenticidade; credibilidade; representatividade e sentido. Para analisar o conteúdo dessas fontes, aproprio-me dos marcos teóricos adotados. Parto da ideia de que o modelo de cuidados obstétricos hegemônico é essencialmente inadequado, arriscado, violento e violador de direitos das mulheres. Em oposição, os movimentos pela humanização reivindicam uma assistência baseada em evidências científicas e em cuidado, além de garantidora e promotora de direitos fundamentais. Adoto também a Teoria Crítica da Constituição como chave de leitura, por permitir discutir o caso enquanto ilustrativo da vivência da normatividade constitucional, em que sentidos de direitos são tensionados e disputados interpretativamente na esfera pública. Então, construo uma narrativa que pretende demonstrar que, na rota da não implantação da Maternidade Leonina Leonor Ribeiro, o Município retrocedeu em sua história de pioneirismo na propulsão da assistência humanizada ao parto e ao nascimento. Mapeio algumas tensões e disputas político-jurídicas que foram vividas nesse processo, sempre sob as pressões dos imperativos sistêmicos da economia capitalista e da administração burocrática. Considero que esse retrocesso se deve ao progressivo fechamento dos governos municipais às lutas pela humanização, associado à defesa dos interesses corporativistas contrários às transformações assistenciais historicamente disputadas. Ao final, complemento a proposta do estudo de caso com o esboço de uma reflexão sobre o seu potencial de exemplaridade dos movimentos nacionais de mudança de paradigmas de cuidados obstétricos e neonatais.

Palavras-chave: Maternidade Leonina Leonor Ribeiro; humanização da assistência; violência obstétrica; Teoria Crítica da Constituição; estudo de caso; pesquisa documental.

ABSTRACT

This research develops a case study about the Leonina Leonor Ribeiro Maternity. It is a public health equipment built in Belo Horizonte to assist users according to the humanized model of childbirth care. After successive changes of municipal governments, the Leonina Leonor Ribeiro Maternity was never inaugurated, until, more than a decade after its construction, the Municipality began its dismantling. So, this paper aims to map the political-legal tensions and disputes that this case unveils as it is part of the paradigm shift processes in childbirth care in the city. The empirical research methodology selected was case study, which I develop from documentary databases. To evaluate the quality of the documents, I make use of four criteria: authenticity, credibility, representativeness and meaning. To analyze the content of these sources, I employ the adopted theoretical frameworks. I start from the idea that the hegemonic obstetric care model is essentially inadequate, risky and violent, as well violates women's rights. In opposition, the movements for humanization claim an assistance based on scientific evidence and care, and also guarantor and promoter of fundamental rights. I also adopt Critical Theory of the Constitution as a reading key, since it allows discussing the case as illustrative of the experience of constitutional normativity, in which meanings of rights are tensioned and disputed interpretatively in the public sphere. Then, I build a narrative that intends to demonstrate that in the route of the non-implementation of the Leonina Leonor Ribeiro Maternity, the Municipality has retrogressed in its pioneering history in the propulsion of the humanized delivery and birth care. I map some political-legal tensions and disputes that were experienced in this process, always under the pressures of the systemic imperatives of the capitalist economy and bureaucratic administration. I believe that this setback is due to the progressive closing of municipal governments to the struggles for humanization, associated with the defense of corporative interests that are contrary to the care transformations historically disputed. At the end, I complement the case study proposal with the outline of a reflection on its potential for exemplary of national movements for paradigm shifts in obstetric and neonatal care.

Keywords: Leonina Leonor Ribeiro Maternity; humanization of assistance; obstetric violence; Critical Theory of the Constitution; case study; documentary research.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Referências positivas ao termo “humanização” segundo Simone Grilo Diniz	55
Quadro 2 – Decisões nos autos da Ação Popular nº 5022744-57.2021.8.13.0024 e do Agravo de Instrumento nº 1.0000.21.052083-9/001	165

LISTA DE SIGLAS

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ABENFO	Associação Brasileira de Obstetizas e Enfermeiros Obstetras
ABRAHUE	Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACP	Ação Civil Pública
ALMG	Assembleia Legislativa de Minas Gerais
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
Apice On	Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia
APS	Atenção Primária à Saúde
CAM	Centro de Atendimento à Mulher
CBMMG	Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Minas Gerais
CEDAW	Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIRA	Comissão Intergestora Regional Ampliada
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMBH	Câmara Municipal de Belo Horizonte
CMS-BH	Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COREN-MG	Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
CPMI	Comissão Parlamentar Mista de Inquérito
CPN	Centro de Parto Normal
CR/88	Constituição da República Federativa do Brasil de 1988
CRM-MG	Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais
CTI	Centro de Terapia Intensiva
DIU	Dispositivo Intrauterino
DOM	Diário Oficial do Município
DPMG	Defensoria Pública de Minas Gerais

DRMAC	Diretoria de Regulação de Média e Alta Complexidade
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EPED	Encontro de Pesquisa Empírica em Direito
FGV	Fundação Getulio Vargas
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FUNDEP	Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa
GIS	Grupo de Inovação em Saúde
GP	Gabinete do Prefeito
HMOB	Hospital Metropolitano Odilon Behrens
HRTN	Hospital Risoleta Tolentino Neves
HSF	Hospital Sofia Feldman
HU	Hospital Universitário
IFF	Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
MBE	Medicina Baseada em Evidências
MDB	Movimento Democrático Brasileiro
MEC	Ministério da Educação
MPC	Marcha do Parto em Casa
MPF	Ministério Público Federal
MPMG	Ministério Público do Estado de Minas Gerais
MPS	Ministério da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
NRAS	Núcleo de Redes de Atenção à Saúde
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PAS	Programação Anual em Saúde

PBH	Prefeitura de Belo Horizonte
PCdoB	Partido Comunista do Brasil
PDF	Portable Document Format
PGJ	Procuradoria-Geral de Justiça
PGM	Procuradoria-Geral do Município
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PHS	Partido Humanista da Solidariedade
PL	Partido Liberal
PL	Projeto de Lei
PMN	Partido da Mobilização Nacional
PMS-BH	Plano Municipal de Saúde de Belo Horizonte
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNH	Política Nacional de Humanização
PPAG	Plano Plurianual de Ação Governamental
PPGD	Programa de Pós-Graduação em Direito
PQM	Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais
PRP	Partido Republicano Progressista
PRTB	Partido Renovador Trabalhista Brasileiro
PSB	Partido Socialista Brasileiro
PSD	Partido Social Democrático
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PSF	Programa Saúde da Família
PSL	Partido Social Liberal
PT	Partido dos Trabalhadores
RAG	Relatório Anual de Gestão
RAMI	Rede de Atenção Materna e Infantil
ReHuNa	Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento
RICP	Revista do Instituto de Ciências Penais
RMBH	Região Metropolitana de Belo Horizonte
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SMARU	Secretaria Municipal Adjunta de Regulação Urbana
SMP	Sociedade Mineira de Pediatria

SMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SOGIMIG	Sociedade Mineira de Ginecologia e Obstetrícia
SRS	Superintendência Regional de Saúde
SUDECAP	Superintendência de Desenvolvimento da Capital
SUS	Sistema Único de Saúde
TJMG	Tribunal de Justiça de Minas Gerais
TRF	Tribunal Regional Federal
UFC	Universidade Federal do Ceará
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VISA	Vigilância Sanitária

SUMÁRIO

Parte 1

A CONCEPÇÃO DAS REFLEXÕES

1	INTRODUÇÃO	17
1.1	Apontamentos textuais.....	18
1.2	Percursos e aspectos metodológicos.....	22
2	A ASSISTÊNCIA AO PARTO E AO NASCIMENTO E AS LUTAS PELA SUA HUMANIZAÇÃO: CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA E COMPREENSÕES TEÓRICAS.....	34
2.1	A problemática do paradigma de cuidados obstétricos que se tornou hegemônico no século XX	35
2.1.1	<i>No mundo: questões de gênero e saúde.....</i>	<i>35</i>
2.1.2	<i>No Brasil: entrecruzamentos com raça e com classe.....</i>	<i>40</i>
2.2	A humanização da assistência ao parto e ao nascimento.....	46
2.2.1	<i>Os movimentos: definições e perspectivas</i>	<i>46</i>
2.2.2	<i>Articulações das lutas em agendas políticas brasileiras do final do século XX.....</i>	<i>58</i>
2.3	Possibilidades advindas do recurso à Teoria Crítica da Constituição	63

Parte 2

A (NÃO) IMPLEMENTAÇÃO DA MATERNIDADE LEONINA LEONOR RIBEIRO: UMA ROTA DA VANGUARDA AO RETROCESSO

3	O CONTEXTO: A COMISSÃO PERINATAL DE BELO HORIZONTE	70
3.1	A atuação da Comissão Perinatal	70
3.1.1	<i>A criação na década de 1990.....</i>	<i>70</i>
3.1.2	<i>A virada do milênio e as mudanças de perspectivas</i>	<i>73</i>
3.2	Considerações teóricas	79
3.2.1	<i>Um breve emparelhamento histórico.....</i>	<i>79</i>
3.2.2	<i>Humanizar para concretizar o direito à saúde.....</i>	<i>80</i>
3.2.3	<i>Tensionar e disputar – sob pressões – para mudar.....</i>	<i>82</i>
4	O CASO: CONCEBENDO E CONSTRUINDO A MATERNIDADE LEONINA LEONOR RIBEIRO	85
4.1	A desapropriação, a reorganização da rede, as obras e a entrega provisória	85
4.1.1	<i>Os primeiros atos: o que consta no DOM</i>	<i>85</i>

4.1.2	<i>A Maternidade Pública de Venda Nova: para (muito) além de um novo serviço na cidade</i>	87
4.1.3	<i>O descredenciamento da Maternidade Mater-Clínica e a abertura da Maternidade do Hospital Risoleta Tolentino Neves</i>	91
4.1.4	<i>As obras da Maternidade Leonina Leonor Ribeiro</i>	94
4.2	Considerações teóricas	98
4.2.1	<i>A proposta e a relevância da Maternidade Leonina Leonor Ribeiro</i>	99
4.2.2	<i>A humanização como uma via de garantia e promoção de cidadania, igualdade, saúde e proteção à maternidade e à infância</i>	102
4.2.3	<i>A assistência ao parto e ao nascimento e o SUS belo-horizontino</i>	104
5	O CASO: A GESTAÇÃO SEM FIM DA MATERNIDADE LEONINA LEONOR RIBEIRO	107
5.1	Nasce, Leonina: entre recuar, aguardar e esperar	108
5.1.1	<i>Mãos na massa? A condução das obras pelo Poder Executivo de Belo Horizonte até 2015</i>	108
5.1.2	<i>“Nasce uma mãe, nasce uma ativista”: os debates na CMBH</i>	111
5.1.3	<i>Em defesa do CPN Leonina Leonor Ribeiro</i>	117
5.1.3.1	<i>Na gestão – SMSA/Comissão Perinatal</i>	117
5.1.3.2	<i>Na fiscalização e no controle social das políticas públicas de saúde – o MPMG e o grupo de trabalho instituído em plenária do CMS-BH</i>	119
5.1.4	<i>Os dois últimos anos antes do governo Kalil</i>	124
5.2	Considerações teóricas	127
5.2.1	<i>As disputas pela Leonina entre a afirmação da saúde e do prazer e a negação do adoecimento e da dor</i>	127
5.2.2	<i>O CPN Leonina Leonor Ribeiro: manejando constrições financeiras e tensionando o corporativismo médico</i>	129
5.2.3	<i>Falta de vontade política?</i>	131
6	O CASO: A MATERNIDADE LEONINA LEONOR RIBEIRO – UMA FILHA PERDIDA?	135
6.1	O retrocesso como um projeto	135
6.1.1	<i>Já no começo do mandato, um “cabo de guerra”</i>	135
6.1.1.1	<i>De um lado da corda: a gestão</i>	135
6.1.1.2	<i>Do outro lado da corda: o controle social da saúde, o MPMG e os movimentos sociais</i>	139

6.1.2	<i>Os recuos na promessa de uma “capital nacional do parto humanizado”</i>	144
6.1.3	<i>O Centro de Atendimento à Mulher (CAM)</i>	150
6.1.3.1	<i>Leonina Leonor é Nossa: a resistência à decisão de implantação do CAM</i>	155
6.1.4	<i>“Um culto romântico ao ultrapassado”: a destruição da Leonina e a judicialização da questão</i>	160
6.2	Considerações teóricas	167
6.2.1	<i>A humanização desacreditada, distorcida e prejudicada</i>	167
6.2.2	<i>Quem se beneficia?</i>	172
6.3	Notas da advogada-pesquisadora, pesquisadora-advogada	175

Parte 3

AS LUTAS PELA HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA E AO NASCIMENTO NO BRASIL E O CASO EM ESTUDO

7	Os traçados das rotas nacionais e municipais	182
7.1	“Belo Horizonte e Minas Gerais sempre foram pioneiras nas políticas públicas”	183
7.1.1	<i>“A Comissão Perinatal [...] trabalhou e foi exemplo para o país todo”</i>	183
7.1.2	<i>Um caminho de vanguarda</i>	192
7.2	O desvelamento da realidade das violências obstétricas e o fortalecimento da humanização da assistência obstétrica e neonatal no Brasil	194
7.2.1	<i>Não pariremos com dor!</i>	194
7.2.2	<i>A evidência dos embates necessários à mudança de paradigmas assistenciais</i>	203
7.3	A humanização não mais como um caminho para o governo federal	206
7.3.1	<i>As transformações das políticas voltadas à saúde materna no Brasil</i>	206
7.3.2	<i>Uma mudança de rota em direção ao retrocesso</i>	213
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	217
	Referências	224
	Fontes	235
	APÊNDICE	241

Parte 1
A CONCEPÇÃO DAS REFLEXÕES

1 INTRODUÇÃO

A Maternidade Leonina Leonor Ribeiro¹ é um equipamento público construído em Belo Horizonte para oferecer um serviço de assistência humanizada ao parto e ao nascimento pertencente à rede municipal do Sistema Único de Saúde (SUS). A sua localização é em Venda Nova, regional periférica, o que favoreceria o atendimento a uma população social e economicamente mais vulnerável da cidade. Espantosamente, apesar de todo o dispêndio do erário com a sua construção, das reivindicações populares pela sua implantação e dos ganhos epidemiológicos que potencialmente geraria, o Município nunca a inaugurou e, inclusive, deu início ao seu desmonte.

O conhecimento dessa história foi ao encontro do meu anseio de desenvolver uma pesquisa de mestrado sobre a realidade dos atendimentos obstétricos no Brasil – que precisa ser urgentemente transformada em prol da garantia e da promoção de direitos das mulheres (e não só). Anseio esse que, antes de tudo, surgiu em razão de um interesse muito afetivo pelo universo da parturição e que se ampara na minha trajetória acadêmica, a qual vem se consolidando a partir de incursões em estudos feministas.

Os caminhos percorridos até a decisão de realizar um estudo de caso sobre a Maternidade serão expostos logo adiante, na seção que apresenta os aspectos metodológicos do presente trabalho. Aqui, parece-me interessante ser mais sucinta.

Esta é uma pesquisa que integra o projeto coletivo “Constituição e Democracia: Teoria, História e Dogmática Crítica”, do Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal de Minas Gerais (PPGD-UFMG). Isso porque, ao investigar os processos históricos de (não) implementação de uma política pública de saúde em Belo Horizonte, considerando as lutas pela humanização da assistência ao parto e ao nascimento, proponho uma reflexão crítica sobre a relação entre constituição e sociedade. Para tanto, realizo uma investida interdisciplinar, partindo do campo jurídico e pautando uma interlocução com discussões afetas ao campo da saúde pública.

Segundo o regulamento vigente do PPGD-UFMG, todas as alunas devem passar por um exame de qualificação, o qual, no mestrado, consiste em defender o próprio projeto de pesquisa. O meu exame foi realizado em 18 de fevereiro de 2021, de que participaram, na função de coordenação, o Professor Marcelo Andrade Cattoni de Oliveira, meu orientador, e a

¹ Na presente dissertação, a Maternidade Leonina Leonor Ribeiro também será referida apenas como “Leonina” ou como “Maternidade”.

Professora Sônia Lansky, minha coorientadora; na função de avaliação, a Professora Juliana Cesário Alvim Gomes e a Professora Maria Fernanda Salcedo Repolês.

Naquele momento, a minha pergunta de pesquisa era centrada na compreensão de qual seria a relação entre as lutas por uma mudança de paradigmas da assistência ao parto e ao nascimento em Belo Horizonte e a situação da Maternidade. Nesse sentido, trabalhava com a hipótese de que a não implantação desse equipamento se relacionaria a um compromisso de sucessivas administrações municipais com setores refratários à humanização dos cuidados obstétricos. Afirmava, ainda, que tensões e disputas interpretativas de direitos fundamentais seriam subjacentes a essa relação.

Contudo, durante o exame, a partir dos ótimos apontamentos das avaliadoras, foi construída a compreensão de que investigar a hipótese apresentada se mostrava algo muito ambicioso e infactível com a complexidade de e o tempo disponível para uma pesquisa de mestrado, bem como com os elementos que tinha em mãos para o desenvolvimento da dissertação. Assim, após a banca, as pretensões do presente trabalho foram reajustadas. Abandonando o intuito de investigar a referida relação, prossegui com esta pesquisa adotando o objetivo de mapear as tensões e as disputas político-jurídicas que o caso da Leonina desvela na medida da sua inserção nos processos de mudança de paradigmas da atenção ao parto e ao nascimento em Belo Horizonte.

Além desse objetivo de pesquisa, tenho outro de ordem mais pessoal que progressivamente passou a me mover no curso do mestrado: o de contar uma história da Maternidade Leonina Leonor Ribeiro. Quanto a isso, sei que existem muitas sujeitas nos movimentos pela humanização da obstetrícia que – há *vários* anos e de *diversas* formas – contam essa história. Não desejo falar por elas. O que quero para este texto é que ele seja, com todas as suas limitações, uma contribuição para o ecoar das vozes que lutam por esse equipamento e por tudo o que ele poderia oferecer para a vida de mulheres, bebês e famílias.

1.1 Apontamentos textuais

Neste momento, considero importante explicitar e explicar algumas escolhas relativas a termos empregados em e a modos de escrever este texto. Primeiramente, o uso constante da expressão “assistência *ao parto e ao nascimento*” em vez de apenas “assistência *ao parto*”, o qual se funda em dois motivos. No caso, a compreensão de que, quando bebês nascem e mulheres dão à luz pela vagina, tem-se um parto; por uma incisão no útero, a cesárea, tem-se uma cirurgia. Ou seja, nem todo nascimento sucede um parto. Nesse sentido, trata-se de uma

escolha terminológica por meio da qual pretendo reforçar que a cesariana é um procedimento cirúrgico, portanto, mais complexo e potencialmente mais arriscado do que um processo fisiológico, o parto vaginal; e, assim, que a sua prática não deve ser banalizada² – o que será mais bem discutido no próximo capítulo.

Além disso, o entendimento de que o processo de dar à luz envolve, ainda que umbilicalmente conectadas, duas dimensões: a da mulher que pari e a da bebê que nasce. Desse modo, dizendo que a assistência não apenas ao parto, como também ao nascimento têm de ser humanizada, afirmo que tanto as gestantes e as parturientes quanto as recém-nascidas são sujeitas que, sistematicamente, recebem um atendimento inadequado e violento. Embora esta dissertação seja mais focada em questões de gênero e, então, no assujeitamento de mulheres aos problemas da obstetrícia hegemônica, sei que existe um vasto campo de práticas assistenciais neonatais que precisa ser transformado – como indicado (mas não aprofundado) em algumas partes do texto, em especial no Capítulo 7.

Outra escolha a ser explicitada e explicada é o emprego do termo “mulheres” para me referir às sujeitas que vivem os ritos do parto e do nascimento. Trata-se de um uso feito apenas com o intuito de simplificar a escrita e a leitura do texto. Nesse sentido, não ignoro que as mulheres compõem uma coletividade de diversas (o que heterogeneiza as suas experiências reprodutivas), nem que homens trans e que pessoas não binárias também podem gestar, parir e, conseqüentemente, viver (com nuances muito próprias) as realidades discutidas. Essas questões serão mais bem exploradas no Capítulo 2.

Quanto a modos de escrever, decidi empreender certo deslocamento da norma-padrão da língua portuguesa. Mais especificamente, em se tratando de coletividades não especificadas ou compostas por pessoas de variadas identidades de gênero, a regra gramatical determina que os substantivos a elas referentes sejam – sempre que possível – flexionados no gênero masculino, condicionando a concordância nominal dos artigos, dos pronomes, dos adjetivos e dos numerais que os modificam. Entretanto, essa é uma regra que expõe e que

² Aqui, ressalto que, no meu contato com ativistas pela humanização, conheci situações em que a disputa por afirmar a cesárea como uma cirurgia teve implicações negativas. Por exemplo, equipamentos de saúde impedindo o exercício do direito à acompanhante por parte de gestantes que dão à luz através de cesarianas, com base no argumento de que a “Lei do Acompanhante” – que será apresentada de modo mais detido no Capítulo 7 – garante esse direito apenas durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto imediato, não se aplicando a um procedimento cirúrgico. Apesar de conhecer riscos como esse, o uso de uma expressão que tenha o potencial de contribuir para a não banalização da prática de cesáreas me parece mais importante. Cf. BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, 8 abr. 2005a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm. Acesso em: 19 maio 2022.

afirma um machismo inerente à língua portuguesa, uma vez que implica um apagamento textual das sujeitas mulheres ou não identificadas com o binarismo de gênero.

A vontade de subverter essa norma gramatical sexista me atravessa há algum tempo³. Já escrevi outros textos em que tentei realizá-la flexionando o gênero de substantivos e realizando a concordância nominal com a expressão “o/a”. Porém, logo no início do desenvolvimento desta dissertação, não me senti satisfeita com essa tentativa, por entender que ela piora a estética do texto, prejudica a fluidez da leitura e reafirma o binarismo de gênero. Portanto, mudei o meu modo de escrita e, aqui, busco a referida subversão com a realização da flexão de gênero e da concordância nominal apenas no feminino. Esse caminho me pareceu mais adequado tanto por (a meu ver) não ter os problemas que o uso de “o/a” tem, quanto por garantir a acessibilidade do texto para eventuais leitoras com deficiência que façam uso de *softwares* leitores⁴.

Ainda no que se refere a esforços para evitar um apagamento textual sobretudo de mulheres, nesta dissertação, quando eu citar nominalmente as autoras dos trabalhos referenciados, na primeira vez, escreverei os seus nomes da forma completa; nas vezes subsequentes, escreverei apenas os seus sobrenomes, contudo, precedidos de artigos e pronomes que marquem o gênero das autoras citadas. Trata-se de uma escolha que se funda na compreensão de que, apesar do progressivo aumento de mulheres na academia, o lugar da produção de conhecimento é histórica e (ainda) hegemonicamente masculino. Assim, entendo que dizer o nome completo e apresentar o gênero de quem eu cito é importante para que as leitoras sem familiaridade com a bibliografia adotada não incorram no acidental equívoco de presumir autorias masculinas de ideias desenvolvidas por mulheres que pesquisam.

Por fim, a última escolha relativa a modos de escrever este trabalho a ser explicitada e explicada é o uso da primeira pessoa do singular. Apesar de não habitual e, até hoje, malvisto em certos ambientes acadêmicos (e particularmente no jurídico), faço esse emprego por compreender que ele compõe uma proposta de desenvolvimento de uma produção científica

³ A vontade de subverter o sexismo da língua portuguesa começou a me atravessar ainda na graduação, quando tive os meus primeiros contatos com estudos feministas. Durante o mestrado, discuti esse desejo com o meu orientador e com algumas colegas, especialmente em aulas das disciplinas Temas de Teoria do Método Jurídico B: Pensar a Teoria do Direito com as Autoras(es) Negras(os), Feministas, Decoloniais e Seminários Metodológicos D, Linha de Pesquisa 3: Oficina de Narrativa; *Storytelling*, ambas ministradas pela Professora Maria Fernanda Salcedo Repolês. Nesse sentido, não possuo uma referência bibliográfica específica que prescreva ou, ao menos, que baseie o modo de escrita adotado, uma vez que, no meu caso, ele é fruto do debate de ideias.

⁴ No tocante à preocupação com a acessibilidade do texto, destaco que a leitura das normas de publicação da *Revista Estudos Feministas* foi importante para que me atentasse a isso. Cf. REVISTA ESTUDOS FEMINISTAS. Normas de Publicação. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1FgBIFohyWBPcrH7vaxPogC5whcgaoc9/view>. Acesso em: 11 jun. 2022.

localizada⁵. Saliento que, na busca por uma localização do saber, também empreendo outros esforços, tais como os de apresentar o lugar desta pesquisa dentro do meu espaço acadêmico institucional e as implicações de caminhos percorridos durante o mestrado na produção desta dissertação, bem como os de expor os pressupostos ideológicos e a incidência das limitações da minha condição de pesquisadora na construção dos achados da pesquisa.

Nesse sentido, faço a ressalva de que o uso da primeira pessoa do singular de forma alguma significa uma compreensão de que este trabalho é produto de uma vivência individual. Pelo contrário: esta dissertação só foi possível graças ao meu processo de orientação e à ajuda de muitas pessoas que conversaram comigo e que me leram, me ouviram, me indicaram leituras, me tiraram dúvidas, me enviaram materiais solicitados, me convidaram ao engajamento no ativismo e me receberam em espaços de construção política. Ainda assim, vejo sentido no emprego do “eu” como uma maneira de marcar que essas palavras partem de um lugar específico e, desse modo, me responsabilizar por elas.

Pontualmente, farei uso da primeira pessoa do plural, para indicar determinadas questões que figuram no texto em razão de tomadas de decisões compartilhadas – por exemplo, quanto aos percursos e aos aspectos metodológicos, que passo a apresentar.

⁵ Uma referência bibliográfica que me orienta de modo central na ideia de localização da produção acadêmica é o artigo “Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial”, da pesquisadora Donna Haraway, no qual – refletindo sobre a confluência entre epistemologias e feminismos – ela analisa a questão da objetividade na pesquisa científica. Em linhas muito gerais, contra o relativismo e o universalismo das epistemologias hegemônicas, a autora sustenta que a objetividade feminista exige a construção de saberes parciais e localizados, que só assim são responsáveis. Cf. HARAWAY, Donna. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu*, Campinas, v. 5, p. 7-41, 1995. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/1773/1828>. Acesso em: 14 jul. 2019. Além desse importante referencial, muito da minha compreensão sobre a localização da produção acadêmica e sua importância se construiu em debates, vários deles ocorridos durante aulas de disciplinas que cursei no mestrado. Outros textos foram importantes nessa construção. Cf. ALCOFF, Linda Martín. The Problem of Speaking for Others. *Cultural Critique*, Minnesota, n. 20, p. 5-32, 1991-1992. DOI: <https://doi.org/10.2307/1354221>. Disponível em: <https://blogs.baruch.cuny.edu/digitalcombishop/files/2016/03/AlcoffProblemSpeakingForOthers.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2021; ALCOFF, Linda Martín. Uma epistemologia para a próxima revolução. *Revista Sociedade e Estado*, Brasília, v. 31, n. 1, p. 129-43, jan./abr. 2016. DOI: 10.1590/S0102-69922016000100007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922016000100129&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 jan. 2021; LUGONES, María. Hacia metodologías de la decolonialidad. In: LEYVA, Xochitl *et al.* *Prácticas otras de conocimiento(s): entre crisis, entre guerras*. Buenos Aires: CLACSO, 2018. t. III. p. 75-92. DOI 10.2307/j.ctvn96g99.6. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/pdf/j.ctvn96g99.6.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2020.

1.2 Percursos e aspectos metodológicos

A situação da Maternidade Leonina Leonor Ribeiro será investigada por meio da metodologia de estudo de caso. Convém salientar que, no percurso desta pesquisa de mestrado, essa opção metodológica se consolidou como uma espécie de fusão das duas possibilidades de caminhos identificadas pela Maíra Rocha Machado: da pesquisa em direção ao caso e do caso em direção à pesquisa – este referente às situações em que o interesse sobre o caso é imposto à pesquisadora previamente à definição do interesse de pesquisa⁶.

Faço essa afirmação, pois, quando participei do processo seletivo para o PPGD-UFG, já possuía o interesse de desenvolver uma pesquisa que contemplasse as questões da humanização da assistência ao parto e ao nascimento e dos combates às violências obstétricas. Estava igualmente interessada em investigar a minha realidade local, tanto é que, no projeto de pesquisa apresentado na seleção, a situação da Maternidade já era mencionada como uma justificativa para um recorte nesse sentido. Ou seja, a princípio, talvez pudesse dizer que o meu caminhar foi o da pesquisa em direção ao caso.

Ocorre que, ao longo do primeiro ano na pós-graduação, sobretudo após a formalização da coorientação, a rota da Leonina foi progressivamente se mostrando inevitável. Passamos a considerar a realização de um estudo de caso sobre ela. Preocupada com o eventual desenvolvimento de uma pesquisa apartada da realidade a que se refere⁷, ao longo dos meses, paulatinamente, aproximei-me das articulações sociais⁸ existentes pela abertura e pelo funcionamento da Maternidade e compreendi a problemática desse equipamento de saúde como, a meu ver, um dos mais relevantes fatos sobre a assistência obstétrica belo-horizontina.

⁶ MACHADO, Maíra Rocha. O estudo de caso na pesquisa em direito. In: MACHADO, Maíra Rocha (org.). *Pesquisar empiricamente o direito*. São Paulo: Rede de Estudos Empíricos em Direito, 2017. p. 357-389. Disponível em: <http://reedpesquisa.org/wp-content/uploads/2019/04/MACHADO-Mai%CC%81ra-org.-Pesquisar-empiricamente-o-direito.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2020.

⁷ Muito dessa preocupação foi elaborado graças às duas disciplinas lecionadas pela Professora Maria Fernanda Salcedo Repolês que cursei durante o mestrado, cujas aulas me instigaram a pensar tanto no que eu incorporaria e deixaria de fora do meu texto, quanto nos porquês e no “para quem” da minha pesquisa. Então, fui percebendo que, sem uma proximidade dos movimentos pela inauguração da Maternidade, eu provavelmente deixaria ainda mais de fora do meu trabalho elementos importantes dessa história. Além disso, fui sentindo que um importante porquê desta dissertação seria a possibilidade de ela ser o produto de um processo de contribuição para a inauguração da Leonina. Por isso busquei aproximar a pesquisa da realidade a que se refere.

⁸ Nesse ponto, refiro-me ao ingresso em alguns grupos de WhatsApp de pessoas engajadas nos movimentos pela humanização da assistência ao parto e ao nascimento em Belo Horizonte, à participação esporádica em reuniões da Comissão Interinstitucional de Saúde da Mulher (CISAM) do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CMS-BH) e, principalmente, ao engajamento com o movimento “Leonina Leonor é Nossa”, composto principalmente por moradoras de Venda Nova organizadas pela abertura e pelo funcionamento da Maternidade.

A situação da Leonina passou a centralizar as minhas inquietudes acadêmicas. Mergulhei profundamente nesse fenômeno e passei a conhecê-lo mais e mais por variadas perspectivas, em confluência com o que a Machado diz que a metodologia de estudo de caso convida a pesquisadora a fazer⁹. Diante disso, fizemos a opção definitiva por essa metodologia ao final de 2020, a qual, ao nosso ver, mostrou-se particularmente certa quando da descoberta da destruição da Maternidade Leonina Leonor Ribeiro em janeiro de 2021. Nesse panorama, compreendo que o caso acabou se impondo a mim e nos conduzindo a um giro na abordagem das problemáticas atinentes à assistência obstétrica, que serão abordadas na medida do que fizer sentido para estudar o caso. Então, o meu caminhar também foi do caso em direção à pesquisa.

Apresento o percurso metodológico percorrido por dois motivos. O primeiro, mais geral, é o entendimento de que explicitar o modo como esta dissertação foi construída é imprescindível para a sua compreensão e para a sua avaliação posteriores. O segundo, mais específico, é que, embora os dois caminhos identificados pela Machado conduzam a um mesmo resultado (a realização de um estudo de caso), as pesquisas em que o interesse pelo caso é sobressalente podem ter alguns contornos específicos. Nesses trabalhos, é possível que o estudo de caso seja mais do que uma etapa meramente exploratória, ou seja, que os processos de selecionar materiais, coletar e organizar dados e narrar o caso sejam etapas constitutivas da pesquisa¹⁰. Isso aconteceu nesta dissertação.

No capítulo referenciado, a Machado trata da relação entre a metodologia de estudo de caso e as duas possibilidades de construção global de pesquisas: dedutivas ou indutivas. Enquanto aquelas exigem que a pesquisadora identifique, antes mesmo de selecionar o objeto, as afirmações que deseja verificar com a investigação, essas têm como objetivo fazer as formulações teóricas derivarem do *corpus* empírico observado¹¹. Diante disso, considero importante indicar que este estudo de caso sobre a Leonina será prevalentemente indutivo, ou seja, o desenvolvimento teórico partirá dos seus elementos componentes.

Isso posto, é preciso determinar o caso, conceito definido pela Machado como “[...] ‘um aspecto bem definido de um evento histórico selecionado para análise por um

⁹ MACHADO, 2017, p. 361.

¹⁰ MACHADO, 2017, p. 364.

¹¹ MACHADO, 2017, p. 362.

pesquisador”¹². Trata-se, então, de uma estratégia de recorte, sendo a explicitação de suas fronteiras um trabalho fundamental para o empreendimento desse tipo de estudo¹³.

Para o desenvolvimento desta dissertação, compreendo que iniciei a tarefa de recorte e definição do caso quando defini o tema da pesquisa, optando por investigar a situação da Leonina no contexto das lutas por mudanças de paradigmas da assistência obstétrica em Belo Horizonte. Contudo, diante da longevidade e da complexidade da história desse equipamento de saúde, apenas essa definição não seria suficiente para determinar as fronteiras do caso a ser estudado.

Desse modo, seguindo com as propostas da Machado, com o objetivo de selecionar e organizar os aspectos, as informações e os documentos que me auxiliarão no alcance do meu objetivo de pesquisa, o estudo de caso será empreendido com uma distinção interna em três camadas: contexto, caso e unidade de análise. Cada uma delas “[...] corresponde a um nível de exigência na riqueza e densidade das informações que serão coletadas”¹⁴ e estudadas.

O contexto – importante para a construção do quadro de questões do interesse da pesquisa¹⁵ – será a atuação da Comissão Perinatal de Belo Horizonte. Acredito na relevância de escrever sobre ela, ainda que com menor profundidade do que dissertarei sobre a situação da Leonina, tendo em vista o seu papel na propulsão dos processos para humanizar a assistência ao parto e ao nascimento em Belo Horizonte.

A fronteira entre a apresentação contextual e o início do caso será traçada no ano de 2006, quando os representantes dos Poderes Executivos Municipal e Estadual assinaram um convênio para desapropriar a edificação de um hospital em Venda Nova e, no lugar, construir uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e a Maternidade¹⁶. Vale dizer que o traçado do referido limite não excluirá o aparecimento de elementos do contexto entretecidos com a narrativa do caso.

Então, especificamente na segunda camada, buscarei compreender e narrar, de maneira mais aprofundada, o que aconteceu com a Leonina desde essa época até março de 2022, quando, em razão de acórdão prolatado pela 1ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça de

¹² GEORGE; BENETT, 2005, p. 17 *apud* MACHADO, 2017, p. 370.

¹³ MACHADO, 2017.

¹⁴ MACHADO, 2017, p. 373.

¹⁵ MACHADO, 2017, p. 375.

¹⁶ BELO HORIZONTE. Prefeitura assume Hospital Dom Bosco. Parceria com o Estado amplia o atendimento do SUS na capital. *Diário Oficial do Município*, ano XXVI, n. 2617, p. 4, 1º jun. 2006a. Disponível em: https://dom-web.pbh.gov.br/visualizacao/edicao/5760#state=a13750e1-83b9-4ecf-b003-3b4980aa9f64&session_state=50bd2202-6329-4009-a10b-2d5b4f081a42&code=7b7ad610-3d2b-44a3-8b7f-1b94d65cb949.50bd2202-6329-4009-a10b-2d5b4f081a42.b119622a-06b6-465b-b551-d7dce86b197f. Acesso em: 1º set. 2021.

Minas Gerais (TJMG), a continuidade do desmonte do equipamento foi autorizada pelo Poder Judiciário¹⁷. Construindo e narrando o caso, trabalharei tanto com as questões envolvidas na manutenção de suas portas fechadas e na sua destruição, quanto com os processos de lutas e resistências em prol da sua abertura e do seu funcionamento.

Ocorre que, mesmo com a delimitação proposta, o caso ainda seria um objeto de estudo complexo demais. Portanto, optei por me beneficiar da terceira camada, a unidade de análise, que é o componente do caso que terá a coleta e o tratamento de dados feitos com mais cuidado e profundidade¹⁸. Nesse sentido, concentrando no objetivo geral deste trabalho, as disputas político-jurídicas pautadas pelas atrizes intervenientes – aproveitando-me de um termo cunhado pela Machado¹⁹ – nas questões e nos processos supracitados foram selecionadas como a unidade de análise a ser investigada e discutida com a máxima densidade à luz dos marcos teóricos adotados.

Muito embora estudos de caso frequentemente empreguem mais de uma estratégia de investigação²⁰, esta pesquisa será realizada a partir de uma análise exclusivamente documental²¹. Optamos por essa estratégia tendo em vista que logo no começo do mestrado

¹⁷ MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça de Minas Gerais (Comarca de Belo Horizonte). Acórdão. *Agravo de Instrumento-CV nº 1.0000.21.052083-9/001*. Ementa: Agravo de Instrumento – Ação Popular – Município de Belo Horizonte – Abertura da Maternidade Leonina Leonor (Venda Nova) – Alteração de Destinação das Instalações para Implementação do Centro de Atenção à Mulher (CAM) – Obras Realizadas pelo Ente Municipal – Demanda Populacional Comprovada – Princípio da Primazia do Interesse Público – Decisão que Indeferiu a Liminar na Ação Popular – Manutenção – Continuidade das Obras – Cabimento – Recurso Desprovido. Havendo demonstração consistente no sentido de que a instalação de uma nova maternidade na rede SUS-BH revela-se no momento, não apenas prescindível, mas também impraticável e, possivelmente, sem estar amparada pela indispensável segurança, aliada à necessidade de suprir a carência, no âmbito do Município de Belo Horizonte, de rede especializada de atenção à saúde da mulher, o desprovidimento do recurso é medida que se impõe, devendo ser mantida a decisão que indeferiu a liminar pleiteada nos autos da ação popular. 1ª Câmara Cível. Agravante: Carla Anunciatta de Carvalho. Agravado: Alexandre Kalil e Jackson Machado Pinto. Relator: Des. Armando Freire, 15 mar. 2022. Disponível em: <https://www4.tjmg.jus.br/juridico/sf/relatorioAcordao?numeroVerificador=100002105208390012022339845>. Acesso em: 3 maio 2022.

¹⁸ MACHADO, 2017, p. 375.

¹⁹ No capítulo em discussão, primeiramente, a autora afirma que a construção de um caso depende da especificação de diversos elementos, entre eles, os atores que o compõem. Mais adiante, ao discutir os modos de organização de narrativas de casos e os mecanismos que podem ser empregados para tanto, a Machado afirma que os textos podem ser organizados também a partir de seus atores intervenientes. Interpretando esses dizeres conjuntamente, compreendo que os “atores intervenientes” são as pessoas ou as organizações que aportam elementos para a construção de um caso. Essa expressão me pareceu, assim, útil e interessante, de modo que escolhi empregá-la, no entanto usando o substantivo no gênero feminino, pelos motivos já explicitados e explicados nesta introdução. Cf. MACHADO, 2017, p. 374, 383.

²⁰ MACHADO, 2017, p. 367-368.

²¹ Conceituar o que é um documento não é simples. O Tim May, por exemplo, aponta que pesquisadoras podem fazer essa conceituação de diversas maneiras, as quais têm impactos na estruturação das questões de pesquisa. O André Cellard também trata do desafio de definir o que são documentos e traz alguns aportes da história, enquanto ciência social, para essa conceituação. Neste trabalho, com base em contribuições desse autor e da Andréa Depieri de Albuquerque Reginato, me referirei a “documentos” como artefatos cuja principal característica é registrar um texto, os quais, privilegiando uma abordagem globalizante, podem ser escritos,

tive acesso a um dossiê sobre a história da Leonina compilado pelo Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CMS-BH), no qual consta um volume grande de documentos de variadas autorias. Pareceu-nos, portanto, não apenas suficiente, mas também relevante desenvolver a pesquisa a partir desse material, cujo acesso está disponível a todas na sede do referido Conselho.

A despeito da quantidade de informações constantes na documentação que compõe o dossiê, ao longo da pesquisa pude perceber a existência não apenas de lacunas no material, como também de acontecimentos relativos à Maternidade que poderiam ser mais bem analisados a partir do estudo de outras fontes. Essas constatações se somaram a um alerta do Cellard, no sentido de que pesquisadoras que pretendam desenvolver uma pesquisa documental não devem cometer o erro de se ater ao primeiro bloco de documentos disponível²².

Afinal, se existem vestígios sobre um fato, raramente eles terão sido deixados com a pretensão de que fossem posteriormente reconstruídos. Por esse motivo, a investigadora precisa esgotar todas as pistas capazes de fornecer informações interessantes para a construção de um *corpus* satisfatório²³. Nesse sentido, durante a realização da pesquisa, fui conversando com diversas ativistas das lutas pela implantação do equipamento e conhecendo ocorrências e perspectivas excluídas da documentação compilada pelo CMS-BH. A partir disso, identifiquei e decidi mobilizar outros materiais visando a uma construção mais completa do caso.

Ressalvo que, diferentemente do alertado pelo Cellard, nem todas as “pistas documentais” foram esgotadas ao longo desta pesquisa. Sei da existência de várias outras fontes que não busquei analisar, muito em razão das dificuldades de planejamento da investigação empírica decorrentes do isolamento social determinado em razão da pandemia da Covid-19, o qual teve início na minha primeira semana de aulas do mestrado e durou – entre idas e vindas, com maior ou menor rigor – mais de um ano.

iconográficos, cinematográficos ou qualquer outro tipo de testemunho registrado (CELLARD, André. A análise documental. In: POUPART, Jean *et al.* *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. 3. ed. Tradução de Ana Cristina Nasser. Petrópolis: Vozes, 2012. p. 296-297; MAY, Tim. *Pesquisa social: questões, métodos e processos*. 3. ed. Tradução de Carlos Alberto Silveira Netto Soares. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 212; REGINATO, Andréa Depieri de Albuquerque. Uma introdução à pesquisa documental. In: MACHADO, Maíra Rocha (org.). *Pesquisar empiricamente o direito*. São Paulo: Rede de Estudos Empíricos em Direito, 2017. p. 189-225. Disponível em: <http://reedpesquisa.org/wp-content/uploads/2019/04/MACHADO-Mai%CC%81ra-org.-Pesquisar-empiricamente-o-direito.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2020).

²² CELLARD, 2012, p. 298.

²³ CELLARD, 2012, p. 298.

Então, a título de complementação da documentação do dossiê, também analisarei: gravações de reuniões e audiências públicas sobre a Leonina realizadas na Câmara Municipal de Belo Horizonte (CMBH) e na Assembleia Legislativa de Minas Gerais (ALMG); respostas de requerimentos de acesso à informação feitas nos termos da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011 (Lei de Acesso à Informação); documentos obtidos na *internet*; e duas decisões judiciais e um acórdão dos processos movidos contra o desmonte da Maternidade.

Nesse ponto, é importante tratar da compatibilização da documentação estudada com as disposições da Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS)²⁴ ²⁵, que dispõe sobre normas aplicáveis às pesquisas no campo das ciências humanas e sociais cujos procedimentos metodológicos contemplem a utilização dos dados indicados em seu artigo 1º, *caput*. No caso, esta pesquisa de mestrado não foi registrada nem avaliada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da UFMG, uma vez que os documentos estudados são de acesso público, enquadrados, portanto, nas exceções previstas no artigo 1º, parágrafo único, inciso II²⁶, combinado com o artigo 2º, inciso VI²⁷, dessa resolução.

Vale também tratar da classificação da documentação trabalhada. Nesse aspecto, não ignoro que a literatura categoriza documentos de modo muito heterogêneo²⁸. No entanto, creio na importância de abordar essa questão como forma de justificar a opção metodológica por um estudo de caso documental e facilitar a compreensão desta dissertação para a leitora

²⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016*. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. 7 abr. 2016a. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html. Acesso em: 3 set. 2021.

²⁵ Que também será referida como Resolução nº 510/2016.

²⁶ “Art. 1º Esta Resolução dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. Parágrafo único. Não serão registradas nem avaliadas pelo sistema CEP/CONEP: [...] II – pesquisa que utilize informações de acesso público, nos termos da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011” (BRASIL, 2016a).

²⁷ “Art. 2º Para os fins desta Resolução, adotam-se os seguintes termos e definições: [...] VI – informações de acesso público: dados que podem ser utilizados na produção de pesquisa e na transmissão de conhecimento e que se encontram disponíveis sem restrição ao acesso dos pesquisadores e dos cidadãos em geral, não estando sujeitos a limitações relacionadas à privacidade, à segurança ou ao controle de acesso. Essas informações podem estar processadas, ou não, e contidas em qualquer meio, suporte e formato produzido ou gerido por órgãos públicos ou privados;” (BRASIL, 2016a).

²⁸ Para exemplificar essa heterogeneidade, além de tratar de documentos públicos e privados, primários e secundários, tem-se que o May fala ainda de documentação terciária, solicitada e não solicitada, enquanto a Reginato – quem igualmente considera fontes terciárias – acrescenta a classificação quanto à forma. O Cellard, por sua vez, reconhece as duas classificações adotadas nesta dissertação, mas as coloca em detrimento de outro agrupamento: documentos arquivados e não arquivados (CELLARD, 2012, p. 297-298; MAY, 2004, p. 210-212; REGINATO, 2017, p. 194-199).

que, a princípio, não tem acesso a todas as fontes analisadas. Dito isso – sem nenhuma pretensão de cancelar qualquer vertente classificatória, nem de privilegiar as categorizações a seguir em detrimento das demais existentes –, compreendo que o presente trabalho emprega dois agrupamentos de documentos: públicos e privados; primários e secundários.

Para o primeiro agrupamento, valho-me das contribuições da Andréa Depieri de Albuquerque Reginato. Segundo essa autora,

Documentos públicos são tipicamente aqueles que foram publicados, apresentados publicamente ou ainda aqueles organizados e classificados em arquivos públicos e sobre os quais geralmente recai, observadas regras específicas, o dever de publicidade. Incluem-se nessa categoria os *documentos oficiais*, aí compreendidos todos aqueles produzidos pelas diferentes instâncias da administração pública e agências estatais variadas, a exemplo dos processos judiciais e administrativos, estatísticas, relatórios oficiais, balancetes, certidões de nascimento e casamento, registros de propriedade, diplomas e muitos outros e os *documentos não oficiais*, normalmente produzidos pela mídia de massa, tais como jornais, revistas, livros, obituários, peças publicitárias, etc... Os documentos privados, por sua vez, podem estar relacionados a uma organização de natureza jurídica privada e por essa razão estarem ordenados e classificados também em arquivos. A esses, aqui me refiro como *documentos privados de natureza organizacional*, tais como documentos das empresas, igrejas e sindicatos. São também documentos privados os chamados *documentos pessoais*, que incluem correspondências, diários, autobiografias, registros de memória, dentre tantos outros²⁹.

No caso, os documentos analisados são majoritariamente públicos e oficiais, isto é, produzidos, por exemplo, por muitas instâncias da administração pública do Município de Belo Horizonte, as quais interviram na história da Maternidade ao longo dos anos. Além disso, documentos privados também foram estudados³⁰, a despeito das possíveis implicâncias que essa origem atrai para a avaliação da qualidade da evidência – ponto que será apresentado a seguir. Nesta dissertação, acredito que a análise de fontes privadas era imprescindível, tendo em vista a relevância dos movimentos sociais no desenvolvimento histórico do caso.

Quanto ao segundo agrupamento, de acordo com as compreensões da Reginato, considero como documentos primários aqueles resultantes da participação ou da observação direta dos fatos de que tratam, e como documentos secundários aqueles que analisam, revisam, sistematizam ou resumem informações oriundas de outras fontes primárias ou secundárias³¹. Neste trabalho, são exemplos de documentos primários as atas e as gravações

²⁹ REGINATO, 2017, p. 195-196, grifos da autora.

³⁰ A natureza privada de certos documentos não altera o fato de que, neste trabalho, toda a documentação analisada é de acesso público, nos termos da Resolução nº 510/2016 do CNS.

³¹ Vale dizer que adoto a classificação das fontes entre primárias e secundárias, sem, contudo, ignorar que ela pode ser problemática, já que um documento pode ser considerado privado ou secundário a depender do quadro teórico por meio do qual é analisado (REGINATO, 2017, p. 196-198).

de reuniões e audiências públicas sobre a Leonina. Não obstante, a maioria da documentação analisada pode ser classificada como fontes secundárias, o que – apesar das possíveis interferências na qualidade das evidências – é muito importante nesta pesquisa, pois esses documentos tendem a demonstrar como as muitas atrizes intervenientes no caso compreendiam e se posicionavam sobre os acontecimentos que o constituem.

Ocorre que nem todos os materiais levantados serão estudados, em razão, primeiramente, da sua quantidade, que prejudica gravemente o empreendimento de uma análise rigorosa dentro do prazo conferido para a realização de uma pesquisa de mestrado. Nesse sentido, nas bases documentais adotadas, escolhi trabalhar com as fontes que registram ou mais informações (dispensando, assim, a mobilização de outros materiais), ou conteúdos estratégicos, isto é, relevantes para a construção ou da narrativa do caso, ou das formulações teóricas relativas às unidades de análise.

Em segundo lugar, do fato de que é necessário triar as evidências de acordo com a sua qualidade visando a uma produção científica válida e confiável. Dessa forma, os documentos mobilizados serão avaliados conforme quatro critérios básicos já consolidados no âmbito da pesquisa documental: autenticidade, credibilidade, representatividade e sentido³².

A autenticidade é o julgamento que, a partir de elementos internos do documento, faz-se para aferir se ele é genuíno. Nessa etapa, que deve ser a primeira, é feita uma checagem quanto à origem e aos processos de produção, conservação e transmissão da documentação, conferindo, entre outros: se autoria, local e data estão indicados; se o documento está completo ou possui diferentes versões³³; se há erros evidentes; se pode ter havido qualquer tipo de adulteração³⁴.

A minha proposta é privilegiar as fontes autênticas, uma vez que a Reginato, por exemplo, afirma que apenas essas são válidas como evidência. Nesse sentido, segundo a autora, os demais critérios serão considerados depois que a autenticidade tiver sido confirmada³⁵. No entanto, entre o material mobilizado, também há documentações inautênticas e interessantes para a pesquisa, possibilidade considerada pelo May na obra

³² REGINATO, 2017, p. 200.

³³ Especificamente quanto à existência de diferentes versões, ressalto que essa avaliação está um pouco prejudicada neste trabalho, pois, como dito anteriormente, não exauri todas as “pistas documentais” existentes para a construção do estudo de caso. Desse modo, reconheço que algumas das fontes que considere inautênticas podem ter versões que atendem a todas as condições de autenticidade e que eu poderia ter acessado.

³⁴ PLATT, 1981a, p. 33 *apud* MAY, 2004, p. 220; REGINATO, 2017, p. 201.

³⁵ REGINATO, 2017, p. 202.

referenciada³⁶. Nesses casos, o meu texto trabalhará, de modo crítico, com os documentos que, apesar de mais pobres, podem ser os únicos a elucidar certos acontecimentos³⁷ da ou a aportar determinadas perspectivas sobre a história da Leonina.

A credibilidade é a etapa seguinte da avaliação, em que se pondera o conteúdo dos documentos, questionando se as informações são sinceras e verdadeiras ou se possuem erros, evasivas e distorções³⁸. Já no estágio da representatividade, verifica-se a “tipicidade” da documentação, ou seja, se ela é representativa do grupo ou da categoria a que pertence ou se é uma particularidade. Essa etapa é muito importante para atribuir limites às conclusões extraídas de uma determinada fonte. Por fim, avalia-se o sentido dos documentos, verificando se a pesquisadora consegue compreender o que está registrado, tendo em vista o contexto histórico de produção, as suas emissoras e as suas destinatárias³⁹.

Diferentemente da autenticidade, que será, preponderantemente, um critério de corte da documentação levantada, a credibilidade, a representatividade e o sentido são elementos que serão trabalhados na dissertação de modo problematizante quando do estudo das fontes empregadas. O conteúdo dos documentos, por sua vez, será analisado qualitativamente à luz dos marcos teóricos adotados⁴⁰. Nesse sentido, para formular as narrativas e as considerações teóricas desenvolvidas nos capítulos da Parte 2, tal como indicado pelo Cellard, o *corpus* documental foi lido incontáveis e repetidas vezes, o que me viabilizou uma conscientização acerca das semelhanças, das relações e das diferenças existentes entre as fontes e, a partir disso, um mapeamento plausível de disputas político-jurídicas desveladas no caso⁴¹.

Feita essa apresentação sobre a metodologia do estudo de caso e sobre o processo de análise documental, vale tratar da organização textual da dissertação. Considerando os percursos metodológicos percorridos e a preponderância do caso da Maternidade Leonina Leonor Ribeiro na construção desta pesquisa de mestrado, tem-se, em diálogo com as contribuições da Machado, a narrativa como um resultado analítico deste trabalho⁴².

³⁶ MAY, 2004, p. 219.

³⁷ Cf. CELLARD, 2012, p. 298.

³⁸ SCOTT, 1990, p. 7 *apud* MAY, 2004, p. 220; SCOTT, 1990, p. 22 *apud* REGINATO, 2017, p. 202.

³⁹ REGINATO, 2017, p. 205-206.

⁴⁰ Aqui, me parece importante destacar que conheço a análise de conteúdo enquanto método muito empregado em estudos qualitativos no âmbito das ciências sociais. De acordo com o May, em linhas gerais, essa técnica analítica pode tomar formas quantitativas ou qualitativas. Tem-se que aquelas – na minha percepção, mais difundidas – buscam analisar o conteúdo a partir de padrões de regularidade da repetição de palavras ou expressões e foram, por essa razão, descartadas para a presente pesquisa. Isso porque, entre outras ressalvas, consideram apenas dados que podem ser simplificados em categorias, o que, a meu ver, não é pertinente para um estudo que visa ao mapeamento de disputas político-jurídicas. Cf. MAY, 2004, p. 222-223.

⁴¹ Cf. CELLARD, 2012, p. 304.

⁴² MACHADO, 2017, p. 383.

Nesse panorama, destaco que, inicialmente, a ideia era estruturar a dissertação com uma breve exposição da situação da Leonina na Introdução, para que a leitora que não conhecesse a sua história soubesse do que a pesquisa trata e do que seria abordado nas páginas seguintes. Os capítulos do estudo de caso, por sua vez, não seriam encadeados segundo a ordem cronológica dos acontecimentos, mas sim de acordo com as atrizes intervenientes que pautaram as disputas político-jurídicas mapeadas. A cronologia dos fatos seria, dessa maneira, privilegiada apenas internamente a cada capítulo.

Ainda quanto a essa pretensão primeira, a ideia era que toda a apresentação do quadro de questões contextuais e teóricas de onde parte o estudo de caso fosse entretecida na narrativa, sem a dedicação de um capítulo exclusivo para isso. Além disso, que, ao final texto, uma construção global do caso se desse a partir da análise discriminada das perspectivas de cada uma de suas atrizes intervenientes.

No final de 2021, cheguei a iniciar a escrita da dissertação dessa maneira. Contudo, prosseguir com ela se mostrou inviável, essencialmente por dois motivos. O primeiro, a percepção de que dedicar capítulos para cada uma das atrizes intervenientes me exigiria a mobilização de fontes com muitas informações sobre elas, o que não é a realidade do *corpus* empírico adotado. Nesse sentido, mesmo com a já referida busca por documentos que viabilizassem uma construção mais completa do caso, fato é que o conteúdo dos materiais mobilizados contempla, preponderantemente, a interveniência da administração pública belo-horizontina. O segundo, a constatação de que não conseguiria discorrer sobre o contexto histórico e os marcos teóricos da pesquisa com profundidade sem a dedicação de um capítulo específico para isso.

Assim, aproveitando ao máximo as páginas redigidas nessa primeira tentativa, cheguei a este texto final. Antes de introduzir a estrutura textual desenvolvida, é importante dizer que optei por dividir a dissertação em partes como uma tentativa de direcionar o olhar da leitora. A minha intenção foi de, na Parte 1, apontar o olhar para as questões que alicerçam o desenvolvimento do estudo de caso, do ponto de vista tanto dos caminhos trilhados na pesquisa quanto da literatura estudada. Na Parte 2, para o estudo de caso da Maternidade Leonina Leonor Ribeiro, preponderantemente nas suas construções no interior da realidade belo-horizontina. Na Parte 3, de aproximar esse olhar para o estudo de caso do contexto nacional de lutas pela humanização da assistência ao parto e ao nascimento.

Então, a Parte 1 inclui este capítulo e o Capítulo 2, no qual apresento o quadro de questões contextuais e teóricas⁴³ de onde partem a narrativa do caso e as formulações teóricas desenvolvidas nos capítulos seguintes. O Capítulo 2, em específico, visa a situar a leitora apresentando, inicialmente, problemas gerais da assistência ao parto e ao nascimento; adentrando, depois, em recortes mais próprios da realidade brasileira; explorando, em seguida, os movimentos pela humanização dos cuidados e contra as violências obstétricas e, então, aproximando-os da construção de políticas públicas de saúde no Brasil; discutindo, ao final, as possibilidades que o recurso à Teoria Crítica da Constituição traz para a dissertação.

A Parte 2, composta de quatro capítulos, apresenta o estudo de caso sobre a Maternidade Leonina Leonor Ribeiro. O Capítulo 3 apresenta a camada do contexto do caso, tratando da atuação da Comissão Perinatal, desde a sua constituição até a desapropriação do prédio do Hospital Dom Bosco. Imergindo na camada do caso: o Capítulo 4 trata dos processos de idealização e construção da Leonina, até o recebimento provisório do primeiro contrato de obras pelo Município; o Capítulo 5, dos anos em que a Maternidade permaneceu quase pronta, mas não era inaugurada, até o começo do primeiro mandato do ex-prefeito Alexandre Kalil, à época, do Partido Humanista da Solidariedade (PHS), hoje do Partido Social Democrático (PSD); o Capítulo 6, de 2017 até início do desmonte do equipamento, cujas obras não foram impedidas pelo Poder Judiciário do Estado de Minas Gerais.

Todos os capítulos que compõem a Parte 2 são subdivididos em duas seções secundárias: a primeira desenvolve uma narrativa; a segunda apresenta considerações teóricas sobre ela. Quanto a essas subdivisões, vale ressaltar que reconheço que, a despeito da decisão de organizar o texto dessa maneira, sempre há certa teorização imiscuída nas narrativas. Além disso, que as seções secundárias são construídas *dialeticamente*, pois estruturo as narrativas em razão de uma compreensão prévia de quais elementos da história da Leonina podem ser teorizados de acordo com o recorte proposto, ao mesmo tempo que formulo as considerações

⁴³ Antes mesmo de chegar ao Capítulo 2, me parece importante fazer um apontamento sobre ele. O projeto de pesquisa apresentado para o exame de qualificação apostava no recurso a contribuições teóricas de autoras que – no marco das ideias dos feminismos negros e decoloniais – enfatizam a inseparabilidade de gênero, raça e classe para a compreensão tanto de vivências de mulheres quanto do problema das (des)autorizações epistêmicas. Com essas produções, eu pretendia densificar a compreensão das experiências de parturição de muitas brasileiras e pautar a necessidade transformar paradigmas assistenciais como uma questão também epistemológica. No entanto, essa literatura feminista não foi incorporada aos marcos teóricos da dissertação. Apesar de me sentir pesarosa com isso (por se tratar de um campo de estudos de que gosto muito e de que reconheço imensa importância), escolher abandonar o recurso a tais contribuições com as intenções inicialmente existentes me pareceu: necessário, em razão da restrição do objetivo da pesquisa a um mapeamento de disputas político-jurídicas; e possível, porque muitas das autoras referenciadas que tratam dos movimentos pela humanização da assistência ao parto e ao nascimento e do combate às violências obstétricas construíram os seus trabalhos já se valendo de contribuições teóricas feministas.

teóricas a partir do que foi previamente narrado no texto. Por fim, que a camada da unidade de análise é preponderantemente delineada nas seções secundárias.

A Parte 3 visa a uma certa complementação do estudo de caso. É o que se desenvolve no Capítulo 7, no qual proponho uma discussão do potencial de exemplaridade das lutas nacionais em prol da humanização da assistência ao parto e ao nascimento pelo caso da Maternidade. Faço-o essencialmente a partir de um emparelhamento histórico de processos nacionais e locais de mudança de paradigmas de cuidados obstétricos e neonatais. Já no Capítulo 8, desenvolvo as considerações finais do trabalho.

Na sequência, estão as referências bibliográficas, com uma subdivisão interna que separa as fontes do estudo de caso das demais referências. Nesse ponto, é necessário dizer que defini como sendo as fontes desta pesquisa a documentação de onde extraí elementos para construir a narrativa do caso na Parte 2. Diferencio-as, portanto, dos textos, dos atos normativos e dos documentos que foram empregados para apresentar o quadro de questões de onde parte o estudo de caso (principalmente no Capítulo 2), para desenvolver as formulações teóricas sobre o caso e para discutir o seu potencial de exemplaridade (Capítulo 7).

A avaliação da qualidade das fontes se encontra em um apêndice, o último elemento pós-textual desta dissertação. A opção por não a desenvolver no corpo do texto tem dois motivos. O primeiro foi a percepção – adquirida após a primeira tentativa de redação deste trabalho – de que escrever a narrativa e avaliar a qualidade das evidências conjuntamente deixaria a Parte 2 muito extensa e prejudicaria a fluidez da sua leitura. O segundo foi a compreensão de que essa avaliação é necessária para que as leitoras conheçam toda a metodologia de pesquisa empregada, mas não imprescindível para que elas compreendam as contribuições que pretendo deixar por meio da dissertação.

Introduzido o trabalho, sigo para o seu desenvolvimento.

2 A ASSISTÊNCIA AO PARTO E AO NASCIMENTO E AS LUTAS PELA SUA HUMANIZAÇÃO: CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA E COMPREENSÕES TEÓRICAS

Muitos são os caminhos possíveis para incursões nos debates sobre os movimentos pela humanização da assistência ao parto e ao nascimento. Entre eles, há o percurso da recapitulação histórica da consolidação do modelo de atendimento obstétrico, cujos contornos são atualmente conhecidos, atacados e disputados. Não possuindo a pretensão de referenciar todas as contribuições teóricas que cuidaram desse resgate e assumindo o risco de não ser justa com autoras importantes desse campo, indico produções da Anayansi Correa Brenes, da Simone Grilo Diniz e da Daphne Rattner⁴⁴ como trabalhos relevantes para o conhecimento do processo de consolidação da obstetrícia hegemônica.

A despeito da importância do caminho de estudos em questão, para estruturar o presente capítulo, que visa à apresentação do contexto histórico – imiscuído nos marcos teóricos desta pesquisa – que delimita o quadro de questões a partir do qual realizarei um estudo de caso sobre a Maternidade Leonina Leonor Ribeiro, entendo que trilhá-lo é dispensável. Isso porque, pensando em uma referência temporal do caso em questão, tem-se a sua localização já no terceiro milênio, período posterior aos destacados pela literatura como formadores do modelo de cuidados obstétricos hegemônico.

Além do mais, porque é necessário observar o próprio recorte do caso em análise. Nesse sentido, esta dissertação não pretende estudar a situação da Leonina nas suas interfaces

⁴⁴ Em sendo a medicina um campo espacial e temporalmente situado, além de ideologicamente constituído, a construção do modelo de assistência ao parto e ao nascimento hegemônico se alicerça em diversas questões históricas. A meu ver, a Brenes, a Diniz e a Rattner têm produções que, com perspectivas distintas e complementares, permitem que a leitora conheça melhor certos atravessamentos espaciais, temporais e ideológicos do paradigma de cuidados que os movimentos pela humanização da obstetrícia, em sua pluralidade, visam a superar. Em “História da parturição no Brasil, século XIX”, a Brenes analisa as transformações da arte obstétrica em solo brasileiro depois da sua inclusão nas disciplinas das escolas de medicina e cirurgia do século XIX. Já em *Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social*, a Diniz explora, a partir da perspectiva de gênero, uma releitura histórica da assistência ao parto e ao nascimento em diversas culturas, desde a antiguidade até a modernidade. Por fim, em “Humanização a nascimentos e partos: breve referencial teórico”, a Rattner trabalha as influências do avanço, durante o século XX, de uma concepção tecnicista e industrial da atenção em saúde nos cuidados obstétricos. (BRENES, Anayansi Correa. História da parturição no Brasil, século XIX. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 135-149, 1991; DINIZ, Simone Grilo. *Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social*. 1996. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/969898/mod_resource/content/1/Assist%C3%A2ncia%20ao%20parto%20e%20rela%C3%A7%C3%B5es%20de%20g%C3%AAnero.pdf. Acesso em: 28 jul. 2019; RATTNER, Daphne. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. *Interface*, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 595-602, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a11v13s1.pdf>. Acesso em: 4 out. 2020).

com a referida construção histórica. A intenção é mapear as tensões e as disputas político-jurídicas que o caso desvela na medida da sua inserção nos processos de mudança de paradigmas da assistência ao parto e ao nascimento em Belo Horizonte. Portanto, ainda que a construção da obstetrícia hegemônica tenha sido sempre permeada por embates e por resistências⁴⁵, entendo ser mais importante e mais adequado contextualizar o estudo de caso a partir do momento histórico em que se começou a pautar as hoje conhecidas lutas pela humanização dos cuidados obstétricos.

2.1 A problemática do paradigma de cuidados obstétricos que se tornou hegemônico no século XX

2.1.1 No mundo: questões de gênero e saúde

A Diniz *et al.*, no artigo “Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção”, apresentam que, ao longo do século XX, a assistência a partos e a nascimentos se consolidou sobre alicerces de violências contra as parturientes. Por cerca de cinco décadas, as narrativas dos horrores vividos durante os processos de parturição foram silenciadas, até que algumas mulheres provocaram rachaduras nessa barreira de silêncio imposta até então⁴⁶.

No referido artigo, as autoras dão exemplos de algumas dessas vozes emergentes. Nos Estados Unidos, ao final da década de 1950, uma revista para donas de casa chamada *Ladies Home Journal* publicou uma matéria intitulada “Crueldade nas maternidades”, que descrevia o tratamento conferido às parturientes como uma tortura. Afinal, essas sujeitas eram submetidas a uma sedação profunda (também referida como “sono crepuscular” – ou, em inglês, *twilight sleep*)⁴⁷ que eventualmente provocava agitações psicomotoras e alucinações.

⁴⁵ Sem pretensão de exaurir esse debate, me parece importante destacar que o modo de assistir partos e nascimentos já era contestado antes da ascensão dos movimentos pela humanização dos cuidados. A título de exemplo, a Diniz aponta que, no contexto renascentista do século XVIII, a regulamentação e a repressão das parteiras – empreendida em um contexto geral de supressão de direitos das mulheres – encontraram resistência em todas as camadas sociais. Já no Brasil do século XIX, a Brenes expõe que as enfermarias dos hospitais-escola inicialmente ficaram vazias, pois as parturientes preferiam ser assistidas por parteiras e, portanto, resistiam à internação, realidade que deu ensejo a inúmeras estratégias para atrair o público feminino a esses locais (BRENES, 1991, p. 142-146; DINIZ, 1996, p. 107).

⁴⁶ DINIZ, Simone Grilo *et al.* Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. *Journal of Human Growth and Development*, v. 25, n. 3, 2015. p. 1-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106080>. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n3/pt_19.pdf. Acesso em: 28 jul. 2019. p. 2.

⁴⁷ Em um outro artigo, a Diniz explica melhor essa experiência da sedação profunda. No começo do século XX, assumindo o parto como uma experiência medonha e horrenda a ser apagada, a obstetrícia passou a praticar o

Por causa disso, as profissionais da assistência algemavam e amarravam essas mulheres, provocando lesões. Além de tudo, o uso do fórceps era rotineiro e produzia mais uma lesão iatrogênica⁴⁸ enfrentada no pós-parto. Essa matéria teve grande repercussão, fazendo com que vários depoimentos semelhantes à descrição apresentada no seu texto viessem à tona⁴⁹.

A Diniz *et al.* ainda dão o exemplo da criação de uma Sociedade para Prevenção da Crueldade contra as Grávidas no Reino Unido, em 1958. A sua carta de fundação foi originalmente publicada no jornal inglês *The Guardian* e descrevia as vivências dos nascimentos hospitalizados como, entre outras, solitárias, sem privacidade e grosseiras, representando experiências infelizes para as mulheres⁵⁰.

Tem-se, então, que após 1950 e, sobretudo, entre 1960 e 1980, teóricas feministas passaram a falar sobre as suas revoltas com os partos que viveram, denunciando a irracionalidade das práticas assistenciais e contribuindo para a sensibilização de profissionais e ativistas do campo⁵¹. Essas primeiras rupturas com o silenciamento imposto ao atendimento obstétrico no século XX podem, no meu entender, ser descritas como componentes de um princípio de uma tomada mais ampla de consciência acerca das violências constitutivas do modelo predominante de assistência ao parto e ao nascimento.

Isto é, no período em questão, houve um avanço das discussões sobre como a obstetrícia passou a se orientar pela ideia de uma inaptidão fisiológica dos corpos femininos para a experiência da parturição⁵². Com base nessa concepção, parir e nascer passaram a ser

parto com sedação total. O processo envolvia a injeção de uma dose de morfina no início do trabalho de parto, que era seguida da aplicação de um amnésico (o qual também possuía efeitos alucinógenos). Isso fazia com que a parturiente sentisse dor, mas não fosse capaz de lembrar do acontecido. O parto era, então, induzido com ocitócitos, o colo do útero era dilatado de modo instrumental e as bebês eram retiradas com fórceps. Esse modelo, que começou na Europa e nos Estados Unidos, chegou ao Brasil e foi praticado por muitas décadas, até quando a morbimortalidade materna e perinatal se tornou inaceitável (DINIZ, Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, jul./set. 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000300019&script=sci_arttext. Acesso em: 11 mar. 2020. p. 628).

⁴⁸ O termo “iatrogenia” é derivado do grego e se refere a qualquer alteração patológica provocada pela má prática médica, podendo ocorrer em todas as fases do ato médico e derivar tanto de ação quanto de omissão no trato com a paciente (PEREIRA, Afonso Celso *et al.* Iatrogenia em cardiologia. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 75, n. 1, p. 75-78, jul. 2000).

⁴⁹ DINIZ *et al.*, 2015, p. 2.

⁵⁰ BEECH; WILLINGTON, p. 2 *apud* DINIZ *et al.*, 2015, p. 2.

⁵¹ DINIZ *et al.*, 2015, p. 2.

⁵² Como exposto pela Diniz, remontando o início do século XX, uma das principais vozes da ideia de uma defectividade intrínseca aos corpos de mulheres para parir era a do médico obstetra estadunidense Joseph DeLee. Ele via o parto como um fenômeno fisicamente patológico: para a mãe, o equivalente a cair de pernas abertas sobre um forçado; para a bebê, o equivalente a ter a sua cabeça espremida por uma porta. Partindo dessa compreensão, houve o desenvolvimento da pelvimetria – um esquadramento físico e matemático da pélvis feminina – e de todo um arsenal cirúrgico-obstétrico, hoje lembrado como mera curiosidade arqueológica (DINIZ, 2005, p. 628).

compreendidos como eventos sofridos e perigosos para o binômio mãe-bebê, diante de que seria necessária a solidariedade humanitária e científica da assistência obstétrica cirúrgica e masculina – que, hegemonicamente, consolidou a sua superioridade sobre o ofício tradicional e feminino das parteiras no século XX⁵³.

Sendo assim, ainda seguindo com as contribuições da Diniz, no modelo de atendimento hospitalar dominante nos países industrializados, em contraposição ao *twilight sleep*, as mulheres passaram a ter de parir conscientes e longe de seus parentes e pertences. A assistência era conduzida por pessoas desconhecidas das parturientes, as quais as imobilizavam em posição de litotomia (na qual as pacientes ficam deitadas, com as pernas abertas e levantadas) e as submetiam a uma “cascata de intervenções”⁵⁴.

Essa expressão se refere à prática rotineira de procedimentos que, em geral, envolve o controle do funcionamento do útero e a extração instrumental da bebê, em uma dinâmica caracterizada pela realização de intervenções que provocavam complicações, diante das quais se praticam mais intervenções, que causam ainda mais danos⁵⁵. Em muitos casos, esse processo resulta em uma cesárea, que provavelmente seria evitável na ausência da cascata⁵⁶. Além de provocadora de sofrimento emocional, essa forma de assistência pautada pela prática irracional de procedimentos gerou um paradoxo: o uso inadequado e excessivo de tecnologia impedindo que muitos países reduzissem as suas taxas de morbimortalidades maternas e perinatais^{57 58}.

⁵³ DINIZ, 2005, p. 628.

⁵⁴ MOLD; STEIN, 1986 *apud* DINIZ, 2005, p. 629.

⁵⁵ A presente dissertação não se insere no campo da bioética, nem do direito médico, nem de qualquer outro para o qual a análise de implicações jurídicas da realização das intervenções que constituem a cascata de procedimentos em questão tende a ser mais relevante. Por essa razão, não me aprofundarei nas descrições dessas práticas assistenciais, nem das justificativas clínicas para que cada uma delas tenha passado a ser contestada. A despeito disso, importa ao menos apresentá-las para que a leitora compreenda de que trata a cascata de intervenções em comento – a qual, inclusive, ocasionalmente começa antes mesmo da imobilização da parturiente em posição litotômica. São exemplos a tricotomia (raspagem de pelos pubianos) e o enema (lavagem intestinal), procedimentos sem evidências de benefícios, mas frequentemente feitos quando da admissão hospitalar da paciente; além da amniotomia (ruptura artificial da bolsa amniótica), da aplicação intravenosa de ocitocina sintética (hormônio que acelera e intensifica as contrações uterinas), da episiotomia/episiotomia (incisão cirúrgica na região do períneo/respectiva sutura) e da Manobra de Kristeller (aplicação de pressão na parte superior do útero durante o período expulsivo do parto), procedimentos com indicação de uso seletivo ou, pior, com contraindicações pela literatura científica, entretanto muito praticados com a alegada pretensão de acelerar ou facilitar o nascimento da criança (TESSER, Charles Dalcanale *et al.* Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, v. 10, n. 35, p. 1-12, 2015. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1013](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1013). Disponível em: <https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1013>. Acesso em: 3 abr. 2020).

⁵⁶ MOLD; STEIN, 1986 *apud* DINIZ, Simone Grilo. *Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto*. 2001. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001. p. 9; MOLD; STEIN, 1986 *apud* DINIZ, 2005, p. 629.

⁵⁷ BARROS *et al.*, 2005; COSTELLO, 2005 *apud* DINIZ, 2005, p. 629.

No artigo “Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento”, a Diniz apresenta várias perspectivas de críticas a esse paradigma de cuidados. Não obstante a relevância das vertentes lideradas, por exemplo, pelas profissionais dissidentes e pelos movimentos *hippies* e de contracultura⁵⁹, parece-me que há quatro grupos de abordagens de questionamentos ao modelo hegemônico de assistência a partos e a nascimentos que melhor contribuem para a compreensão das posteriormente denominadas lutas pela humanização dos cuidados: o dos feminismos, o das ciências sociais, o das ciências da saúde e o da saúde pública.

Como já introduzido, as vozes das feministas foram essenciais para a ruptura com o silêncio existente sobre as violências praticadas durante o atendimento obstétrico. Elas se levantaram na defesa de sua autonomia para a definição das próprias necessidades, opondo-se às condutas médicas pretensamente prescritas “para o seu bem”⁶⁰. Nesse sentido, tem-se que os movimentos de mulheres – em sua multiplicidade – tiveram um papel central nos questionamentos ao paradigma assistencial predominante, por meio tanto da reivindicação de uma assistência baseada em direitos quanto de uma abordagem do parto como uma experiência positiva, erótica e prazerosa⁶¹.

Seguindo com as contribuições da referida autora, as ciências sociais foram também um campo fecundo de questionamentos, muito ligado aos movimentos feministas e aos ativismos pela mudança do modelo de cuidados. Mais especificamente, a ascensão da Antropologia do Parto no final da década de 1970 afirmou a assistência como uma construção social, culturalmente variável e de natureza ritual. Além disso, desvelou o *modelo*

⁵⁸ “Morbimortalidade” é um conceito complexo que combina os conceitos de morbidades e mortalidades. Em determinada população, as taxas de morbidades medem a ocorrência de certas doenças, lesões e incapacidades, enquanto as de mortalidade medem o número de óbitos. Quando associados à expressão “materna”, esses indicadores se referem a agravos à saúde e/ou a mortes de mulheres no período compreendido entre a gestação e os 42 dias seguintes do parto, desde que decorrentes de causas relacionadas com a gravidez ou agravadas por esta e/ou por medidas tomadas em relação a ela; à expressão “perinatal”, de bebês no período compreendido entre a 22ª semana completa de gestação e o sétimo dia completo após o nascimento; à expressão “neonatal”, de recém-nascidas no período compreendido entre o nascimento e o 28º dia completo depois dele; à expressão “infantil”, de crianças menores de um ano de idade (BRASIL. *Divulgação do perfil de morbimortalidade hospitalar*. 11 mar. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/servicos-estaduais/divulgacao-do-perfil-de-morbimortalidade-da-unidade-hospitalar-1>. Acesso em: 9 jan. 2022; BRASIL. Ministério da Saúde. DataSUS. *Definições*. [201-?]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/definicoes.htm>. Acesso em: 9 jan. 2022; BRASIL; OPAS. Ministério da Saúde. *Indicadores de saúde: elementos conceituais e práticos*. [201-]. 88 p. Disponível em: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=45251-indicadores-saude-elementos-conceituais-e-praticos-251&category_slug=health-analysis-metrics-evidence-9907&Itemid=270&lang=pt. Acesso em: 9 jan. 2022. p. 26-31).

⁵⁹ DINIZ, 2005, p. 629.

⁶⁰ CORREA E PETCHESKY, 1994 *apud* DINIZ, 1996, p. 190.

⁶¹ DINIZ, 1996, p. 190; 2005, p. 629.

tecnocrático como um conhecimento autoritário no campo da atenção a partos e a nascimentos, o qual se caracteriza pela prevalência da tecnologia sobre as relações humanas e por uma suposta neutralidade de valores⁶².

Nessa baila – escancarando o quão ideológico e historicamente situado o saber médico é –, a Diniz apresenta que as cientistas sociais documentaram as relações das práticas assistenciais com a sexualidade, com as relações de gênero e com os corpos femininos, interpretando as contradições existentes entre as evidências científicas e os rituais do atendimento como expressões de um medo extremo de um processo fisiológico. Ressalta, ainda, que a expressão “humanização da assistência” era empregada nesse campo do conhecimento já na década de 1970⁶³.

Retomando a tese de doutorado da autora em discussão, no que se refere à conformação do modelo hegemônico de cuidados obstétricos pela opressão de gênero, para além da consolidação do saber normatizador médico (tecnocrata e masculino) sobre o saber das parteiras (tradicional e feminino) e da compreensão dos corpos de mulheres como naturalmente defectivos, parece-me importante destacar também a sacralização da díade mãe-prole. As gestantes passaram a ser socialmente controladas, porque vistas como meras embalagens de fetos, não mais como pessoas de necessidades e desejos singulares, nem como sujeitas de direitos. Essa conformação contribuiu para a frequente submissão de parturientes a intervenções médicas arriscadas, violentas e potencialmente ineficazes, justificadas pela pretensa necessidade de garantir o nascimento de filhas saudáveis⁶⁴.

Já no campo das ciências da saúde, a Diniz aponta que pouca importância era atribuída às críticas à obstetrícia hegemônica até o final da década de 1970, até que, em 1979, um importante pesquisador da fisiologia obstétrica, Roberto Caldeyro-Barcia, provocou uma fenda no discurso médico, publicando um texto que questionava a concepção da mulher como vítima de sua própria natureza e a defectibilidade essencial dos corpos femininos. Esse autor reescreveu o modelo de assistência como inadequado e propôs uma nova abordagem para as dimensões anátomo-fisiológicas e emocionais dos processos de parturição⁶⁵.

Por fim, na seara da saúde pública, a crítica ao paradigma tecnocrático avançou também em 1979, reconhecido como o Ano Internacional da Criança, durante o qual foi criado um comitê europeu para estudar os procedimentos e para traçar estratégias de redução

⁶² JORDAN, 1979 *apud* DINIZ, 2005, p. 629.

⁶³ DAVIS-FLOYD, 1992; HOWARD; STRAUSS, 1975 *apud* DINIZ, 2005, p. 629-630.

⁶⁴ DINIZ, 2001, p. 23.

⁶⁵ DINIZ, 2005, p. 630.

da morbimortalidade materna e perinatal no continente. Vários problemas foram identificados, tais como o paradoxo existente entre progressos tecnológicos e a ausência de melhora de indicadores assistenciais e como a falta de consenso sobre quais são as melhores intervenções. Esse foi um trabalho importante, uma vez que, a partir dele, grupos se organizaram para sistematizar evidências sobre eficácia e segurança na assistência ao ciclo gravídico-puerperal⁶⁶, com o apoio da Organização Mundial de Saúde (OMS)⁶⁷.

2.1.2 No Brasil: entrecruzamentos com raça e com classe

Segundo o dossiê “Humanização do parto”, no Brasil, o final do século XX também foi um período de ascensão de críticas ao paradigma hegemônico de atenção ao parto e ao nascimento. Durante a década de 1970, feministas se mobilizaram contra a compulsoriedade da maternidade, rechaçando o encerramento biologizante das mulheres no papel de mães e afirmando que ter ou que não ter filhas deve ser uma escolha amparada pelo acesso a direitos, tais como adoção, planejamento reprodutivo e aborto⁶⁸.

Nessa época, houve também o reconhecimento de que, mesmo quando a maternidade era uma escolha consciente, a sua vivência era sempre marcada por diversas opressões, sendo a submissão de parturientes a procedimentos cujas irracionalidade e violência já eram conhecidas como um exemplo disso⁶⁹. Portanto, especialmente a partir anos 1980, a assistência ao parto e ao nascimento passou a ser uma frente de mobilização dos movimentos das mulheres brasileiras, que questionavam a ideia do parto como um evento patológico e arriscado e que reivindicavam as dimensões emocionais e sociais da maternidade⁷⁰.

Então, como contam a Diniz *et al.*, algumas publicações romperam com o silêncio sobre a vivência violenta dos partos institucionalizados no Brasil. A pioneira foi o livro *Espelho de vênus: identidade social e sexual da mulher*, publicado pelo Grupo Ceres – composto por pesquisadoras ativistas – em 1981. A obra apresenta uma etnografia da experiência feminina, a qual demonstrou que as relações entre médicas e pacientes são

⁶⁶ O ciclo gravídico-puerperal compreende o período de vivência da gestação, do parto e do puerpério.

⁶⁷ DINIZ, 2005, p. 630.

⁶⁸ REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS. *Dossiê Humanização do Parto*. São Paulo, 2002. p. 22-23. Disponível em: https://redesaude.org.br/wp-content/uploads/2021/01/Dossie_Humanizacao-do-parto.pdf. Acesso em: 13 jan. 2022.

⁶⁹ ENKIN *et al.*, 2000 *apud* REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS, 2002, p. 23.

⁷⁰ REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS, 2002, p. 23.

caracterizadas por uma violência que marca as vidas das vítimas. Mais especificamente, a publicação expõe que, durante o atendimento ao ciclo gravídico-puerperal, mulheres se sentem desamparadas e desalentadas em meio à manipulação de seus corpos por profissionais da saúde⁷¹.

Nesse panorama, as referidas autoras citam, ainda, uma pesquisa-ação coordenada pela Prefeitura de São Paulo algum tempo depois, no ano de 1992, intitulada “Violência – Um olhar sobre a cidade”. O trabalho demonstrou que “[...] o atendimento aos partos era descrito como violento e usuárias relatavam que muitas vezes funcionários tinham posturas agressivas e intimidadoras, frequentemente humilhavam as pacientes e não respeitavam sua dor”⁷².

Embora também tenha se tornado representativo da hegemonia do modelo de cuidados tecnocrático, estabelecendo um distanciamento das realidades europeia e estadunidense, o atendimento obstétrico no Brasil é alicerçado nos marcadores raciais e econômicos da sociedade⁷³. Portanto, seja quanto à vivência de um tratamento interpessoal pobre e degradante, seja quanto à sujeição ao uso excessivo e contraindicado de tecnologias na assistência – com destaque para o recurso da cirurgia cesariana –, seja quanto à incidência de morbimortalidades materno-infantis, a realidade das brasileiras é bastante heterogênea.

Por ora, ressalto que, nesta contextualização do estudo de caso, atendo-me às dimensões do racismo e da pobreza conformando a obstetrícia no Brasil, porque a literatura sobre essa realidade é mais ampla e, sobretudo, porque entendo que esses são os marcadores sociais que mais devem ser considerados quando da elaboração de formulações teóricas sobre o caso da Maternidade Leonina Leonor Ribeiro. Apesar disso, é necessário destacar que – tanto pela maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde, quanto pela ignorância de suas diferenças durante assistência, quanto pela natureza estruturante das opressões a que se sujeitam ao longo de suas vidas – mulheres indígenas, lésbicas, com deficiência, em situações de cárcere e rua e residentes das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste do País, além dos

⁷¹ GRUPO CERES, 1981, p. 349 *apud* DINIZ *et al.*, 2015, p. 2.

⁷² DINIZ *et al.*, 2015, p. 2.

⁷³ Ainda que as seções 2.1.1 e 2.1.2 desta dissertação contemplem um momento temporalmente situado no final do século XX, durante o qual que a obstetrícia hegemônica passou a ser contestada, o problema das violências praticadas durante a assistência ao parto e ao nascimento ganhou visibilidade (sobretudo acadêmica) na segunda década do século XXI (DINIZ *et al.*, 2015, p. 1). Portanto, particularmente no que se refere ao diagnóstico das especificidades da cena obstétrica brasileira, ressalto que o seu desenvolvimento teórico se deu em um período posterior ao que me refiro como o do princípio da tomada mais ampla de consciência sobre a questão.

homens trans, são exemplos de sujeitas que vivem as dores provocadas pelo modelo tecnocrático de cuidados de modo bastante particular e, muitas vezes, cruel⁷⁴.

Isso posto, o artigo “A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil”, produzido em 2017 pela Maria do Carmo Leal *et al.*, a partir dos dados da pesquisa Nascer no Brasil⁷⁵, mapeou que, de modo geral, os indicadores assistenciais de pré-natal e parto de mulheres pretas e pardas⁷⁶ são piores do que os de brancas. Quanto à dimensão da qualidade do tratamento interpessoal, tem-se, por exemplo, que aquelas sujeitas sofrem mais com a violação do direito à acompanhante do que essas. Como consequências da solidão durante a internação, as parturientes relataram mais maus tratos nos serviços, piores relações com as equipes e mais insatisfações com os cuidados recebidos⁷⁷.

Seguindo com o artigo acima citado, ainda no que se refere à questão relacional, pacientes pertencentes a grupos étnico-raciais discriminados tendem a ser menos respeitadas nas suas manifestações de dor. Assim, entre as mulheres brasileiras, a pesquisa identificou um menor uso de analgesia entre as pretas e pardas do que entre as brancas. Esse resultado tem provável associação com um racismo internalizado de profissionais da assistência, que creem

⁷⁴ Para mais informações, cf. BARBOZA, Heloísa Helena. Violência obstétrica e os direitos da pessoa transexual gestante. In: CASTRO, Thamís Dalsenter Viveiros de (coord.). *Violência obstétrica em debate: diálogos interdisciplinares*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019. p. 1-19; FERNANDES, Maíra; DORNELLAS, Mariana Paganote. Maternidade e violência atrás das grades. In: CASTRO, Thamís Dalsenter Viveiros de (coord.). *Violência obstétrica em debate: diálogos interdisciplinares*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019. p. 233-247; PARTO DO PRINCÍPIO. Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. *Parirás com dor*. 2012. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/sscepi/doc%20vcm%20367.pdf>. Acesso em: 6 ago. 2019; TERRA, Aline de Miranda Valverde; MATOS, Ana Clara Harmatiuk. Violência obstétrica contra a gestante com deficiência. In: CASTRO, Thamís Dalsenter Viveiros de (coord.). *Violência obstétrica em debate: diálogos interdisciplinares*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019. p. 185-207; TOMASI, Elaine *et al.* Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, e00195815, p. 1-11, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00195815>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000305001&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 2 mar. 2020.

⁷⁵ A “Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento” foi um estudo nacional sobre a assistência ao ciclo gravídico-puerperal realizado entre 2011 e 2012, de base hospitalar, composto por puérperas e por suas recém-nascidas. Durante a pesquisa, 266 hospitais foram amostrados e quase 24.000 pessoas foram entrevistadas, o que permitiu delinear um panorama das condições dos partos e dos nascimentos no Brasil (LEAL, Maria do Carmo *et al.* A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 1, p. 1-17, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00078816>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001305004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 mar. 2020. p. 2).

⁷⁶ É importante destacar que o artigo em questão identificou a existência de um gradiente de cor no que se refere aos indicadores assistenciais de pretas e pardas. No geral, aquelas apresentaram resultados piores do que essas (LEAL *et al.*, 2017).

⁷⁷ LEAL *et al.*, 2017. Para além da dimensão da satisfação da mulher com a sua experiência de parto, considerando que a maioria das mortes maternas ocorre durante o parto ou no pós-parto imediato, a presença da acompanhante é medida necessária para a segurança da paciente. Afinal, as pessoas selecionadas para o acompanhamento podem intervir em situações de violência e sinalizar eventuais deteriorações do quadro clínico da parturiente para as equipes. Cf. KASSEBAUM *et al.*, 2014 *apud* DINIZ *et al.*, 2015, p. 5.

na existência de características fisiológicas das pacientes pretas e pardas que supostamente as tornariam mais resistentes à dor⁷⁸.

Relacionada à referida conjuntura, vale destacar que a vivência de preconceito nos sistemas de saúde eleva os níveis de estresse físico e psicossocial das pacientes, não sendo de se estranhar a existência de dados que demonstram que a depressão pós-parto é mais recorrente em puérperas pertencentes a grupos racialmente discriminados⁷⁹.

No tocante ao intervencionismo nos cuidados, os achados da Leal *et al.* desvelaram, a princípio, um panorama de menor incidência da prática rotineira de intervenções como o uso de ocitocina sintética, como a episiotomia e como a cesariana entre mulheres pretas e pardas do que entre mulheres brancas. Segundo as autoras, o que inicialmente poderia ser lido como uma maior observância das evidências científicas, na verdade pode ser um indicativo de “descuido” dessas pacientes. Isso porque o modelo de assistência hegemônico é intervencionista, de modo que a menor realização de procedimentos durante o trabalho de parto e o parto tende a representar um atendimento distante daquele que as profissionais de saúde consideram ideal⁸⁰.

É importante considerar, porém, que as análises da Leal *et al.* se ativeram às influências da raça/cor nas experiências gravídicas-puerperais. Dessa forma, relativamente à incidência de intervenções obstétricas, um olhar para essas vivências a partir da rede em que as pacientes foram atendidas pode trazer outros resultados, como os apresentados pela Diniz e pela Alessandra Sampaio Chacham no artigo “O ‘corte por cima’ e o ‘corte por baixo’: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo”, publicado em 2006⁸¹.

As autoras apontam que, por um lado, as mulheres as quais têm de ser assistidas no SUS – que correspondem a cerca de 70% da população feminina brasileira e que, frequentemente, são pretas/pardas e pobres – são mais suscetíveis à submissão rotineira à episiotomia⁸². Considerando que a cor de pele dessas sujeitas implica características

⁷⁸ LEAL *et al.*, 2017.

⁷⁹ LEAL *et al.*, 2017.

⁸⁰ LEAL *et al.*, 2017.

⁸¹ DINIZ, Simone Grilo, CHACHAM, Alessandra S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. *Questões de Saúde Reprodutiva*, v. 1, n. 1, p. 80-91, 2006. Disponível em:

https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1044924/mod_resource/content/1/O%20E2%80%9Ccorte%20por%20cima%20e%20o%20E2%80%9Ccorte%20por%20baixo%20D.pdf. Acesso em: 6 ago. 2019. Ressalto que, além da diferença de abordagem, os distintos resultados possivelmente podem ser atribuídos ao fato de que os dois artigos em discussão foram redigidos com 11 anos de diferença.

⁸² Relativamente aos procedimentos praticados durante o parto e o nascimento, a episiotomia é um dos assuntos mais polêmicos. Essa é uma intervenção cirúrgica introduzida na assistência obstétrica em 1741, com a crença de que um corte na região da vagina facilitaria a passagem da bebê e preservaria a integridade da genitália da

diferenciadas quanto à cicatrização, com mais chances de problemas cicatriciais e formação de queloides, a suscetibilidade a complicações da incisão cirúrgica também tende a ser maior nesse grupo⁸³.

Por outro lado, as usuárias da rede suplementar⁸⁴ – cuja maioria é branca e de classe média – têm maior propensão a uma cesárea, cirurgia que chega a incidir em mais de 80% dos nascimentos em alguns equipamentos do setor privado⁸⁵. Nesse panorama, importa considerar que, apesar de a OMS afirmar que não há justificativas para que os índices de cesarianas sejam superiores a 15% desde 1985⁸⁶, o aumento da frequência do procedimento foi um fenômeno mundial. Entretanto, nenhum outro país teve uma curva de crescimento tão acentuada quanto a do Brasil⁸⁷.

mulher. Desse modo, a episiotomia tornou-se uma prática rotineira, até que, na década de 1980, o procedimento foi desbancado por evidências científicas que mostraram os riscos a ele associados, por exemplo dores, edemas, infecções e prejuízos à imagem corporal da mulher. Hoje, a literatura desestimula a prática, recomendando o seu uso restrito, e há muitas pessoas que consideram a episiotomia de rotina uma mutilação genital. No entanto: pacientes ainda são submetidas a essa intervenção com frequência, acreditando que ela seria necessária para salvar as próprias vidas e as das bebês (DINIZ; CHACHAM, 2006, p. 85; SANTOS, Jaqueline de Oliveira; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. Prática rotineira da episiotomia refletindo a desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, v. 12, n. 4, p. 645-650, dez. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452008000400006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/xGcvpnD8hXwV3mmhvQqrM9Q/?lang=pt#:~:text=Da%20an%C3%A1lise%20das%2016%20entrevistas,de%20conhecimento%20relacionado%20%C3%A0%20interven%C3%A7%C3%A3o.&text=Emergiu%20a%20concep%C3%A7%C3%A3o%20de%20que,a%20mulher%20de%20poder%20de%20cis%C3%B3rio>. Acesso em: 20 out. 2020. p. 646); e, como será discutido no Capítulo 7, o governo federal atualmente incentiva esse procedimento. Importa salientar, ainda, a existência de um grupo minoritário de cientistas – o qual possui, no Brasil, a Melânia Maria Amorim como destaque – que defende a abolição da prática da episiotomia. Nesse sentido, cf. AMORIM, Melânia Maria; DELGADO, Alexandre; KATZ, Leila. Letter to the editor: is it time to abandon episiotomy use? A randomized controlled trial (EPITRIAL). *International Urogynecology Journal*, v. 31, n. 2451, p. 1-1, 21 jul. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00192-020-04421-2>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00192-020-04421-2#citeas>. Acesso em: 13 fev. 2022.

⁸³ DINIZ; CHACHAM, 2006, p. 88.

⁸⁴ Em sua dissertação de mestrado – que será mais explorada adiante neste trabalho –, a Mônica Bara Maia aponta a necessidade de se ter cautela para falar da assistência ao parto e ao nascimento, considerando, isoladamente, a dicotomia existente entre as redes pública e suplementar de atendimento. Isso porque o modelo organizacional dos equipamentos pode influenciar no cuidado oferecido às pacientes. Nesse sentido, a autora ressalta que, ainda que os diferentes tipos de organizações financiadas pelo SUS – públicas, privadas com fins lucrativos ou privadas sem fins lucrativos – se assemelhem no que se refere a certas características sociais (idade, escolaridade e cor/raça) de suas usuárias, eles se diferenciam quanto às características da assistência obstétrica (por exemplo, nas taxas de cesáreas e na frequência de bebês nascidas de gestação única e a termo) (BARA MAIA, Mônica. *Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional na rede hospitalar pública e privada de Belo Horizonte*. 2008. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008. Disponível em: http://www.biblioteca.pucminas.br/teses/CiencSociais_MaiaMB_1.pdf. Acesso em: 23 jul. 2019).

⁸⁵ DINIZ; CHACHAM, 2006, p. 84-88.

⁸⁶ WORLD HEALTH ORGANIZATION. Appropriate Technology for Birth. *The Lancet*, v. 326, n. 8452 (ii), p. 437, 24 ago. 1985. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(85\)92750-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(85)92750-3). Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/appropriate-technology-for-birth-who/>. Acesso em: 22 jul. 2019.

⁸⁷ DINIZ, 2001, p. 12.

O abuso de cesáreas é uma realidade complexa e multifatorial. Embora haja gestantes que efetivamente escolhem o procedimento como via de nascimento⁸⁸, os seus altos índices não são devidos a isso. O que se tem é que o empresariado da medicina aderiu à prática rotineira dessa cirurgia (particularmente na rede suplementar, em que o controle dos indicadores assistenciais é mais restrito)⁸⁹ por uma questão de conveniência, pois a rapidez e a possibilidade de agendamento das cesarianas permitem que obstetras organizem suas vidas da forma que lhes é mais favorável, com melhores desdobramentos econômicos. Entre outros fatores, há o fato de que as médicas atualmente podem não estar desenvolvendo as habilidades necessárias para o acompanhamento de partos normais sem intervenções cirúrgicas, fazendo com que, diante de quaisquer fugas à normalidade, a cesárea seja a saída praticada⁹⁰.

É inegável que, quando necessária, a cesariana é uma cirurgia que salva mulheres e crianças. Contudo, o procedimento tem efeitos adversos evidentes e persistentes, razão pela qual a sua prática em taxas superiores às preconizadas pelas autoridades sanitárias não reduzem morbimortalidades maternas e perinatais. Além das complicações mais recorrentes em mulheres e em bebês que passaram por uma cesárea⁹¹, há estudos que mostram uma relação entre o aumento de bebês prematuros (fenômeno também chamado de prematuridade iatrogênica) e com baixo peso ao nascer e a majoração da incidência desse procedimento no Brasil, que interrompe gestações antes da prontidão de conceptas para a vida extrauterina⁹².

Paralela e paradoxalmente à marca intervencionista da obstetrícia brasileira, a desassistência a gestantes e a parturientes é também um problema de saúde pública⁹³. Nesse

⁸⁸ Sobre o processo de escolha da cesariana como via de nascimento, publiquei na *Revista do Instituto de Ciências Penais (RICP)*, em coautoria com a Ana Clara Brasileiro, um artigo intitulado “Cesarianas eletivas no Brasil: exercício ou negação da autonomia das pacientes?”. Trata-se de um trabalho escrito a partir das discussões ocorridas na disciplina “Tópicos de Direito Penal da Medicina: paternalismo médico, respeito à autonomia do paciente e intervenções médicas”, ministrada no primeiro semestre de 2020 pela Professora Flávia Siqueira Cambraia, no PPGD-UFGM. O texto aprofunda-se em discussões sobre a relação entre a eleição da cirurgia e o exercício da/o respeito à autonomia das pacientes, bem como no tratamento dessa intervenção cirúrgica pela dogmática penal. Embora a abordagem do artigo se distancie da desenvolvida na presente dissertação, o seu conteúdo pode contribuir para a compreensão do fenômeno do abuso de cesáreas no Brasil (BRASILEIRO, Ana Clara Matias; PEREIRA, Fernanda Araujo. Cesarianas eletivas no Brasil: exercício ou negação da autonomia das pacientes? *Revista do Instituto de Ciências Penais*, Belo Horizonte, v. 6, n. 1, p. 185-221, 2021. DOI: <https://doi.org/10.46274/1909-192XRICP2021v6n1p185-221>. Disponível em: <https://www.ricp.org.br/index.php/revista/article/view/42/29>. Acesso em: 17 jul. 2021).

⁸⁹ DINIZ, 2001, p. 12.

⁹⁰ TESSER *et al.*, 2015, p. 5-6.

⁹¹ Em comparação com mulheres que tiveram partos normais, as que passaram por cesáreas têm maior propensão à mortalidade, à morbidade severa, à internação em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), ao uso de antibióticos e à necessidade de transfusão, histerectomia e tempo de permanência no hospital. Para as bebês nascidas por cesarianas, por sua vez, as propensões à prematuridade, à mortalidade neonatal, à admissão em UTI neonatal e ao uso de ventilação mecânica são maiores (TESSER *et al.*, 2015, p. 5).

⁹² TESSER *et al.*, 2015, p. 5.

⁹³ DINIZ, 2001, p. 29.

sentido, além da precariedade no acompanhamento pré-natal, muitas mulheres não encontram leitos na hora de parir, tendo de peregrinar entre equipamentos hospitalares em busca de uma vaga. Essa perigosa realidade – visto que a falta de assistência ao trabalho de parto e ao parto pode determinar a morte de uma mãe ou uma bebê⁹⁴ – é chamada de peregrinação obstétrica e, de acordo com a literatura, é mais recorrente entre as usuárias do SUS e entre as pacientes pretas e pardas⁹⁵.

Nesse panorama, é importante considerar que a maioria dos óbitos maternos, perinatais e neonatais é prevenível por uma atenção ao ciclo gravídico-puerperal de qualidade⁹⁶. Sendo assim, dadas as desigualdades socioeconômicas e raciais do Brasil, essas taxas de mortalidade são muito heterogêneas entre a população. Além do risco acrescido de mortes infantis e perinatais entre grupos sociais de mais baixa renda⁹⁷, a razão de mortalidade materna é duas vezes e meia maior entre as mães pretas do que entre as mães brancas⁹⁸.

A obstetrícia (em especial, a brasileira) trata-se, pois, de uma cena caótica, violência e perigosa, o que deu ensejo à ascensão *das lutas pela humanização da assistência ao parto e ao nascimento*.

2.2 A humanização da assistência ao parto e ao nascimento

2.2.1 Os movimentos: definições e perspectivas

Valendo-me de uma expressão da Diniz, a humanização é um movimento de diversas, isto é, constituído por múltiplas perspectivas e iniciativas que ora dialogam, ora conflitam e ora se interfecundam⁹⁹. Nesse sentido, antes de apresentar a definição conceitual adotada neste trabalho, convergindo com o caminho percorrido pela Diniz em sua tese de doutorado¹⁰⁰ e, de certa forma, dando continuidade à apresentação de perspectivas de críticas ao modelo

⁹⁴ A título de exemplificação, em 1995 foi realizado um estudo em São Paulo que 55% das mortes maternas ocorreram durante ou logo após a peregrinação obstétrica (DINIZ, 2001, p. 29; DINIZ; CHACHAM, 2006, p. 82).

⁹⁵ DINIZ; CHACHAM, 2006, p. 82 ; LEAL *et al.*, 2017, p. 10.

⁹⁶ DINIZ, 2001, p. 64.

⁹⁷ AMAR *et al.*, 1996 *apud* LANSKY, Sônia; FRANÇA, Elisabeth; LEAL, Maria do Carmo. Mortes perinatais evitáveis em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1999. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1389-1400, set./out. 2002. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000500032>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/K6fZnp8gLjxM8tkSM9vcg6M/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 7 maio 2021. p. 1390; LEAL *et al.*, 2017, p. 2.

⁹⁸ LEAL *et al.*, 2017, p. 2.

⁹⁹ DINIZ, 2001, p. 38.

¹⁰⁰ DINIZ, 2001, p. 35.

assistencial tecnocrático desenvolvida na seção 2.1.1, é importante apresentar duas frentes que contribuíram (e que ainda contribuem) para a estruturação dessas lutas: os movimentos pela Medicina Baseada em Evidências (MBE) e a busca pela garantia e pela promoção de direitos de mulheres e bebês na assistência, no marco das lutas por direitos humanos.

Como apresentado pela autora, 1979 foi um ano importante para o avanço de estudos sobre eficácia e segurança na assistência à gestação, ao parto, ao nascimento e ao puerpério. Os grupos então constituídos trabalharam por uma década, empregando estudos randomizados controlados como método preferencial de pesquisa e meta-análise como instrumento de sumarização sistemática de pesquisas quantitativas. A partir do trabalho dessas profissionais, que cuidaram de desenvolver revisões sistemáticas sobre a atenção ao ciclo gravídico-puerperal, grupos de outras especialidades se formaram, nos anos seguintes, para sistematizar evidências científicas sobre eficácia e segurança de intervenções em suas respectivas áreas¹⁰¹.

Esse processo engatilhou os primeiros passos para a articulação dos movimentos pela MBE. Ainda segundo a Diniz, embora essa também seja uma agenda de diversas, o seu impulso inicial era fortemente questionador, apontando as contradições e as distâncias entre a organização das práticas assistenciais e as evidências sobre as suas efetividade e segurança, bem como a influência das forças econômicas e corporativas no desenho e no financiamento de políticas e pesquisas¹⁰².

O enraizamento das lutas pela humanização da assistência ao parto e ao nascimento nos movimentos pela MBE foi (e ainda é) muito importante. Isso porque, como bem apresentado pela Carmen Susana Tornquist, a prática obstétrica alternativa ao modelo tecnocrático de cuidados desenvolvida sobretudo a partir da década de 1970 foi colocada em um lugar subalterno. Portanto, o travamento de uma interlocução com o campo biomédico para produzir e divulgar estudos epidemiológicos nas áreas da saúde materna, perinatal e neonatal trouxe uma legitimidade científica para as lutas. Essa legitimação foi relevante, porque demonstrou a necessidade de mudar o paradigma de cuidados obstétricos também por uma questão de saúde pública e coletiva, o que fortaleceu e impulsionou as reivindicações por mudanças nas rotinas hospitalares e na formação das profissionais assistenciais¹⁰³.

¹⁰¹ DINIZ, 2001, p. 2-3.

¹⁰² COCHRANE, 1973, 1989; WAGNER, 1997; WHO, 1996 *apud* DINIZ, 2005, p. 630.

¹⁰³ TORNQUIST, Carmen Susana. Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. *Revista Estudos Feministas* [online], v. 10, n. 2, p. 483-492, 2º sem. 2002. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000200016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/4mpSbNhnq5dV5kV6WT8Tc5J/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 jun. 2021. p. 487.

A MBE teve, ainda, a defesa dos direitos das pacientes como uma de suas prioridades¹⁰⁴, tanto é que, segundo a Diniz, a publicação da OMS *Appropriate Technology for Birth* – também conhecida como “Carta de Fortaleza” –, de 1985, um dos primeiros resultados dos grupos de trabalho desenvolvidos na década anterior, foi responsável por expressar a noção de direitos na assistência desencadeada na época¹⁰⁵. Esse documento convergiu para e, até mesmo, antecipou as noções de direitos reprodutivos que foram desenvolvidas em instrumentos internacionais e em programas de ação posteriores, resultantes de Conferências Internacionais da década de 1990^{106 107}.

Nesse panorama, no que se refere às relações entre assistência obstétrica e direitos, considero importante resgatar as duas vertentes indicadas pela Diniz em sua tese de doutorado: uma primeira, que trata do atendimento ao parto e ao nascimento no marco dos direitos reprodutivos, inseridos na categoria de direitos humanos; uma segunda, que adota um marco mais geral de direitos humanos¹⁰⁸.

A primeira remonta à ascensão dos movimentos feministas que, como já exposto, afirmaram a autonomia das mulheres para definir as suas necessidades nos cuidados obstétricos. Nesse panorama, foi pautada uma reformulação da assistência ao parto e ao nascimento alicerçada na construção de direitos sexuais e reprodutivos¹⁰⁹ que, segundo a

¹⁰⁴ COCHRANE, 1973, 1989; WAGNER, 1997; WHO, 1996 *apud* DINIZ, 2005, p. 630.

¹⁰⁵ DINIZ, 2001, p. 3, 48.

¹⁰⁶ DINIZ, 2001, p. 48.

¹⁰⁷ Dentre elas, destacam-se duas. A primeira, a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Conferência do Cairo), realizada em 1994. Como apresentado pela Juliana Cesário Alvim Gomes em sua tese de doutorado, nessa ocasião a questão da saúde sexual entrou na agenda de direitos humanos. Mais especificamente, o seu Programa de Ação trouxe um capítulo tratando de direitos e saúde reprodutiva, dedicado a temas como a paternidade responsável, o planejamento reprodutivo e o aborto. A segunda, a IV Conferência Mundial sobre a Mulher: Igualdade, Desenvolvimento (Conferência de Pequim), realizada em 1995. Ainda segundo a pesquisadora, o seu Programa avançou ainda mais nas pautas da saúde sexual e dos direitos reprodutivos, o que se afirma a partir de, por exemplo, a recomendação de revisão de leis que preveem medidas punitivas contra mulheres que abortam ilegalmente. Outro destaque dessa Conferência é a consagração do controle dessas sujeitas sobre a própria sexualidade (GOMES, Juliana Cesário Alvim. *Perspectivas Constitucionais para os Direitos Sexuais: uma abordagem democrática e integrada entre liberdade e igualdade*. 2019. 256 p. Tese (Doutorado em Direito Público) – Faculdade de Direito, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019. p. 37-38; 40-41).

¹⁰⁸ DINIZ, 2001, p. 60-61.

¹⁰⁹ Há muitos debates teóricos e disputas de sentidos no que se refere à definição dos direitos sexuais e reprodutivos. Mesmo sem a pretensão de adentrar nessa discussão – que, por sua complexidade e extensão, foge ao escopo e às próprias possibilidades desta pesquisa –, me parece importante ao menos esboçar uma conceituação dessas categorias. Desse modo, registro a definição do Ministério da Saúde (MS) de 2015, que, em síntese, trata os direitos sexuais como referentes ao direito de viver a sexualidade com liberdade e com respeito, a despeito de fins reprodutivos, escolher ter ou não ter relações sexuais, expressar livremente a própria orientação sexual e ter acesso à educação e à saúde sexual. Os direitos reprodutivos, por sua vez, dizem respeito ao direito de decidir – de maneira livre e responsável, sem discriminação ou violência – ter ou não ter filhos, o que exige o acesso às informações, aos meios, aos métodos e às técnicas necessárias para a vivência dessa escolha com saúde e com segurança: noção essa que, a meu ver, abraça a humanização da

autora, independentemente de previsões legais, constituem demandas por justiça, em face da inadmissibilidade e da necessidade de superar as opressões estruturadas em marcadores de gênero. Para as mulheres, são reivindicados os direitos humanos à condição de pessoa, à integridade física e à igualdade. Dito isso, a infligência de condutas desnecessárias e arriscadas durante o atendimento obstétrico, a imposição de tais práticas à revelia do consentimento da paciente e o cenário de desassistência que prejudica a saúde de muitas gestantes e parturientes são, respectivamente, exemplos de violações dos três direitos humanos apontados¹¹⁰.

Ainda consoante a Diniz, a segunda se pauta mais pelo reconhecimento das inadequações e das violências inerentes às relações entre as mulheres e as profissionais da assistência ao parto e ao nascimento, as quais possuem graves repercussões na saúde de mães e bebês. Por essa razão, organismos internacionais, tais como a OMS, passaram a propor a promoção e a garantia de direitos humanos como indispensáveis à maternidade segura. Inclusive, esse movimento foi importante para que a mortalidade materna deixasse de ser tida como uma desvantagem em saúde e passasse a ser tratada como uma injustiça social, perante a qual o provimento de serviços adequados se tornou uma obrigação governamental, cuja violação pode ensejar o acionamento de mecanismos internacionais¹¹¹.

Tem-se, portanto, que o reconhecimento da violência intrínseca aos cuidados obstétricos no paradigma assistencial tecnocrático e hegemônico se atrelou à necessidade de construir um novo modelo de atenção, *pautado pela garantia e pela promoção de direitos para mulheres e para bebês*. A partir dessa compreensão, já no terceiro milênio, os sofrimentos e as violações de direitos fundamentais que vitimizam gestantes, parturientes e puérperas na assistência à saúde passaram a ser chamadas de *violências obstétricas*, sobre as quais passo a expor.

“Violência obstétrica” é a expressão empregada sobretudo em países da América Latina¹¹² para nomear as diversas formas de violações de direitos que mulheres sofrem

assistência ao parto e ao nascimento. Ambas as categorias se comunicam, mas não se confundem, por causa tanto da possibilidade de vivência da sexualidade sem reprodução e da reprodução sem sexualidade, quanto da existência de direitos situados na interseção entre esses dois conjuntos, como os direitos ao aborto e à contracepção. Cf. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Cuidando de adolescentes*: orientações básicas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. p. 8. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidando_adolescentes_saude_sexual_reprodutiva.pdf. Acesso em: 13 fev. 2022; GOMES, 2019.

¹¹⁰ DINIZ, 2001, p. 61

¹¹¹ DINIZ, 2001, p. 61, 64.

¹¹² Alguns exemplos de outros termos empregados para definir as violações de direitos durante a assistência ao ciclo gravídico-puerperal são “abuso obstétrico”, “violência institucional de gênero no parto e aborto”,

durante a assistência à gestação, ao parto, ao puerpério e ao abortamento. Trata-se de um termo de difícil definição, seja pelas disputas em torno de quais condutas e intervenções podem ser compreendidas como violentas, seja pela sua imensa rejeição, advinda sobretudo da classe médica¹¹³. Nesse cenário, um dos conceitos mais difundidos é o trazido pela *Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*, da Venezuela¹¹⁴:

Entende-se por violência obstétrica a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde que se expresse por meio de relações desumanizadoras, de abuso de medicalização e de patologização dos processos naturais, resultando em perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres¹¹⁵.

Esse é um conceito interessante, uma vez que, na sua primeira parte, incorpora a problemática constitutiva do paradigma tecnocrático de assistência ao parto e ao nascimento. Na sua segunda parte, traz a perda de autonomia e capacidade decisória das mulheres como elemento necessário ao perfazimento das violências obstétricas – o que me parece essencial para que o enfrentamento a essa realidade não se desvencilhe das lutas feministas, nem seja feito de forma acrítica.

Apesar das suas qualidades, essa definição não é isenta de críticas¹¹⁶. Nesse sentido, entendo que ela: é imprecisa, na medida em que não especifica quais são os processos

“desrespeito e maus-tratos durante o parto” (tradução de “disrespect and abuse during childbirth care”), entre outros (DINIZ *et al.*, 2015, p. 3).

¹¹³ Entre outros trabalhos que já trataram do assunto, no artigo “Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil”, Luciana Aparecida Palharini demonstra como as médicas são, no geral, refratárias ao reconhecimento das violências obstétricas. A autora analisa algumas manifestações de profissionais e entidades de classe que não só minimizam a incidência e a gravidade dessas práticas, como, até mesmo, tentam subverter o problema, reivindicando o discurso de uma violência contra a obstetra (PALHARINI, Luciana Aparecida. Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil. *Cad. Pagu*, Campinas, n. 49, e174907, p. 1-37, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/18094449201700490007>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332017000100307&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 set. 2020).

¹¹⁴ A Venezuela foi o primeiro país a ter uma definição da violência obstétrica como uma forma de violência de gênero contra as mulheres (DINIZ *et al.*, 2015, p. 3). No Brasil, ainda não há uma legislação federal que contemple o problema, mas já existem projetos de lei tramitando no Congresso Nacional e leis estaduais e municipais em vigor tratando do assunto, ponto que será aprofundado no Capítulo 7.

¹¹⁵ REPÚBLICA BOLIVARIANA DA VENEZUELA, 2007, p. 30 *apud* DINIZ *et al.*, 2015, p. 3.

¹¹⁶ A meu ver, uma das críticas mais interessantes à definição de violência obstétrica da legislação venezuelana é a desenvolvida pela Sara Cohen Shabot no artigo “We birth with others: towards a Beauvoirian understanding of obstetric violence” – a qual, inclusive, trabalhei na monografia final da disciplina “O cuidado e o direito”, ministrada pelo Professor Pedro Augusto Gravata Nicolí no PPGD-UFMG, durante o segundo semestre de 2020. De modo muito resumido, a autora traz ressalvas à referida definição legal, porque ela centraliza os danos das violências obstétricas nas perdas de autonomia e liberdade de escolha das vítimas, noções atreladas a uma compreensão neoliberal e patriarcal da subjetividade e da independência humanas as quais, por assim serem, não captam o que há de mais perverso nas violências obstétricas. Diante disso, Shabot reivindica que

reprodutivos nos quais é possível conceber a prática de violências obstétricas; é restritiva, na medida em que se atém à dimensão relacional do problema, ignorando a sua perspectiva institucional; é pouco contundente, na medida em que não ressalta o significado jurídico das práticas assistenciais a que se refere.

Por tudo isso, aproveitando-me e me distanciando da conceituação venezuelana, proponho definir as violências obstétricas *como violações de direitos fundamentais caracterizadas pela apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres durante a assistência em saúde à gestação, ao parto, ao abortamento e ao puerpério, a qual se expresse por meio de relações desumanizadoras, abuso de medicalização não consentida e patologização dos processos naturais, resultando em perda de autonomia e impactando negativamente na saúde e na qualidade de vida das mulheres*¹¹⁷.

Partindo dessa definição, uma série de condutas (entre elas, várias das indicadas nas seções 2.1.1 e 2.1.2 deste trabalho) pode ser compreendida como violência obstétrica. No relatório “Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth”, as pesquisadoras Diana Bowser e Kathleen Hill fizeram um interessante trabalho de apontar práticas que as caracterizam e indicar as violações de direitos correspondentes, o qual foi sintetizado, em língua portuguesa, na forma de uma tabela produzida pelo Charles Dalcanale Tesser *et al.*^{118 119 120}.

uma compreensão da subjetividade como inerentemente relacional e essencialmente corporificada e vulnerável, em diálogo com o que feministas propõem em relação a esse conceito, seria mais adequada para descrever as violações de direitos vividas durante a assistência ao ciclo gravídico-puerperal (SHABOT, Sara Cohen. We birth with others: towards a Beauvoirian understanding of obstetric violence. *European Journal of Women's Studies*, p. 1-16, maio 2020. DOI: <https://doi.org/10.1177%2F1350506820919474>. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1350506820919474>. Acesso em: 29 nov. 2020). Embora eu veja pertinência na perspectiva da referida autora, a crítica desenvolvida não me parece confrontar totalmente o conceito trazido pela legislação venezuelana, uma vez que muitas das condutas para humanizar a assistência obstétrica – que serão abordadas adiante –, viabilizando o exercício da autonomia das mulheres, exigem o reconhecimento das relações de dependência e vulnerabilidade que permeiam a vivência do ciclo gravídico-puerperal.

¹¹⁷ Desenvolvi a definição ora adotada no processo de escrita do verbete sobre “violência obstétrica” para o *Dicionário jurídico do gênero e da sexualidade*. Por oportuno, agradeço à pesquisadora Gabriela Campos Alkmin por me convidar para ser uma das autoras da referida obra. Cf. PEREIRA, Fernanda Araujo. Violência obstétrica. In: RAMOS, Marcelo Maciel; VALENTIN, Márcia F. Ribeiro da Costa; NICOLI, Pedro Augusto Gravatá (org.). *Dicionário jurídico do gênero e da sexualidade*. 1. ed. Salvador: Devires, 2022. p. 257-267.

¹¹⁸ Cf. TESSER *et al.*, 2015, p. 3.

¹¹⁹ No que se refere a práticas caracterizadoras de violências obstétricas e a violações de direitos correspondentes, vale estabelecer mais um diálogo com pesquisas do programa de pós-graduação de que sou aluna. Falo do trabalho “Violência na assistência ao parto e (des)respeito à autonomia da mulher: o tratamento penal das intervenções médicas arbitrárias em gestantes e parturientes”, de autoria da Professora Flávia Siqueira Cimbraia, resultado de pesquisa pós-doutoral desenvolvida no PPGD-UFGM, com estância de pesquisa na Humboldt-Universität zu Berlin. Mesmo que o artigo contemple, sobretudo, discussões no âmbito do direito penal médico e que, sendo assim, isso limite as suas interfaces com esta pesquisa de mestrado, destaco a produção de Siqueira por duas razões: a primeira, por fazer uma defesa contumaz da

Como contraponto positivo e caminho para superação das violências obstétricas, está a humanização da assistência ao parto e ao nascimento. O sentido adotado neste trabalho parte da referência conceitual da Diniz em sua tese de doutorado, segundo a qual *a humanização dos cuidados obstétricos é “[...] referente a uma atenção que parte do reconhecimento dos direitos fundamentais de mães e crianças e do direito à tecnologia apropriada na assistência”*¹²¹. Esse sentido foi escolhido porque, primeiramente, postula a humanização como uma mudança paradigmática que visa à garantia e à promoção de direitos fundamentais, o que é imprescindível ao travamento de disputas político-jurídicas por transformações na formação de profissionais de saúde, na organização dos serviços e nas práticas assistenciais, entre outras.

Além disso, porque reivindica o emprego de tecnologia adequada também como um direito, cuja efetivação exige superar a patologização do ciclo gravídico-puerperal inerente ao modelo tecnocrático de cuidados e a hipermedicalização do atendimento dela decorrente. Essa dimensão caminha potencialmente junto de demandas dos movimentos feministas quanto à assistência ao parto e ao nascimento, referentes à superação do tratamento dos corpos femininos como essencialmente defectivos e ao resgate do protagonismo das mulheres na vivência dos processos de parturição. O emprego de tecnologia adequada como um direito exige, ainda, a superação da realidade desassistência obstétrica vivida por muitas famílias. A meu ver, essas duas exigências são muito importantes, pois possuem uma dimensão epidemiológica, vinculada à busca por melhorias nos indicadores de saúde materno-infantis.

Para que a leitora compreenda adequadamente o sentido de humanização aqui trabalhado, importa elencar – sem a pretensão de exaurir – algumas medidas assistenciais nele implicadas. Pela perspectiva da coletividade, é preciso garantir que todas as mulheres tenham o acesso a serviços de saúde para o acompanhamento pré-natal e para a assistência ao parto, ao abortamento (espontâneo ou provocado) e ao puerpério. Nesse aspecto, especificamente

autonomia das mulheres, estabelecendo um rol mínimo de situações em que as escolhas da gestante ou da parturiente *pode* não ser respeitada durante a assistência ao ciclo gravídico-puerperal; a segunda, por trazer um debate bastante aprofundado sobre quais intervenções obstétricas podem vir a caracterizar tipos penais, trabalhando a legitimidade de procedimentos não pela sua indicação clínica, mas sim pelo consentimento válido da mulher à sua realização – perspectiva que considero muito importante para se refletir sobre uma luta contra as violências obstétricas que não seja paternalista (tal como o modelo tecnocrático de assistência o é) (SIQUEIRA, Flávia; Violência na assistência ao parto e (des)respeito à autonomia da mulher: o tratamento penal das intervenções médicas arbitrárias em gestantes e parturientes. *Revista Brasileira de Ciências Criminais*, São Paulo, ano 29, v. 184, p. 55-99, out. 2021).

¹²⁰ Nesse contexto, vale mencionar que a Fundação Perseu Abramo realizou uma pesquisa no ano de 2010 que estimou que, no Brasil, cerca de um quarto das mulheres é vítima de violências obstétricas. Cf. TESSER *et al.*, 2015, p. 3. Essa pesquisa será apresentada com maior profundidade no Capítulo 7.

¹²¹ DINIZ, 2001, p. 35, grifos meus.

quanto ao parto e ao nascimento, é necessário organizar a rede para que as gestantes tenham um local de atendimento de referência¹²², de modo a evitar a peregrinação por leitos.

Esse referenciamento tem de igualmente ser hierarquizado, isto é, viabilizar a atenção a gestações e a partos de risco habitual¹²³ de forma menos medicalizada, com a condução por enfermeiras obstétricas e obstetritz¹²⁴ ¹²⁵, em domicílio e em Centros de Parto Normal (CPN). É o que ocorre em diversos países que possuem baixos indicadores de morbimortalidades materno-infantis¹²⁶.

Mais especificamente, é necessário privilegiar e valorizar o atendimento por essas profissionais que (diferentemente das médicas, formadas para uma abordagem cirúrgica) são treinadas para cuidar da fisiologia¹²⁷ e que, por atuarem no nível primário de atenção, têm maior potencial de conhecer e criar vínculos com as famílias¹²⁸. Nesse sentido, tem-se, por exemplo, que nos países com uma assistência mais centrada nas enfermeiras (ou *midwives*), as taxas de cesarianas tendem a ser menores¹²⁹. Além disso, o referenciamento a organizações não hospitalares, como os CPN, favorece uma revisão do modelo medicocêntrico e hospitalocêntrico¹³⁰, em si mais propenso à iatrogenia.

¹²² REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO. *Carta de Fortaleza*. Respostas para o novo milênio. 3 nov. 2000. p. 2-3. Disponível em: <http://rehuna.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Carta-de-Fortaleza-2000.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2022.

¹²³ A gestação e o parto são fenômenos fisiológicos e, por essa razão, na maior parte dos casos, podem evoluir sem intercorrências para as mulheres ou as bebês. Entretanto, algumas pacientes podem ser portadoras de determinadas doenças, sofrer agravos ou desenvolver problemas durante os processos gravídico e de parturição, o que aumenta a chance de desfechos desfavoráveis. Assim, a maioria das gestações é classificada como de risco habitual (ou baixo risco); a minoria, como de alto risco. Essa diferenciação implica um gradiente de necessidade de cuidados, que vai do mínimo nos casos com menores prognósticos de piora e que chega ao máximo naqueles com alta probabilidade de significar agravos (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. p. 9. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em: 8 mar. 2022).

¹²⁴ A enfermeira obstétrica é a profissional graduada em enfermagem, com especialização ou residência em obstetrícia. A obstetriz é também uma profissional capacitada para a assistência a partos de risco habitual, no entanto graduada (no Brasil) no curso de Obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (USP). São também chamadas de parteiras profissionais, diferentes das tradicionais. Estas geralmente são mães e mobilizam um arsenal de saberes transmitidos por suas ancestrais. Apesar da desqualificação machista e epistemicida operante sobre suas práticas, as parteiras tradicionais seguem disponíveis para as mulheres que necessitam de seus cuidados, sobretudo nas regiões do País em que o sistema de saúde ainda é desestruturado. Cf. DINIZ *et al.*, 2015, p. 5; RATTNER, Daphne *et al.* Os movimentos sociais na humanização do parto e do nascimento no Brasil. *Caderno Humaniza SUS*, Brasília, v. 4, p. 109-132, 2014. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/humanizacao-do-parto-e-do-nascimento/>. Acesso em: 31 mar. 2020. p. 123; TESSER *et al.*, 2015, p. 6.

¹²⁵ DINIZ, 2001, p. 208.

¹²⁶ Cf. RATTNER, 2009, p. 600.

¹²⁷ DINIZ *et al.*, 2015, p. 5.

¹²⁸ Cf. RATTNER, 2009, p. 600.

¹²⁹ TESSER *et al.*, 2015, p. 6.

¹³⁰ Cf. DINIZ, 2001, p. 208.

Ainda nesse panorama, todos os equipamentos de saúde – incluindo maternidades e hospitais de alta complexidade – têm de ter a sua ambiência adequada ao trabalho de parto e ao parto e reformar as práticas obstétricas, inserindo equipes multiprofissionais capacitadas à assistência, bem como garantindo e otimizando a atuação de médicas obstetras em casos de alto risco. Essas são medidas mundialmente reconhecidas por seus benefícios, em específico por reduzirem a incidência de intervenções desnecessárias e cesarianas¹³¹.

Às mulheres tem de ser indistintamente assegurada a vivência do ciclo gravídico-puerperal – especialmente, do parto – como um processo muito pessoal, cultural, sexual e familiar, o que exige um cuidado privativo e individualizado, com o protagonismo dessas sujeitas. As gestantes devem ter o acesso às informações necessárias para decidirem o local e as formas de assistência, com o estímulo do emprego do plano de parto¹³² como ferramenta destinada esse fim. É preciso, ainda, promover e resguardar – de acordo com os desejos de cada parturiente – os direitos à acompanhante durante toda a internação para o parto, à presença de uma doula¹³³ e ao emprego de métodos farmacológicos e não farmacológicos de alívio da dor. Tudo isso em um movimento de “des-incorporação” de tecnologia danosa e qualificação das relações humanas¹³⁴.

Isso posto, retomando o raciocínio iniciado nesta seção, “humanização da assistência ao parto e ao nascimento” é uma expressão polissêmica. Os seus múltiplos significados instauram e explicitam conjuntos de relações sociais¹³⁵, refletindo resistências, tensões, disputas e contradições vividas por e nas articulações sociais que a invocam (para além dos enfrentamentos pautados pelos setores que se opõem à mudança de paradigmas de cuidados

¹³¹ TESSER *et al.*, 2015, p. 8-9.

¹³² Como apresenta o Tesser *et al.*, o plano de parto é uma prática iniciada na década de 1970, mas ainda subutilizada no Brasil. Recomendado pela OMS, trata-se de um documento que a gestante, auxiliada pelas profissionais de sua assistência, elabora para indicar como pretende viver o seu processo de parturição. Funciona como uma diretiva antecipada de vontade, mas é importante principalmente para estimular a mulher à reflexão sobre práticas benéficas e danosas e sobre os seus direitos durante o atendimento ao parto, como também para qualificar a comunicação entre paciente e equipe, reduzindo o desamparo imposto sobretudo às parturientes pelo modelo tecnocrático de cuidados. Cf. TESSER *et al.*, 2015, p. 7.

¹³³ Doula é um termo grego derivado maiêutica que, a rigor, significa “mulher que serve”. É uma figura resgatada na década de 1980 e, desde então, progressivamente incorporada nas equipes de assistência ao parto e ao nascimento. A doula é, portanto, uma profissional que, no partear, se ocupa da parturiente, auxiliando-a a andar e a mudar de posição, empregando métodos não farmacológicos de alívio da dor, orientando a sua respiração, entre outros. A sua atuação também pode extrapolar a cena do parto, contribuindo para vivências mais positivas de gestação, puerpério e amamentação. Não se confunde com a acompanhante, porque tem tarefas definidas no atendimento, nem com a enfermeira obstétrica (ou a obstetriz, ou a parteira tradicional), porque não se ocupa da assistência ao parto. Cf. DINIZ, 2001, p. 139; REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS, 2002, p. 20.

¹³⁴ Cf. DINIZ, 2001, p. 35; 2005, p. 629-632; REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO, 2000, p. 3.

¹³⁵ DINIZ, 2001, p. 83.

obstétricos). Nesse sentido, tendo em vista o estudo de caso sobre a Maternidade Leonina Leonor Ribeiro, uma breve apresentação da multiplicidade semântica do termo me parece importante para uma melhor compreensão das tensões e das disputas político-jurídicas desveladas neste trabalho.

A partir dos achados de sua pesquisa de doutorado, a Diniz desenvolveu uma tipologia dos sentidos positivos atribuídos à humanização. São acepções que, com suas convergências e seus conflitos, trazem consigo reivindicações de legitimidade discursiva, pautando agendas políticas¹³⁶. Os tipos mapeados pela autora estão sinteticamente apresentados no seguinte quadro:

Quadro 1 – Referências positivas ao termo “humanização” segundo Simone Grilo Diniz
(Continua)

Tipo	Explicação
Humanização como referida à <i>legitimidade política</i> da reivindicação e da defesa dos direitos das mulheres e das crianças na assistência ao nascimento.	Demanda uma assistência, para além de segura, não violenta. É um sentido que parece já influir no discurso dos formuladores de políticas públicas.
Humanização como referida à <i>legitimidade científica</i> da MBE.	Demanda pelo “padrão ouro” científico da assistência. Reivindica o emprego da técnica orientado por revisões sistemáticas, em contraposição à opinião e à tradição.
Humanização como referida à <i>legitimidade epidemiológica</i> das adequações tecnológicas na assistência.	Demanda, para além de melhores resultados clínicos para as sujeitas assistidas durante o parto e o nascimento, a redução de agravos iatrogênicos maternos e perinatais na sociedade.
Humanização como referida à <i>legitimidade profissional e corporativa</i> de um redimensionamento dos papéis e dos poderes na cena do parto.	Demanda o deslocamento da centralidade da assistência da médica obstetra para a enfermeira obstétrica ou para a obstetrix; do local do parto do bloco cirúrgico para as casas de parto.

Quadro 1 – Referências positivas ao termo “humanização” segundo Simone Grilo Diniz
(Conclusão)

Tipo	Explicação
Humanização como referida à <i>legitimidade financeira</i> dos modelos de assistência.	Demanda pela racionalidade no emprego dos recursos. Argumentada como desvantagem (economia de recursos e sonegação de cuidado), e como vantagem (mais alcance das ações, menos gastos com procedimentos desnecessários).
Humanização como referida à <i>legitimidade da participação da parturiente como consumidora nas decisões sobre sua saúde</i> .	Demanda pela qualificação das relações entre pacientes e cuidadoras, atrelada a uma noção liberal de direitos do consumidor.
Humanização como referida à <i>legitimidade do acesso ao alívio da dor</i> .	Demanda pela oferta de procedimentos tidos como “humanitários” às usuárias do SUS. Trata a analgesia peridural como indispensável ao manejo do parto vaginal.

Fonte: DINIZ, 2001, p. 83-98.

¹³⁶ DINIZ, 2001, p. 86.

Além de vários significados positivos, o termo “humanização” possui muitas interpretações negativas. Quatro são as vertentes de rejeição mapeadas pela Diniz, derivadas de: uma ofensividade da expressão, que agrediria as profissionais da assistência ao afirmar que as suas práticas seriam desumanizadas; uma inadequação no tratamento da necessidade de mudança de paradigmas assistenciais, visto que sugeriria uma abordagem “alternativa”; uma substituição acrítica da tecnologia existente pela mera qualificação da relação entre pacientes e equipes; e uma atribuição de uma carga essencialista do nascimento, como se humanizar fosse resgatar uma “obstetrícia das cavernas”¹³⁷.

Nesse panorama, parece-me necessário ressaltar que a problemática de um essencialismo da humanização não está só no sentido do termo; é possível partir da discussão conceitual para trabalhar as contradições dos movimentos em si. Tratando dos limites à implementação das propostas de humanização da assistência ao parto e ao nascimento, a Diniz aponta o essencialismo como um obstáculo. Segundo a autora, existe o risco de os movimentos, na sua defesa da potência dos corpos femininos para a vivência da parturição, reproduzirem duas espécies de essencialismos: o que afirma que, dada a aptidão natural dos corpos femininos para parir normalmente, o parto vaginal deve acontecer a qualquer custo (físico ou emocional), sendo a sua dor nada mais que um preço a ser pago pela feminilidade completa e adulta; o que reforça a maternidade como uma função natural e essencial das mulheres¹³⁸.

No que se refere ao segundo essencialismo, em “Contribuições para uma reconstrução crítica da gramática moderna da maternidade”, o Marcelo Andrade Cattoni de Oliveira e o Stanley Souza Marques apontam o movimento social pela humanização do parto e do nascimento no Brasil como aparentemente ilustrativo de uma ofensiva naturalista contemporânea, isto é, da indicação de soluções para impasses sociais em uma repaginação do velho discurso da veneração do instinto materno¹³⁹.

Embora não entenda que a humanização illustre a referida investida em razão da multiplicidade dos movimentos que a pautam, concordo com os autores quanto ao fato de que a ressignificação positiva dos corpos e da experiência feminina do parto feita por essas lutas

¹³⁷ DINIZ, 2001, p. 83-85.

¹³⁸ DINIZ, 2001, p. 207.

¹³⁹ CATTONI DE OLIVEIRA, Marcelo Andrade; MARQUES, Stanley Souza. Contribuições para uma reconstrução crítica da gramática moderna da maternidade. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 28, n. 2, p. 1-16, 2020. DOI: 10.1590/1806-9584-2020v28n168037. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ref/v28n1/1806-9584-ref-28-01-e68037.pdf>. Acesso em: 4 maio 2020. p. 6-7.

retoma, em alguma medida, a ideia do instinto materno. Por isso, entendo que o resgate da potência das mulheres para a vivência da parturição tem de ser feito com cuidado, visto que possui um risco inerente de realimentar o forjamento dessas sujeitas na maternidade e no lar.

A Tornquist, empreendendo esforços teóricos de refinar os debates sobre a humanização dos cuidados obstétricos, discorre mais sobre os problemas em discussão. Em “Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto”, a autora demonstra que certas vertentes da crítica ao modelo assistencial tecnocrático não questionam o pensamento ocidental, racionalista e cartesiano que o estruturam¹⁴⁰.

Com isso, algumas frentes das lutas pela humanização acabariam incorporando a falsa dicotomia entre natureza e cultura, fazendo tão somente uma “inversão de sinais”: rejeitando a dimensão cultural/tecnocrática como essencialmente negativa e afirmando a dimensão natural como essencialmente positiva, diante da qual caberia às “mulheres modernas” uma recuperação dos saberes da parturição que lhes foram historicamente expropriados. Trata-se de um discurso que, na ausência de ponderações sobre seus limites e desdobramentos, é bastante normatizador, porque, novamente, coloca as mulheres em um lugar de passividade diante de prescrições ditadas por saberes científicos¹⁴¹.

Em “Paradoxos da humanização em uma maternidade do Brasil”, trabalho desenvolvido a partir de uma observação participante realizada na Maternidade do Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), a Tornquist segue explorando essas tensões do movimento. Na organização hospitalar estudada, então vista como um caso de sucesso pelos movimentos da humanização, a pesquisadora identificou – entre outros problemas – uma série de representações idealizadoras e normatizadoras da maternidade, associadas, por exemplo, à escolha da via de nascimento e ao incentivo à amamentação. Tais retratos reproduzem o ideário higienista do século XIX, recolocando a mãe em um lugar pedagógico e medicalizado. Para a autora, o paradoxo da humanização residiria em advogar por direitos das mulheres durante o parto, mas não observar as suas diferenças socioculturais¹⁴².

A meu ver, as realidades identificadas pela Diniz e pela Tornquist ilustram a heterogeneidade das lutas pela humanização da assistência ao parto e ao nascimento, não

¹⁴⁰ TORNQUIST, 2002, p. 488-489.

¹⁴¹ TORNQUIST, 2002, p. 489-490.

¹⁴² TORNQUIST, Carmen Susana. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 19, supl. 2, p. 419-427, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000800023>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/t7PPK6rNckBFtY3ZQXXKhXj/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 30 nov. 2021.

sendo passíveis de generalização. Entendo, ainda, os problemas e as contradições mapeadas como tensões inerentes aos movimentos, que não mitigam a sua importância para a garantia e para a promoção de direitos de mães e bebês.

2.2.2 Articulações das lutas em agendas políticas brasileiras do final do século XX

No Brasil, profissionais dissidentes começaram a pautar outra obstetrícia na década de 1970, tendo as práticas tradicionais das parteiras e das indígenas como uma forte inspiração – nesse sentido, destacam-se as iniciativas dos médicos Galba de Araújo¹⁴³, no Ceará, e Moisés Parcionick, no Paraná. Já nos anos 1980, emergiram grupos que ofereciam terapias alternativas (por exemplo, a yoga), como o Instituto Aurora, no Rio de Janeiro, como também grupos que pautavam um novo paradigma assistencial e que propunham mudanças nas práticas hegemônicas, tais como o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde e a Associação Comunitária Monte Azul, em São Paulo, e o Curumim e o Cais do Parto, em Pernambuco¹⁴⁴.

Não obstante o destaque desses movimentos mais pontuais, a fim de contextualizar historicamente o estudo de caso sobre a Maternidade Leonina Leonor Ribeiro aqui empreendido, importa conhecer melhor as relações das lutas pela humanização da assistência ao parto e ao nascimento com a estruturação das políticas públicas de saúde brasileiras no final do século passado¹⁴⁵. Saliento, de antemão, que, a partir dos anos 1970, as disputas por um novo paradigma de cuidados obstétricos não necessariamente mobilizaram as organizações por mudanças nas políticas de saúde para as mulheres, bem como nem sempre convergiram nos processos de transformação da lógica da atenção em saúde no Brasil que levaram à instituição do SUS.

Então, mantendo o recorte temporal proposto no início deste capítulo, tem-se que, da segunda metade do século XX em diante, a assistência em saúde brasileira se consolidou com um forte traço: o favorecimento das práticas curativas médico-hospitalares em detrimento de

¹⁴³ Obstetra e docente da Universidade Federal do Ceará (UFC), Galba de Araújo foi precursor de programas que, durante a década de 1970, incorporavam as parteiras tradicionais e o seu conhecimento a uma rede de assistência à gestação e ao parto. Ele foi um incentivador do reconhecimento do trabalho das parteiras e lutou pela introdução da tecnologia adequada nos cuidados obstétricos. Além disso, Galba de Araújo desenvolveu projetos de educação em saúde para a redução da mortalidade materno-infantil e para a participação comunitária nas ações em saúde, os quais obtiveram reconhecimento internacional. Em 1999, no contexto de políticas pela humanização do MS que serão posteriormente tratadas nesta dissertação, o governo brasileiro reconheceu alguns hospitais como maternidades humanizadas, por meio de uma premiação batizada com o nome desse médico (DINIZ, 2001, p. 17, 78-79).

¹⁴⁴ DINIZ, 2005, p. 631.

¹⁴⁵ As políticas públicas voltadas para a humanização da assistência ao parto e ao nascimento no Brasil do terceiro milênio serão discutidas no Capítulo 7 desta dissertação.

ações coletivas de prevenção e promoção da saúde¹⁴⁶. Com isso, foi criada e estimulada uma cultura que valoriza a doença, as especializações médicas e o emprego de tecnologia pesada, ao mesmo tempo que pretere a clínica médica básica e as ações de baixa tecnologia. No que se refere ao atendimento ao parto e ao nascimento, a prevalência desse modelo assistencial curativo e hospitalar representou um terreno fértil para a legitimação, quase absoluta, do paradigma tecnocrático de cuidados no País¹⁴⁷.

Paralelamente a esse cenário, as políticas nacionais de saúde da mulher traduziam, até a década de 1970, uma visão sexista das mulheres, que as restringiam aos papéis sociais de mães e donas de casa. Nesse panorama, os programas materno-infantis de então contemplavam apenas demandas relativas à gestação e ao parto, fazendo com que as brasileiras ficassem desassistidas na maior parte de suas vidas, quando as suas questões de saúde extrapolavam as atinentes à reprodução¹⁴⁸. Vejo, portanto, a seguinte realidade: de meados do século XX até o começo dos anos 1980, as mulheres do Brasil eram carentes de políticas de saúde, salvo quando engravidavam e pariam, momentos em que eram assistidas de acordo com um modelo de cuidados bastante problemático.

No fim da década de 1970, houve a consolidação do Movimento pela Reforma Sanitária no Brasil, que defendia:

[...] a melhoria das condições de saúde da população; o reconhecimento da saúde como direito social universal; a responsabilidade estatal na provisão das condições de acesso a esse direito; a reorientação do modelo de atenção sob a égide dos princípios da integralidade da atenção e da equidade; e a reorganização do sistema com a descentralização da responsabilidade pela provisão de ações e serviços¹⁴⁹.

¹⁴⁶ Desde a década de 1920, o provimento de ações e serviços públicos de saúde no Brasil tinha forte vinculação à previdência, em um sistema que excluía as pessoas não incorporadas ao mercado de trabalho do acesso aos cuidados médicos formais. Essa característica contribuiu para o favorecimento das práticas curativas médico-hospitalares em detrimento de ações coletivas de prevenção e promoção da saúde, sobretudo após o golpe militar, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Nesse momento, se consolidou a duplicidade de responsabilidades federais no campo da saúde: o MS, incumbido das ações coletivas de saúde, com enfoque precipuamente preventivo e com um orçamento diminuto; o extinto Ministério da Previdência Social (MPS), responsável pela assistência médico-hospitalar individual, de natureza curativa e com um orçamento maior. A vultuosidade dos recursos disponíveis para o MPS contribuiu para a articulação dos cuidados médicos com a indústria médico-hospitalar, interessada em absorver parcelas do fundo público. Isso favoreceu a predileção pela especialização médica e pelo emprego de tecnologia pesada no Brasil. Cf. BARA MAIA, 2008, p. 28-35.

¹⁴⁷ BARA MAIA, 2008, p. 35.

¹⁴⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. p. 15. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf. Acesso em: 3 ago. 2021.

¹⁴⁹ MERCADANTE, 2002 *apud* BARA MAIA, 2008, p. 31.

As agendas do referido movimento tinham convergências com o que grupos feministas reivindicavam quanto a políticas de saúde da mulher. Afinal, as mulheres organizadas demandavam o seu reconhecimento como sujeitas de direito, detentoras de necessidades de saúde que extrapolam os processos reprodutivos. Portanto, essas articulações pleiteavam ações que melhorassem as condições de saúde das mulheres de forma integral e que contemplassem os diferentes grupos sociais, com suas múltiplas realidades econômicas e culturais¹⁵⁰.

Parece-me, então, que essas duas articulações de insatisfeitas com a provisão de serviços de saúde no Brasil convergiam no tocante à necessidade de reorganizar o modelo de atenção para que se orientasse pela integralidade e pela equidade. E que, dados os moldes sexistas das primeiras políticas de saúde da mulher no País, isso exigiria um deslocamento do enfoque nos cuidados com a gestação e com o parto para as outras necessidades de saúde dessas sujeitas – um movimento que, aparentemente, não criava muito espaço para avanços na humanização da assistência obstétrica.

Conquistas decorrentes dessas mobilizações foram a criação da Área Técnica da Saúde da Mulher do Ministério da Saúde (MS)¹⁵¹ e, em 1984, do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Partindo do arcabouço conceitual que, posteriormente, embasaria a formulação do SUS, o PAISM representou uma ruptura com os referenciais que pautavam as políticas de saúde da mulher de até então, por meio da incorporação dos princípios e das diretrizes da descentralização, da hierarquização e da regionalização dos serviços, como também da integralidade e da equidade da atenção¹⁵². Além da atenção pré-natal e ao parto, as ações do novo programa contemplavam o puerpério, o climatério e o planejamento reprodutivo, entre outras necessidades identificadas com base no perfil populacional das mulheres¹⁵³.

Embora o cenário ora delineado aparente uma marginalização das agendas pela qualificação dos cuidados obstétricos, isso não é de todo verdadeiro. Os movimentos pela humanização também compuseram as organizações de mulheres por transformações nas políticas de saúde, bem como encontraram suporte na demanda pela melhoria das condições de saúde da população pautada pelo Movimento pela Reforma Sanitária no Brasil.

¹⁵⁰ BRASIL, 2004a, p. 16.

¹⁵¹ RATTNER *et al.*, 2014, p. 125.

¹⁵² BRASIL, 2004a, p. 16-17.

¹⁵³ BRASIL, 1984 *apud* BRASIL, 2004, p. 17.

Nesse sentido, a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CR/88) – que definiu a saúde como um direito social de todas e um dever do Estado e que viabilizou a construção do SUS¹⁵⁴ – influiu na implementação do PAISM. Com a descentralização das ações e dos serviços públicos de saúde, criou-se um espaço privilegiado para a reorganização das políticas de atenção à saúde das mulheres, seguindo os princípios e as diretrizes previstas na CR/88 e nas legislações que regulamentam o SUS¹⁵⁵. Em meio a esses processos, surgiram, entre outras, duas organizações sociais que contribuíram muito para que as lutas pela humanização da assistência ao parto e ao nascimento mobilizassem as agendas político-jurídicas de então: a Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos e a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa).

A Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos foi fundada em 1991 durante o Seminário Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, promovido em Itapeverica da Serra, no Estado de São Paulo. Ao longo da década de 1990, essa Rede teve forte atuação em conferências e conselhos de saúde, pautando, perante a sociedade civil e os Poderes constituídos, a defesa e a promoção dos direitos reprodutivos e da integralidade na assistência à saúde das mulheres¹⁵⁶.

Já a ReHuNa foi fundada em 1993 e teve como uma de suas várias frentes de atuação a busca por contribuir para a formulação de políticas públicas referentes ao tema¹⁵⁷. Enquanto as administrações federais viviam dificuldades e descontinuidades nos processos de assessoria e apoio para a implementação do PAISM¹⁵⁸, as associadas à Rede contribuíram para a implementação, na década de 1990, da primeira política explícita de humanização da assistência ao parto e ao nascimento, promovida pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro¹⁵⁹.

Nesse panorama, segundo a Rattner *et al.*, houve a criação da Maternidade Leila Diniz em 1994, a qual implantou o paradigma humanizado de cuidados obstétricos e serviu de modelo para outras organizações hospitalares municipais. Além disso, a referida Secretaria foi

¹⁵⁴ BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 7 out. 2021.

¹⁵⁵ BRASIL, 2004a, p. 17.

¹⁵⁶ REDE FEMINISTA DE SAÚDE. Linha do Tempo dos 30 Anos da Rede Feminista de Saúde, mar.-ago. 2021. Disponível em: <https://www.redesaude.org.br/linha-do-tempo/>. Acesso em: 10 jul. 2022.

¹⁵⁷ RATTNER *et al.*, 2014, p. 116.

¹⁵⁸ BRASIL, 2004a, p. 18.

¹⁵⁹ RATTNER *et al.*, 2014, p. 118.

precursora na instituição do direito à acompanhante durante o parto e o nascimento, por meio de resolução publicada em 1998 que inspirou leis e portarias em outras localidades¹⁶⁰.

Paralelamente a essas ações, a ReHuNa buscou aliar-se aos governos federais para conseguir influir na formulação de políticas públicas em nível nacional. Com esse propósito, a Rede participou dos congressos da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) realizados em 1997 e em 1998, contribuindo para a aprovação de moções que foram encaminhadas para o MS¹⁶¹. Essa articulação provavelmente confluiu com o momento da administração pública federal do final da década de 1990, quando finalmente passou a priorizar a saúde da mulher, trabalhando sobretudo pela redução da mortalidade materna, com enfoque nas questões relacionadas à assistência obstétrica¹⁶².

Um valoroso resultado dessas ações foi o lançamento do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) já no ano de 2000, com várias publicações que incorporavam as demandas da ReHuNa e as evidências científicas¹⁶³. Fato é que, a partir da virada do milênio, houve uma profusão de portarias, normas e manuais de procedimentos do MS que demonstram que o Estado brasileiro adotou o paradigma de humanização da assistência ao parto e ao nascimento como estratégia privilegiada para melhorar a saúde e para reduzir a incidência da mortalidade materna¹⁶⁴.

Isso posto, entendo que, ao final do século XX, mesmo que as mudanças no modelo de cuidados obstétricos não tenham sido a principal pauta das mulheres organizadas por melhorias na política de saúde a elas destinada, com a ordem jurídica inaugurada pela CR/88 – e, particularmente, com o advento do SUS – foi possível que esses movimentos pela humanização *tensionassem* os processos de formulação e implantação de políticas de saúde no Brasil. Então, mesmo com o titubear da consolidação do PAISM, as *disputas político-jurídicas* iniciadas depois de 1970 e alavancadas com a criação de organizações como a Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos e a ReHuNa conseguiram fazer com que o Estado adotasse a humanização como paradigma assistencial – o que, entretanto, só passou a ter mais impactos em políticas de saúde pelo Brasil no século XXI.

Apresentado o contexto histórico do estudo de caso – entretecido com a exposição de conceitos-chave e marcos teóricos deste trabalho –, entendo ser necessário demonstrar a

¹⁶⁰ RATTNER *et al.*, 2014, p. 118.

¹⁶¹ RATTNER *et al.*, 2014, p. 118.

¹⁶² BRASIL, 2004a, p. 18.

¹⁶³ RATTNER *et al.*, 2014, p. 118.

¹⁶⁴ BRASIL, 2002; JORNAL DO CNS, 2006; LEÃO, 2000, 2003; REDESAÚDE, 1999; SANTOS e ARAÚJO, 2006; SERRUYA, 2003; SERRUYA, LAGO e CECATTI, 2004 apud BARA MAIA, 2008, p. 50.

importância de adotar a *Teoria Crítica da Constituição* como *chave de leitura* a partir da qual se desenvolvem formulações teóricas nos próximos capítulos.

2.3 Possibilidades advindas do recurso à Teoria Crítica da Constituição

Entre as diversas disciplinas que cuidam da relação entre o direito e a política, compreendo que a Teoria da Constituição se mostra muito pertinente aos objetivos desta pesquisa de mestrado. Em primeiro lugar, porque esse campo disciplinar concebe que o direito e a política se medeiam e se diferenciam por meio da constituição e, portanto, empenha-se no estudo do processo político pela perspectiva de sua institucionalização jurídica. Em outras palavras, entende que a constituição inventada no final do século XVIII¹⁶⁵ diferencia e conecta o direito e a política, viabilizando tanto a institucionalização legítima da política quanto a efetivação das decisões jurídicas por meio da mobilização do aparato coercitivo¹⁶⁶.

Dessa forma, a Teoria da Constituição busca assimilar a normatividade constitucional como componente do contexto político, social e econômico em que se insere¹⁶⁷. Isso faz com que a disciplina tenha o papel central de ser a chave interpretativa do Direito Constitucional e, assim, com que ofereça duas contribuições: uma compreensão do Direito Constitucional enquanto processo de aprendizagem, em longo prazo e aberto ao porvir, com o direito e com a política; e uma reconstrução do Direito Constitucional na direção da abertura de seus princípios ao porvir das lutas por reconhecimento de novas sujeitas e novos direitos¹⁶⁸.

A meu ver, essas primeiras considerações já apontam a pertinência a Teoria da Constituição para o empreendimento do estudo de caso sobre a Maternidade Leonina Leonor Ribeiro. Afinal, com os devidos recortes, o caso em questão é a história de várias tensões e disputas político-jurídicas que levaram (até o momento) à não implementação de uma política

¹⁶⁵ Até as constituições revolucionárias o final do século XVIII, tinha-se que o direito positivo adotava como fundamento de validade um direito natural, fosse ele tradicional e religioso, fosse ele moral ou racional. Então, nesse momento histórico, quando se fala em invenção da constituição, o que está em questão é a criação do seu conceito moderno, que fez com que o fundamento de validade do direito positivo deixasse de ser o direito natural e se tornasse a própria constituição, como um direito superior no interior do próprio direito positivo. Passa a existir um direito “constitucional”, cujas normas são validamente produzidas, porque de acordo com normas constitucionais. É essa característica de suprallegalidade que permite que as constituições de hoje tanto diferenciem, quanto conectem o direito e a política (CATTONI DE OLIVEIRA, Marcelo Andrade. *Contribuições para uma Teoria Crítica da Constituição*. 2. ed. rev. e ampl. Belo Horizonte: Conhecimento Editora, 2021a. p. 107-108; CATTONI DE OLIVEIRA, Marcelo Andrade. *Teoria da Constituição*. 3. ed. rev. e ampl. Belo Horizonte: Conhecimento Editora, 2021b. p. 68).

¹⁶⁶ CATTONI DE OLIVEIRA, 2021a, p. 108.

¹⁶⁷ CATTONI DE OLIVEIRA, 2021a, p. 97; 2021b, p. 25.

¹⁶⁸ CATTONI DE OLIVEIRA, 2021a, p. 111-113; 2021b, p. 37-38.

pública de saúde. Assim, a Teoria da Constituição atrai um estudo da normatividade constitucional para a pesquisa, na medida em que possibilita investigar a legitimidade da institucionalização dessa política no contexto político, social e econômico dos processos de mudança de paradigmas da assistência ao parto e ao nascimento em Belo Horizonte.

Além do mais, o estudo de caso sobre a Leonina ilustra o potencial da Teoria da Constituição enquanto chave interpretativa do Direito Constitucional. Isso porque, no meu entender, todo o processo histórico de desnaturalização das violências inerentes ao modelo tecnocrático de cuidados obstétricos e reivindicação da humanização da assistência, apresentado nas seções anteriores deste capítulo, constitui lutas pelo reconhecimento de novos direitos. Então, uma vez que esse processo subjaz e compõe os movimentos pela implementação da Maternidade, compreendo que o recurso à Teoria da Constituição contribui para evidenciar a importância de reconstruir os princípios do Direito Constitucional em direção a uma abertura ao porvir de tais lutas.

Feitas essas primeiras considerações, é importante frisar que a chave de leitura adotada para estudar o caso da Leonina é a da Teoria Crítica da Constituição, que possui um enfoque *crítico-reconstrutivo*, cujos contornos estão particularmente delineados na obra *Contribuições para uma Teoria Crítica da Constituição*, do Cattoni de Oliveira^{169 170}. Passo a expô-los em suas relações com esta pesquisa.

De início, uma *contribuição* da Teoria Crítica da Constituição para as questões postas neste trabalho é a possibilidade de compreender as lutas pela humanização da assistência ao parto e ao nascimento, sobretudo no contexto posterior à promulgação da CR/88, por uma perspectiva outra que não a da chamada *teoria dos dois mundos* (real *versus* ideal). Essa é uma abordagem afeta a certas percepções e interpretações mais tradicionais do Direito

¹⁶⁹ CATTONI DE OLIVEIRA, 2021a. Em essência, a obra é correspondente à tese de titularidade em Direito Constitucional do autor.

¹⁷⁰ É importante destacar que *Contribuições para uma Teoria Crítica da Constituição* é um trabalho que resgata e remonta um percurso acadêmico de anos do Cattoni de Oliveira, muitos dos quais sob orientação do Menelick de Carvalho Netto. Ao Carvalho Netto, por sua vez, é atribuída a formação de uma escola de Teoria da Constituição e Direito Constitucional no Brasil, de modo que alguns elementos das contribuições do Cattoni de Oliveira para uma Teoria Crítica da Constituição haviam sido traçados em diálogo com escritos do seu orientador. Para a tese de titularidade ora mobilizada, destaca-se a apresentação da conferência “Legitimidade como conflito concreto do direito positivo”, do Friedrich Müller. Muito resumidamente, nela o Carvalho Netto trata da compreensão da legitimidade à luz da natureza discursiva do Direito Constitucional, a qual passa a pressupor a constitucionalidade e a legalidade e afeta o entendimento do Estado Democrático de Direito. Cf. CARVALHO NETTO, Menelick de. Apresentação a “Legitimidade como conflito concreto do direito positivo”, de Friedrich Müller. In: CARVALHO NETTO, Menelick de. *Teoria da Constituição e Direito Constitucional*. Escritos selecionados, v. 1. Belo Horizonte: Conhecimento Editora, 2021. p. 169-174; CATTONI DE OLIVEIRA, 2021a, p. 119-121; GOMES, David Francisco Lopes. Apresentação. In: CARVALHO NETTO, Menelick de. *Teoria da Constituição e Direito Constitucional*. Escritos selecionados, v. 1. Belo Horizonte: Conhecimento Editora, 2021. p. ix-xii.

Constitucional que, partindo de teorias jurídicas especializadas em questões normativas, pautam-se pela “[...] identificação de contrastes ou hiatos entre um Direito Constitucional que se pretende legítimo e realidades político-sociais e econômicas *recalcitrantes*, um *ideal* a ser buscado e uma *crua realidade*”¹⁷¹.

Outro contorno próprio da Teoria Crítica da Constituição – enquanto referente às demais Teorias Críticas do, de e ao Direito – é o seu revestimento de cunho eminentemente interdisciplinar. Essa é uma característica bastante importante do enfoque da Teoria da Constituição aqui adotado, porque reflete os seus questionamentos tanto ao caráter científico do direito – o qual, na verdade, não se presta a aplicações mecânicas e objetivas de normas a fatos –, quanto à pretensa neutralidade política do aparato jurídico, denunciando a sua função ideológica de reforçar e reproduzir relações sociais estabelecidas¹⁷².

Nesse panorama, entendo que a estrutura interdisciplinar da Teoria Crítica da Constituição diz muito sobre a sua pertinência e o seu potencial de contribuições para esta pesquisa. Afinal, em se tratando de uma investigação sobre a (não) implementação de uma política pública destinada a transformar paradigmas de assistência ao parto e ao nascimento, trabalhar com o que os movimentos sociais e as contribuições científicas oriundas de outros campos disciplinares – especialmente os da saúde coletiva, da saúde das mulheres e das ciências sociais – aportam em termos seja de compreensões sobre sentidos de e dos direitos, seja de agendas políticas, parece-me essencial para o mapeamento das tensões, das contradições e das disputas político-jurídicas que perfazem o caso da Maternidade.

A propósito, é muito em função da abertura da Teoria da Constituição a um enfoque multidisciplinar¹⁷³ que se torna possível compreender as lutas pela humanização da assistência ao parto e ao nascimento não como uma necessidade decorrente simplesmente de uma não efetivação dos, por exemplo, direitos à saúde, à liberdade e à igualdade para mulheres e para bebês durante o atendimento ao ciclo gravídico-puerperal. A meu ver, a Teoria Crítica da Constituição permite compreendê-las como imprescindíveis justamente porque conferem legitimidade e efetividade à CR/88, na medida em que disputam interpretativa e politicamente, na esfera pública, sentidos *de* e *da* constituição, sob a pressão dos imperativos sistêmicos do capitalismo e da administração pública que está sempre em risco de se autoprogramar¹⁷⁴.

¹⁷¹ CATTONI DE OLIVEIRA, 2021b, p. 33, grifos do autor.

¹⁷² CATTONI DE OLIVEIRA, 2021a, p. 126.

¹⁷³ Cf. CATTONI DE OLIVEIRA, 2021a, p. 124.

¹⁷⁴ Cf. CATTONI DE OLIVEIRA, 2021a, p. 130-131.

Em outras palavras, as participantes das referidas lutas pela humanização assumem que o direito não é um dado, nem mera questão de fato, e, partindo disso, tensionam os conteúdos de certas disposições da constituição sobre o que são direitos e sobre o que é de direito de mulheres e bebês na assistência aos processos de parturição. Fazem-no pautando uma série de questões referentes a deveres, a obrigações e a responsabilidades¹⁷⁵, tais como: o dever das profissionais de saúde de fazer o uso da tecnologia adequada e viabilizar o exercício da autonomia de gestantes e parturientes durante os cuidados obstétricos; a obrigação das gestoras públicas de reformular o funcionamento de serviços de saúde, incorporando protocolos clínicos atualizados; e a responsabilidade dos governos de financiar reformas e construções de equipamentos com a ambiência adequada à vivência do bom parto.

Nessa linha de raciocínio, pensando especificamente nas lutas pela implementação da Maternidade Leonina Leonor Ribeiro, a pressão dos imperativos sistêmicos do capitalismo e da administração pública sobre as disputas públicas e interpretativas por sentidos de e da constituição é muito evidente. Isso porque representantes do corporativismo médico e do empresariado hospitalar tensionaram acepções dos direitos à saúde, à liberdade e à igualdade e, inclusive, pautaram sentidos de humanização, buscando (e, por vezes, conseguindo) direcionar os processos jurídico-políticos ao atendimento dos interesses capitalistas por elas representados. Ainda, porque todos esses debates foram pautados em razão, a partir e para a (não) execução de uma política de saúde pela administração pública, a qual ora se abriu às disputas interpretativas pautadas pelos movimentos sociais, ora se ensimesmou em uma autoprogramação apartada de tais discussões.

Então, compreendo que, ao disputarem interpretativa e politicamente na esfera pública novos sentidos de direitos e do que são de direito, os movimentos por mudanças de paradigmas na assistência obstétrica ilustram a legitimidade e a efetividade da constituição enquanto *tensão constitutiva do* ou *contradição interna ao* direito positivo. Nesse sentido, o caráter conflitivo da constitucionalidade é compreendido como uma controvérsia interpretativa, que possui sentido normativo e que só “[...] se dá sob a pressão dos imperativos sistêmicos do capitalismo e da administração burocrática”¹⁷⁶.

Digo isso por entender que as lutas pela humanização do atendimento ao parto e ao nascimento são lutas constantes por novas inclusões que representam, além de um alargamento do rol de direitos, redefinições totais das noções de liberdade e igualdade. Esse

¹⁷⁵ Cf. CATTONI DE OLIVEIRA, 2021a, p. 131.

¹⁷⁶ CATTONI DE OLIVEIRA, 2021a, p. 131.

processo se funda na pretensão de realizar a ideia de que somos e de que devemos ser uma comunidade de sujeitas livres e iguais e exige, para que os direitos fundamentais existam como tais, que a constituição seja o princípio de um movimento perene de aquisição de novos direitos fundamentais (possibilidade essa expressamente prevista no artigo 5º, parágrafo 2º da CR/88¹⁷⁷)¹⁷⁸.

Ocorre que a vivência das tensões constitutivas e das contradições decorrentes da implicação das noções de legitimidade (e efetividade) no conceito de constitucionalidade¹⁷⁹ integra um processo de aprendizagem social de longo prazo. Com o direito e com a política, esse processo é atravessado pela negação da liberdade e da igualdade em disputa, por tropeços e por retrocessos. Desse modo, não se trata de buscar um progresso implacável, mas sim de ter a capacidade de, reflexivamente, se autocorriger – o que se dá pelo tensionamento dos princípios do Estado de Direito e dos direitos fundamentais pelas próprias lutas políticas, sociais e econômicas¹⁸⁰.

Nesse sentido, delineando melhor as possibilidades de leitura das lutas pela humanização da assistência ao parto e ao nascimento pela Teoria Crítica da Constituição, a construção histórica desses movimentos se deu, inicialmente, pela experiência do negativo. Isto é: foi a partir da compreensão de que a atenção a mulheres e a bebês de acordo com o paradigma de cuidados obstétricos hegemônico é violenta e, dessa forma, *não* justa, *não* garantidora de saúde e liberdade e *não* promotora de igualdade¹⁸¹ que se começou a pautar um novo modelo de atendimento, no caso, o da humanização.

Além disso, como apresentado neste capítulo, essas lutas não são livres de problemas, visto que correm o risco de resgatar a velha veneração ao instinto materno e ignorar a

¹⁷⁷ “Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: [...] § 2º Os direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte” (BRASIL, 1988).

¹⁷⁸ Cf. CARVALHO NETTO, Menelick de. A hermenêutica constitucional e os desafios postos aos direitos fundamentais. In: CARVALHO NETTO, Menelick de. *Teoria da Constituição e Direito Constitucional*. Escritos selecionados, v. 1. Belo Horizonte: Conhecimento Editora, 2021. p. 100.

¹⁷⁹ A ideia de implicação das noções de legitimidade no conceito de constitucionalidade remonta o já mencionado texto “Legitimidade como conflito concreto do direito positivo”, do Müller. Segundo o autor, levando em consideração a natureza discursiva do Direito Constitucional, a legalidade deixa de ser uma mera observância de trâmites e formas prescritas e se torna uma expressão da materialidade do ordenamento constitucional. A legitimidade, por sua vez, passa a remeter às condições materiais e formais de funcionamento democrático das instituições, à ideia de soberania popular como o fluxo da discussão democrática. Ambas noções pressupõem a ideia de constitucionalidade, que implica que um Estado só existe enquanto tal, na medida em que se define juridicamente conforme a sua própria constituição. Cf. CATTONI DE OLIVEIRA, 2021a, p. 119-120.

¹⁸⁰ CATTONI DE OLIVEIRA, 2021a, p. 130-132.

¹⁸¹ CATTONI DE OLIVEIRA, 2021a, p. 132.

pluralidade de existências e vivências das mulheres e, assim, perder de vista o propósito de resgatar o protagonismo das mães durante os processos de parturição.

Não obstante, mesmo sendo falíveis, as lutas pela humanização da assistência ao parto e ao nascimento estão sempre disputando e tensionando noções de direitos, a partir de que galgaram a concretização de melhorias nas vidas de gestantes, parturientes e suas famílias. Afinal, em razão desse movimento de aprendizagem coletiva constante, é crescente o número de mulheres que rejeita a submissão sistemática a violências durante os processos de parturição. Além disso, hoje já existem (ainda que de maneira minoritária e, em regra, excludente) políticas públicas promotoras de mudanças de paradigmas assistenciais e possibilidades de atendimento humanizado no mercado.

A meu ver, essas são características dos movimentos que demonstram a compatibilidade de se fazer um estudo deles e do caso da Maternidade Leonina Leonor Ribeiro com referência à Teoria Crítica da Constituição, o que passo a desenvolver nos próximos capítulos.

Parte 2

**A (NÃO) IMPLEMENTAÇÃO DA MATERNIDADE LEONINA LEONOR
RIBEIRO: UMA ROTA DA VANGUARDA AO RETROCESSO**

3 O CONTEXTO: A COMISSÃO PERINATAL DE BELO HORIZONTE

A idealização e a construção da Maternidade Leonina Leonor Ribeiro são processos precedidos por anos de um trabalho muito impactante e inovador desenvolvido pela Comissão Perinatal de Belo Horizonte. Como dito na apresentação dos aspectos metodológicos deste trabalho, essa atuação pregressa ao que delimitarei como o começo do caso em estudo trata-se de um contexto muito relevante para a compreensão do quadro de questões do interesse da pesquisa¹⁸², motivo pelo qual apresentá-lo é imprescindível.

Assim, dedico este capítulo a uma narrativa sobre o que foi a Comissão Perinatal e sobre o que ela pautou e promoveu em Belo Horizonte, sobretudo até o marco temporal de início do caso propriamente dito, que é 2006¹⁸³. Não obstante, vale dizer que no decorrer da maior parte dos anos desde a construção da Leonina, a Comissão Perinatal manteve a sua forte atuação, visando não apenas à inauguração e ao funcionamento desse equipamento de saúde, como também à continuidade das mudanças de paradigmas de cuidados obstétricos e neonatais na cidade. Por essa razão, mesmo com um capítulo que lhe é dedicado, a interveniência da Comissão Perinatal atravessará a dissertação em outros momentos.

3.1 A atuação da Comissão Perinatal

3.1.1 A criação na década de 1990

A Comissão Perinatal de Belo Horizonte foi instituída em 1993 com a finalidade de qualificar a assistência às mulheres e às recém-nascidas durante a gestação, o parto e o nascimento e reduzir morbimortalidades maternas, perinatais e infantis¹⁸⁴. Ela foi um fórum interdepartamental e interinstitucional da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA), responsável pela gestão das políticas de atenção ao ciclo gravídico-puerperal. Possuía caráter técnico, educativo, consultivo e deliberativo e pautava discussões permanentemente¹⁸⁵.

¹⁸² Cf. MACHADO, 2017, p. 375-376.

¹⁸³ Como já exposto, este estudo de caso emprega a análise documental como principal ferramenta metodológica. A despeito disso, tendo em vista que a experiência da Comissão Perinatal já foi narrada em algumas publicações científicas, o presente capítulo prescindirá da análise de documentos para a escrita da narrativa pretendida.

¹⁸⁴ BARA MAIA, 2008, p. 108.

¹⁸⁵ FIGUEIREDO, Vera de Oliveira Nunes; LANSKY, Sônia. Fóruns perinatais no âmbito do plano de qualificação das maternidades e redes perinatais (PQM) na Amazônia Legal e Nordeste. *Caderno HumanizaSUS*, Brasília, v. 4, p. 77-108, 2014. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/humanizacao-do-parto-e-do-nascimento/>. Acesso em: 31

Nesse panorama, no artigo intitulado “Gestão da qualidade e da integralidade do cuidado em saúde para a mulher e a criança no SUS-BH: a experiência da comissão perinatal”, Sônia Lansky apresenta que a Comissão Perinatal se incumbiu do planejamento, da avaliação, do monitoramento, da normatização e da divulgação das ações em saúde, envolvendo toda a rede de assistência: do planejamento reprodutivo ao atendimento hospitalar de alto risco. Os seus trabalhos visavam à adequação dos cuidados às necessidades da população que, usuária do SUS ou da rede suplementar, pouco conhece os seus direitos ou as responsabilidades dos serviços de saúde. O seu objetivo era construir um acordo ético no Município, responsabilizando gestoras e diretoras dos serviços pela assistência prestada às gestantes, às puérperas e às recém-nascidas¹⁸⁶.

Inicialmente, a atuação da Comissão Perinatal em conjunto com a Atenção Primária à Saúde (APS) e a Saúde da Mulher foi direcionada para a reorganização da atenção básica. De modo pioneiro no Brasil, houve a implantação do planejamento reprodutivo em 1994¹⁸⁷, com a disponibilização de métodos contraceptivos e práticas educativas em todos os centros de saúde¹⁸⁸. Além disso, investiu-se muito na ampliação do acesso e na qualificação da assistência ao pré-natal, por meio de medidas como: a viabilização do acompanhamento em todos os postos de saúde da cidade; o agendamento das consultas, de modo a garantir a continuidade dos cuidados durante toda a gestação; e a inserção das profissionais de enfermagem no acompanhamento pré-natal, o que não apenas aumentou a abrangência dos serviços, como também valorizou a categoria¹⁸⁹.

Então, como consta na dissertação de mestrado da Mônica Bara Maia, em 3 de maio de 1996, a Comissão Perinatal foi formal e permanentemente constituída por meio da Portaria

mar. 2020; LANSKY, Sônia. Gestão da qualidade e da integralidade do cuidado em saúde para a mulher e a criança no SUS-BH: a experiência da comissão perinatal. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, v. 4, n. 4, p. 191-199, 2010. DOI: <https://doi.org/10.18569/tempus.v4i4.846>. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/846>. Acesso em: 31 mar. 2020.

¹⁸⁶ LANSKY, 2010, p. 194-195.

¹⁸⁷ O pioneirismo da medida reside no fato de que, muito embora o planejamento reprodutivo já fosse reconhecido como um direito desde 1988, haja vista o art. 226, §7º, da CR/88, a sua regulamentação em nível nacional só aconteceu em 1996, com a publicação da Lei Federal nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996 – mais conhecida como Lei do Planejamento Familiar. Cf. BRASIL, 1988; BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 15 jan. 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm. Acesso em: 13 fev. 2022.

¹⁸⁸ FIGUEIREDO; LANSKY, 2014, p. 88; LANSKY, 2010, p. 195.

¹⁸⁹ FIGUEIREDO; LANSKY, 2014, p. 88; LANSKY, 2010, p. 195; PORTO, Dora. Programa Comissão Perinatal de Belo Horizonte. In: LOTTA, Gabriela Spanghero *et al.* (org.). *20 experiências de gestão pública e cidadania*. São Paulo: Programa Gestão Pública e Cidadania, 2003. p. 4. Disponível em: http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/15744/relatorio_completo_2002.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 21 mar. 2020.

SMSA/SUS-BH 014/96. Depois disso, no mês de dezembro de 1997, houve a constituição do Comitê Municipal de Prevenção à Mortalidade Materna de Belo Horizonte, por meio da Portaria SMSA/SUS-BH 023/97, o qual passou a trabalhar com a investigação de todos os óbitos maternos de mulheres residentes da capital mineira, visando à identificação de falhas assistenciais e à sugestão de medidas preventivas¹⁹⁰.

Ainda segundo a referida pesquisadora, ao final da década de 1990, as pessoas, de modo geral, entendiam que a qualidade da assistência obstétrica em Belo Horizonte era muito ruim. E, de fato, há dados que sustentam essa percepção coletiva. A título de exemplificação, tem-se que 1998 foi um ano crítico no tocante à mortalidade materna no Município, com 59 altas por mortes de mulheres em casos de internação obstétrica pelo SUS¹⁹¹. O ano de 1999, por sua vez, foi dramático no que se refere à incidência de óbitos perinatais e neonatais precoces, com taxas equivalentes às encontradas em países desenvolvidos ao final da década de 1960¹⁹².

Nesse cenário, parece-me que duas características da rede assistencial concorriam, de modo preponderante, para os maus resultados. A primeira, a coexistência de desfechos negativos altamente preveníveis derivados tanto de um manejo clínico inadequado durante o parto e o nascimento, quanto da falta de acesso da população aos serviços de saúde – mais especificamente, aos leitos obstétricos qualificados para as mulheres e aos leitos em Centros de Terapia Intensiva (CTI) neonatal para as recém-nascidas¹⁹³. A segunda, o atravessamento da desigualdade socioeconômica nessa realidade, visto que os piores resultados assistenciais eram mapeados em equipamentos da rede pública de saúde do Município¹⁹⁴.

A Bara Maia apresenta que, insatisfeitas com o panorama do atendimento ao ciclo gravídico-puerperal na cidade, no ano de 1999, mulheres organizadas realizaram o Fórum da Maternidade em Belo Horizonte. Tratou-se de uma proposta de formação de uma articulação política entre instituições governamentais, instituições não governamentais e profissionais de saúde, com o intuito de promover a saúde materna das belo-horizontinas. Na ocasião, as diretoras das maternidades municipais apresentaram várias das dificuldades que comprometiam a assistência ao parto e ao nascimento na cidade, entre elas a deficiência de

¹⁹⁰ BARA MAIA, 2008, p. 108.

¹⁹¹ BARA MAIA, 2008, p. 115.

¹⁹² OPS, 1999 *apud* LANSKY; FRANÇA; LEAL, 2002, p. 1395.

¹⁹³ LANSKY; FRANÇA; LEAL, 2002, p. 1397-1398.

¹⁹⁴ LANSKY, Sônia; FRANÇA, Elisabeth; KAWACHI, Ichiro. Social Inequalities in Perinatal Mortality in Belo Horizonte, Brazil: The Role of Hospital Care. *American Journal of Public Health*, v. 97, n. 5, p. 867-873, maio 2007. DOI: <https://dx.doi.org/10.2105%2FAJPH.2005.075986>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1854859/>. Acesso em: 18 maio 2020. p. 870.

leitos de CTI neonatal, o sucateamento da estrutura física dos equipamentos e as dificuldades na formação de recursos humanos¹⁹⁵.

Esse contexto de mobilização de movimentos sociais¹⁹⁶ somou-se ao reconhecimento, por parte da SMSA, de que o atendimento à saúde materna deveria ser integral, isto é: de que apenas a realização de um acompanhamento pré-natal de qualidade sem uma assistência qualificada ao parto e ao nascimento não conseguiria garantir os resultados epidemiológicos desejados. Portanto, em 1999 a atuação da Comissão Perinatal se transformou – transformação essa nomeada como um “salto” pela Dora Porto no trabalho “Programa Comissão Perinatal de Belo Horizonte”¹⁹⁷.

3.1.2 A virada do milênio e as mudanças de perspectivas

Um primeiro aspecto de destaque do referido salto foi o início da avaliação sistemática das maternidades contratadas por e conveniadas ao SUS de Belo Horizonte. Com essa iniciativa, identificou-se que apenas sete dessas 16 organizações hospitalares tinham condições de atender as mulheres e as recém-nascidas de modo seguro¹⁹⁸. Segundo a Lansky, no ano seguinte foi estabelecido um fluxo de atendimento para essas usuárias dos serviços, de modo a assegurar às gestantes o referenciamento e a vinculação, desde a primeira consulta de pré-natal, a uma das maternidades de qualidade, que passaram a ter o compromisso com e a responsabilidade por essas pacientes. Assim, houve uma progressiva redução de partos e nascimentos em estabelecimentos de baixa qualidade, até a sua interrupção em 2001¹⁹⁹.

Vale destacar que, entre as instituições que deixaram de receber usuárias, estavam hospitais tradicionais da cidade, os quais reagiram violentamente ao corte do fluxo. Segundo a Porto, nesses embates, para que a Comissão Perinatal se sagra-se “vencedora”, o respaldo da Vigilância Sanitária (VISA) foi muito importante. Isso porque o órgão trabalhou com instrumentos de avaliação da assistência que trouxeram para a referida Comissão a certeza de que a desqualificação dos estabelecimentos de baixa qualidade era uma medida justa²⁰⁰.

¹⁹⁵ REDESAÚDE, 1999 *apud* BARA MAIA, 2008, p. 115-116.

¹⁹⁶ BARA MAIA, 2008, p. 116.

¹⁹⁷ LANSKY, 2010, p. 195; PORTO, 2003, p. 5.

¹⁹⁸ UNICEF; REHUNA. *Assistência ao parto e ao nascimento: uma agenda para o século 21*. 1. ed. Brasília: Unicef; ReHuNa, 2021. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/media/17491/file/assistencia-ao-parto-e-nascimento-uma-agenda-para-o-seculo-21.pdf>. Acesso em 10 jul. 2022.

¹⁹⁹ LANSKY, 2010, p. 195.

²⁰⁰ PORTO, 2003, p. 11-12.

O estabelecimento de um fluxo de atendimento e o descredenciamento de equipamentos inadequados foram muito importantes para uma mudança na postura da rede assistencial perante os direitos das mulheres e das recém-nascidas, a qual estreitou a responsabilização dos serviços pela população²⁰¹. Além disso, com a vinculação às maternidades de qualidade, foi resolvido o antigo problema da peregrinação das gestantes em busca de atendimento. Entretanto, como a construção de qualquer política pública é atravessada por tensões e por contradições, nesse caso, apesar da importância epidemiológica do fim da peregrinação obstétrica, é importante ressaltar que algumas usuárias não se satisfizeram com ela, pois desejavam poder escolher o estabelecimento em que iriam parir²⁰².

Isso posto, ainda que esses processos tenham maximizado a utilização dos recursos e melhorado a capacidade de operacionalização dos diferentes níveis de atenção, os resultados pretendidos pela Comissão Perinatal exigiam um refinamento dos procedimentos, de modo a garantir a boa assistência²⁰³. Dessa forma, instituiu-se uma outra frente de trabalho, que foi a da humanização da atenção ao parto e ao nascimento²⁰⁴.

Conforme o capítulo de livro “Fóruns perinatais no âmbito do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais (PQM) na Amazônia Legal e Nordeste”, de autoria da Vera Figueiredo e da Lansky, os serviços foram incitados a colocar as mulheres e as famílias no centro de sua atuação, as quais foram incentivadas a participar ativamente e a ser protagonistas nesses momentos tão singulares de suas vidas. Os caminhos priorizados pela Comissão Perinatal passaram pela redução de procedimentos invasivos – como as cesarianas e como o uso de ocitocina sintética – e pelo incentivo às boas práticas em neonatologia, à internação e ao alojamento conjunto, ao aleitamento materno, à formação do vínculo mãe-bebê e, entre outras, ao Cuidado Canguru²⁰⁵. Além disso, foram realizados encontros, seminários, visitas às maternidades, tudo em conjunto com os movimentos sociais

²⁰¹ LANSKY, 2010, p. 195-196.

²⁰² PORTO, 2003, p. 10.

²⁰³ PORTO, 2003, p. 11.

²⁰⁴ LANSKY, 2010, p. 196.

²⁰⁵ O Cuidado Canguru é uma proposta de aquecimento de bebês prematuras (ou recém-nascidas de baixo peso) internadas em leitos de CTI neonatal, por meio do contato físico permanente com corpos adultos – em regra com os de suas mães, na região dos seios delas. Trata-se de um método que permite vantagens econômicas, porque viabiliza a economia do uso de incubadoras; vantagens biológicas, porque favorece bons resultados em bebês no que se refere à temperatura, à frequência cardíaca, à amamentação e ao ganho de peso, por exemplo; e vantagens emocionais, relativas à afetividade das famílias no contexto da internação. Cf. DINIZ, 2001, p. 21-22. A despeito de seus benefícios, me parece importante ressaltar a ressalva feita pelos Cattoni de Oliveira e Marques no sentido de que o incentivo ao Cuidado Canguru pode desvelar uma veneração renovada do instinto materno, que resgata velhos discursos médico-higienistas sobre a maternidade. Cf. CATTONI DE OLIVEIRA; MARQUES, 2020, p. 7.

organizados, de modo a tornar o apoio às iniciativas pela humanização da assistência uma constante²⁰⁶.

A Porto conta que outro aspecto de destaque do salto na atuação da Comissão Perinatal é relativo à sua composição. Em 1999, diversas profissionais que trabalhavam na prestação dos serviços em hospitais e em postos de saúde foram alocadas na SMSA para integrar a referida Comissão. Essa foi uma medida muito importante para qualificar o estudo do atendimento na rede municipal e as buscas pela identificação de seus pontos críticos²⁰⁷.

A partir disso e, sobretudo, das mudanças formais significativas da Comissão Perinatal ocorridas em 2002 pela Portaria SMSA/SUS-BH 010/2002^{208 209}, institucionalizou-se uma composição mais ampla e diversa. Além de setores estratégicos da SMSA, havia participantes externas que conferiam à iniciativa um caráter interinstitucional e que viabilizavam uma construção coletiva e progressiva de trabalho articulado²¹⁰. Com o passar do tempo, a Comissão Perinatal abriu-se ainda mais para a participação dos movimentos sociais²¹¹ e, assim, consolidou o seu pioneirismo no Brasil no que se refere a uma atuação transversal em políticas de saúde, abrangendo a gestão municipal, o setor público, a saúde suplementar e o controle social²¹².

²⁰⁶ FIGUEIREDO; LANSKY, 2014, p. 90; LANSKY, 2010, p. 196.

²⁰⁷ PORTO, 2003, p. 5.

²⁰⁸ Essa Portaria foi posteriormente retificada pelas Portarias SMSA/SUS-BH 019/2002 e SMSA/SUS-BH 022/2002 (BARA MAIA, 2008, p. 109).

²⁰⁹ Nesse ponto, é importante destacar que os impactos positivos da atuação da Comissão Perinatal não são devidos apenas ao seu modo de atuação, à sua composição e à sua vinculação institucional, aspectos realçados neste trabalho. Ela possuía estruturas internas muito relevantes para o êxito de suas ações. Sem a pretensão de me aprofundar na análise dessa organização da Comissão Perinatal (que, considerando o recorte realizado, está sendo discutida enquanto contexto do caso em estudo), recorro à publicação da Lansky que, por exemplo, elenca a importância dos Grupos de Trabalho na consolidação de consensos e na definição de normas e recomendações, no caso, os de Obstetrícia e Neonatologia, Controle Social e Humanização. Além disso, a autora trata de um processo anual de avaliação de indicadores básicos dos serviços enquanto um componente muito relevante para o monitoramento das maternidades. Registro, ainda, que em sua dissertação de mestrado, a Bara Maia também discorre um pouco mais sobre essas estruturas. Cf. BARA MAIA, 2008; LANSKY, 2010, p. 196.

²¹⁰ FIGUEIREDO; LANSKY, 2014, p. 87.

²¹¹ Entre os setores estratégicos da SMSA, estão as Coordenações de Saúde da Mulher e Saúde da Criança, a Gerência de Epidemiologia e Informação e os Setores de Auditoria, Controle e Avaliação Ambulatorial e Hospitalar, Supervisão Hospitalar e Vigilância Sanitária. Entre as participantes externas, estão todas as maternidades do SUS de Belo Horizonte, o Ministério Público de Minas Gerais (MPMG), os Conselhos Regionais de Medicina (CRM-MG) e Enfermagem (COREN-MG), a Associação Mineira de Hospitais (saúde suplementar), as Sociedades Mineiras de Pediatria (SMP) de Ginecologia e Obstetrícia (SOGIMIG), a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras (ABENFO), a Rede Feminista de Saúde, a Pastoral da Criança, a Coordenadoria Municipal de Direitos da Mulher e os Conselhos Municipais da Mulher, de Direitos da Criança e do Adolescente e de Saúde. Entre representantes dos movimentos sociais, estão organizações não governamentais (ONG) ativistas pela humanização da assistência ao parto e ao nascimento, como a ONG Bem Nascer e o Ishtar (BARA MAIA, 2008, p. 109-110; FIGUEIREDO; LANSKY, 2014, p. 87; LANSKY, 2010, p. 195).

²¹² BARA MAIA, 2008, p. 109-110; FIGUEIREDO; LANSKY, 2014, p. 87; LANSKY, 2010, p. 195.

A amplitude e a pluralidade de sua composição foram determinantes na atuação da Comissão Perinatal. Primeiramente, porque o desvelamento de um panorama assistencial caótico em Belo Horizonte fez emergir grandes discussões, ocasiões em que gestoras, profissionais, administradoras de hospitais e usuárias buscavam soluções conjuntas²¹³. Como destacado pela Porto, esse processo foi muito positivo para praticamente todas as envolvidas, pois: a SMSA concebeu a importância de conhecer a rede e incorporar os problemas das unidades para a gestão; as profissionais viram o valor de se articularem entre instituições; as administradoras perceberam a função social da rede hospitalar e viram a necessidade de qualificar o atendimento oferecido; as usuárias viveram os efeitos das mudanças pautadas²¹⁴.

A ampliação e a diversificação da composição da Comissão Perinatal foram determinantes também porque, como relatado pela Bara Maia, em Belo Horizonte existem diversos campos de conflito que travam disputas por modelos de assistência ao parto e ao nascimento, nas quais as múltiplas organizações se articulam de diferentes formas, a depender de seus interesses. Com isso, apesar de as entidades componentes se comprometerem com os encontros periódicos de forma variável, a Comissão Perinatal foi um espaço em que participaram tanto entusiastas quanto objetoras do movimento pela humanização²¹⁵. Nesse cenário, problemas emergiam e eram trabalhados na perspectiva de serem superados²¹⁶, sem, contudo, desviar do propósito de mudar paradigmas da assistência obstétrica e neonatal.

A referida pesquisadora expõe, ainda, que outro aspecto de destaque derivado das mudanças formais de 2002 foi a vinculação da Comissão Perinatal à Gerência de Regulação e Atenção Hospitalar. Como o atendimento hospitalar representa o maior dispêndio do Fundo Municipal de Saúde (FMS) e como a rede própria do Município não dispõe de todos os recursos necessários à prestação dessa assistência, a essa gerência compete tanto a regulação da contratação e do conveniamento de hospitais privados, para permitir que a população tenha acesso à saúde pública de qualidade, quanto a garantia da proibição desses gastos do erário²¹⁷.

Essa vinculação da Comissão Perinatal lhe conferiu alguma autonomia para orientar a alocação de recursos financeiros, o que aumentou o seu poder e a sua legitimidade nas negociações com os hospitais e com as maternidades particulares contratadas por e

²¹³ PORTO, 2003, p. 9.

²¹⁴ PORTO, 2003, p. 9.

²¹⁵ BARA MAIA, 2008, p. 114.

²¹⁶ FIGUEIREDO; LANSKY, 2014, p. 89.

²¹⁷ BARA MAIA, 2008, p. 109.

conveniadas com o SUS municipal²¹⁸. Com isso, ao final da década de 1990 e no começo dos anos 2000, Belo Horizonte consolidou com maior velocidade a tendência de declínio geral na participação dos estabelecimentos lucrativos no SUS que estava sendo vivida em nível nacional²¹⁹. De acordo com a Bara Maia, a referida consolidação deve ser creditada à Comissão Perinatal, que sustentou esse processo política e assistencialmente e que reorganizou o fluxo de demanda de atendimento para as instituições que permaneceram em funcionamento²²⁰.

Nesse sentido, parece-me importante ressaltar o que a pesquisadora aponta como sendo os pressupostos da redução do número de serviços particulares que prestavam serviços para a rede pública. Por um lado, o fato de que os equipamentos privados não se interessavam em discutir o paradigma assistencial, nem a atuação do controle social, restringindo-se, portanto, a meros “prestadores de procedimentos” para o SUS. Por outro lado, a percepção de que as maternidades públicas e filantrópicas tinham maior disposição para implementar normativas governamentais relativas à humanização do atendimento ao parto e ao nascimento e para permitir que a Comissão Perinatal as acompanhasse e monitorasse²²¹.

Então, segundo a Bara Maia, se em 1994 o SUS de Belo Horizonte mantinha em seu fluxo de assistência ao parto e ao nascimento 14 maternidades ou hospitais privados, em 2006 esse número caiu para três, sendo que duas dessas instituições eram filantrópicas. A Mater-Clínica, a última organização privada com fins lucrativos que nessa época ainda prestava atendimento pela rede pública municipal, foi descredenciada em agosto de 2007²²². Esse processo de descredenciamento será contado no próximo capítulo, por ser muito relacionado à idealização e à construção da Maternidade Leonina Leonor Ribeiro.

É importante destacar, por fim, que a avaliação sistemática das maternidades, que a ampliação e a diversificação da composição da Comissão Perinatal e que o descredenciamento de alguns hospitais contratados por e conveniados ao SUS foram processos respaldados pelo monitoramento de indicadores construídos a partir do conhecimento científico. Isso porque, com as mudanças formais de 2002, o Comitê Municipal de Prevenção à Mortalidade Materna de Belo Horizonte passou a integrar a referida Comissão²²³. Além do mais, porque nesse ano foi constituído o Comitê de Prevenção do

²¹⁸ BARA MAIA, 2008, p. 109-111.

²¹⁹ MARINHO, 2004 *apud* BARA MAIA, 2008, p. 119.

²²⁰ BARA MAIA, 2008, p. 119.

²²¹ BARA MAIA, 2008, p. 117.

²²² BARA MAIA, 2008, p. 116.

²²³ BARA MAIA, 2008, p. 109.

Óbito Infantil e Perinatal em parceria com a UFMG, a qual, inclusive, contribuiu para a formação das profissionais. Ressalto que essa iniciativa foi mais um dos pioneirismos da Comissão Perinatal, servindo como exemplo para propostas do MS dois anos depois²²⁴.

Encerrando esta seção, vale dizer que a referida Comissão foi uma experiência inserida no marco da busca pelo alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)²²⁵ e que, quanto à redução de óbitos evitáveis, alcançou resultados positivos. Entre 1999 e 2008, o índice de mortes maternas em Belo Horizonte caiu de 66 para 47,2/100.000 nascidos vivos, enquanto a mortalidade infantil caiu de 18 para 11,5/1.000²²⁶. Por essa razão e por todo o vanguardismo de suas ações, a Comissão Perinatal foi uma experiência que ganhou, em 2002, o prêmio Gestão Pública e Cidadania, da Fundação Getúlio Vargas (FGV), e, em 2006, o prêmio Eleutério Rodriguez Neto, da Mostra Nacional de Vivências Inovadoras de Gestão no SUS do MS²²⁷.

O êxito e o pioneirismo da iniciativa, entretanto, coexistiram com fragilidades, com tensões e com contradições, que serão mais bem trabalhadas adiante. Por ora, a título de exemplificação, paralelamente ao decréscimo de óbitos materno-infantis, destaco os índices de cesarianas que aumentaram de 40% em 1999 para 48,5% em 2006, o que motivou várias outras iniciativas para humanizar a assistência ao parto e ao nascimento em Belo Horizonte²²⁸ – entre elas, a construção da Leonina.

²²⁴ LANSKY, 2010, p. 196.

²²⁵ Em 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU) estabeleceu, com o apoio de 191 países, um conjunto de metas para o milênio, que ficaram conhecidas como os ODM. Entre elas, considerando o quadro de interesses desta dissertação, destaco as metas 4 e 5, que tratam da redução da mortalidade infantil e da melhoria da saúde das gestantes. Em 2005, a partir de um convite da ONU feito à Prefeitura de Belo Horizonte (PBH), o Município constituiu o Observatório do Milênio – um espaço de produção, análise e disponibilização de informações a partir de uma rede interinstitucional que visava ao monitoramento local dos ODM. Durante a sua existência, o Observatório promoveu várias ações, por exemplo, a produção bianual de relatórios e a realização de seminários e oficinas. Com a estipulação da agenda dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) em 2015 – que contempla a redução das mortes maternas, neonatais e infantis –, Belo Horizonte deu continuidade às ações de monitoramento a partir dessa nova programação, para melhor planejar as políticas públicas locais (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Planejamento, Orçamento e Gestão. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. *Observatório do Milênio*. Belo Horizonte, 8 jul. 2021. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/planejamento/planejamento-e-orcamento/observatorio-milenio>. Acesso em: 20 set. 2021).

²²⁶ LANSKY, 2010, p. 197.

²²⁷ BARA MAIA, 2008, p. 111.

²²⁸ LANSKY, 2010, p. 197.

3.2 Considerações teóricas

3.2.1 *Um breve emparelhamento histórico*

Primeiramente, é importante ressaltar que a Comissão Perinatal foi instituída durante a década de 1990, isto é, em um momento posterior à promulgação da CR/88, quando o SUS já existia. Assim, retomando a contextualização histórica desenvolvida no capítulo anterior, parece-me possível associar a instituição e a atuação da referida Comissão à implementação do PAISM nesse período, a qual, como dito, foi fortemente influenciada pelos processos de construção do SUS²²⁹.

Afinal, na última década do século XX, passou a ser pautada uma nova política de saúde no Brasil, caracterizada pela municipalização das ações e dos serviços e pela reorganização da atenção básica, sobretudo após o advento do Programa Saúde da Família (PSF)²³⁰. Essa característica da política de saúde em nível nacional me parece condizer com a atuação da Comissão Perinatal em Belo Horizonte que, nos seus primórdios, empreendeu diversas ações destinadas à remodelação da assistência básica, por exemplo, as relativas à qualificação do atendimento pré-natal²³¹. A instituição do PSF, mais especificamente, foi importante para esse percurso, na medida em que fortaleceu os centros de saúde, aumentando, de modo expressivo, a captação de gestantes para o referido atendimento²³².

Ainda com o intuito de relacionar o trabalho da referida Comissão a um contexto histórico mais amplo, vale ressaltar que as características da rede assistencial que preponderantemente concorriam para a baixa qualidade dos cuidados obstétricos no Município perfazem o que, no capítulo anterior, foi apontado como um traço paradoxal da obstetrícia brasileira: a coexistência de desfechos negativos decorrentes tanto de uma assistência inadequada e irracionalmente intervencionista quanto da desassistência de certas pacientes²³³.

Nesse ponto, convém dizer que enquanto o modelo tecnocrático de atenção ao parto e ao nascimento tem, em geral, a característica de paradoxalmente possuir tecnologia suficiente para melhorar os indicadores de morbimortalidades maternas, perinatais e infantis, mas não

²²⁹ BRASIL, 2004a, p. 17.

²³⁰ BRASIL, 2004a, p. 17.

²³¹ LANSKY, 2010, p. 195.

²³² PORTO, 2003, p. 12-13.

²³³ DINIZ, 2001, p. 29-30.

conseguir fazê-lo²³⁴, as especificidades da realidade brasileira fazem com que a literatura fale, especificamente, em um *paradoxo perinatal brasileiro*²³⁵. Isso porque ao “paradoxo tradicional” se somam o fato de que a realidade desassistência e de que os agravos de saúde e os óbitos decorrentes do intervencionismo excessivo são preponderantemente experimentados por uma parcela específica da população: a mais desfavorecida racial e socioeconomicamente. Era o que acontecia em Belo Horizonte²³⁶.

3.2.2 Humanizar para concretizar o direito à saúde

Na maioria das produções acadêmicas referenciadas neste capítulo, pude observar que as autoras mobilizaram a linguagem do direito para apresentar os trabalhos da Comissão Perinatal. Diante disso, parece-me razoável afirmar que, particularmente durante a década de 1990, em uma perspectiva mais geral, as ações dessa instituição tinham como cerne a garantia e a promoção do direito à saúde – sobretudo para a população socioeconomicamente mais vulnerável do Município. Afinal, retomando as finalidades da referida Comissão²³⁷, garantir e promover saúde tanto são objetivos da qualificação da assistência quanto são requisitos para a redução de morbimortalidades maternas, perinatais e infantis.

A meu ver, essa perspectiva mais geral do direito à saúde abrange também outros sentidos específicos e pontuais de direitos. Isso porque os trabalhos da Comissão Perinatal visavam à garantia e à promoção do planejamento reprodutivo e da qualificação e da ampliação do acesso ao acompanhamento pré-natal – medidas já mencionadas neste capítulo –, como também: da implantação de exames preconizados; da disponibilização de medicamentos, de multimistura para gestantes desnutridas e para nutrízes e de materiais educativos; e, entre outras, da realização de atividades em grupo nas unidades de saúde²³⁸.

Então, apropriando-me da Teoria Crítica da Constituição²³⁹, compreendo que a Comissão Perinatal inaugurou os seus trabalhos disputando um sentido *do* direito à saúde, postulado nas suas finalidades. Além dele, disputando vários sentidos *de* direito à saúde, discriminados sobretudo nas referidas obrigações e responsabilidades que a SMSA passou a assumir perante as usuárias do SUS municipal.

²³⁴ BARROS *et al.*, 2005; COSTELLO, 2005 *apud* DINIZ, 2005, p. 629.

²³⁵ Cf. LANSKY, 2010, p. 192.

²³⁶ LANSKY; FRANÇA; KAWACHI, 2007.

²³⁷ Cf. BARA MAIA, 2008, p. 108.

²³⁸ LANSKY, 2010, p. 195.

²³⁹ Cf. CATTONI DE OLIVEIRA, 2021a, p. 131.

Especialmente após a virada do milênio, quando a Comissão Perinatal passou a atuar também pela humanização da assistência ao parto e ao nascimento, parece-me que o sentido predominantemente atribuído à proposta de humanizar os cuidados era, de certa forma, o de dar continuidade ao trabalho que vinha sendo desenvolvido. Afinal, a mudança de paradigmas de cuidados obstétricos foi reivindicada tanto como o percurso para a qualificação da assistência às mulheres e às recém-nascidas de Belo Horizonte quanto como a condição de redução das morbimortalidades maternas, perinatais e infantis.

Refletindo sobre essa conjuntura à luz da ideia da humanização como um movimento de múltiplos sentidos²⁴⁰, considerando as referências trabalhadas, interpreto que, embora a Comissão Perinatal não deixasse de reivindicar a proposta de humanizar a atenção ao ciclo-gravídico puerperal como necessária à restituição do protagonismo de mães e famílias nas experiências do parto e do nascimento, a acepção de humanização predominantemente apropriada pela referida Comissão tinha menos a ver com a promoção e com a garantia de direitos reprodutivos. Ou, tal como indicado na Quadro 1 deste trabalho, que sintetiza o mapeamento de tipos realizado pela Diniz²⁴¹, com a referência à legitimidade política da reivindicação e da defesa dos direitos de mulheres e crianças durante ao ciclo gravídico-puerperal.

No caso, vejo como prevalente uma ideia de humanizar referenciada na legitimidade científica da medicina baseada em evidências e na legitimidade epidemiológica da mudança de modelos de cuidados obstétricos. Em outras palavras, a meu ver, a Comissão Perinatal canalizava seus esforços na direção de promover e consolidar em Belo Horizonte uma assistência ao parto e ao nascimento que se pautasse cientificamente por revisões sistemáticas, que respeitasse a fisiologia humana e que empregasse a tecnologia adequada para, assim, gerar melhores resultados e reduzir agravos iatrogênicos maternos e perinatais²⁴².

Esse panorama sustenta a compreensão de que – ao longo dos anos a que a narrativa desenvolvida neste capítulo se refere – os esforços da referida Comissão pela mudança de paradigmas assistenciais foram predominantemente direcionados ao que descrevi como sendo o cerne da sua atuação: garantir e promover o direito à saúde. Trata-se, pois, de uma mobilização de certos sentidos do movimento pela humanização da atenção ao parto e ao nascimento perfazendo disputas públicas e interpretativas por sentidos de e do direito à saúde.

²⁴⁰ Cf. DINIZ, 2001, p. 83.

²⁴¹ DINIZ, 2001, p. 83-98.

²⁴² DINIZ, 2001, p. 98-99; 2005, p. 633-634.

3.2.3 *Tensionar e disputar – sob pressões – para mudar*

A mobilização aparentemente secundarizada da gramática dos direitos reprodutivos das mulheres e do combate às violências obstétricas pela Comissão Perinatal me conduz a outro ponto destas reflexões. Não obstante o termo “humanização” desperte opositoras justamente porque certas profissionais sentem a si próprias e ao seu trabalho agredidas por ele, como já explicado²⁴³, costuma ser mais fácil dialogar sobre a necessidade de uma mudança de paradigmas nos cuidados perinatais quando se fala em humanizar do que quando se fala em parar de violentar²⁴⁴.

Desse modo, parece-me que a escolha pelo termo “humanização” e, além dela, por um sentido do termo a princípio menos passível de polêmicas tem a ver com o fato de a Comissão Perinatal possuir composição ampla e diversa, de entusiastas e opositoras das suas medidas, a partir da qual se evidenciavam os campos de conflitos e disputas por modelos de assistência ao parto e ao nascimento em Belo Horizonte. Tratou-se, portanto, de uma opção sintática e semântica possivelmente feita à luz da necessidade de gerir as tensões vividas seja nas reuniões da referida Comissão, seja nas suas frentes de atuação na rede assistencial do Município.

Nesse panorama, a vivência de tais tensões era, a meu ver, diretamente relacionada ao potencial de ação da Comissão Perinatal. Faço essa afirmação em diálogo com a Bara Maia, a qual, em sua dissertação de mestrado, indicou quatro de suas características que, aparentemente, impactavam a sua capacidade de atuação. Primeiramente, as presenças tanto de setores estratégicos da SMSA quanto de prestadoras de serviços hospitalares e representantes da sociedade civil na Comissão Perinatal²⁴⁵. Essas características favoreciam a amplitude, a assertividade e a articulação das ações, mas também a ocorrência de embates entre as participantes.

No que se refere especificamente à vivência de conflitos, a compreendo como imprescindível para os êxitos da referida Comissão. E, mesmo partindo de referenciais teóricos e pertencendo a campos disciplinares distintos, esse entendimento aparentemente também é o de algumas das autoras que cuidaram de narrar a sua história.

²⁴³ DINIZ, 2001, p. 93.

²⁴⁴ Cf. PALHARINI, 2017. A estratégia de falar em humanização da assistência em vez de falar em violências obstétricas foi, inclusive, adotada pela ReHuNa na sua carta de fundação (DINIZ *et al.* 2015, p. 3).

²⁴⁵ Cf. BARA MAIA, 2008, p. 111.

É o que interpreto das colocações das Figueiredo e Lansky, que tratam dos fóruns perinatais – iniciativas implementadas em nível nacional, em relação às quais a Comissão Perinatal foi a precursora e o exemplo – como um marco ético-político de construção do SUS. Tal *status* decorreria justamente do trabalho pela garantia de direitos mediante a produção do “[...] exercício da gestão participativa, do controle social, do comprometimento, da corresponsabilidade, da solidariedade e da *negociação de conflitos para a transformação da realidade*”²⁴⁶.

A Porto, por sua vez, afirma que para praticar os direitos assegurados pela CR/88, bem como os princípios teóricos e operacionais do SUS, é preciso inovar, o que exige uma mudança cultural e uma mobilização social permanente. Então, no compreender da autora, a atuação da Comissão Perinatal de Belo Horizonte, em seu caminho de romper resistências e alterar o contexto em que esteve inserida, revelou-se uma surpreendente iniciativa para alcançar a inovação necessária²⁴⁷.

Avançando no raciocínio e retomando o diálogo com a Bara Maia, há outras duas características da referida Comissão que refletem a sua potência de ação. São elas a ampliação das suas atividades para além do tradicional reduto da gestão de saúde municipal – a assistência básica – e a autonomia para orientar a alocação de recursos financeiros²⁴⁸. Esses dois traços são bastante relacionados aos conflitos com as organizações hospitalares, que até então estavam acostumadas a prestar serviços sem tanto controle do poder público, mas que passaram a lidar com as exigências assistenciais, com o remanejamento de verbas e com o descredenciamento de instituições realizado pela Comissão Perinatal.

Recorrendo à Teoria Crítica da Constituição, parece-me, então, que as características do órgão e a experiência narrada têm a aptidão de ilustrar a concretização conflitiva e contraditória da normatividade constitucional. Afinal, a Comissão Perinatal era um espaço em que sentidos de e da constituição eram disputados interpretativa e publicamente *sob as pressões dos imperativos sistêmicos da economia capitalista e dos riscos de autoprogramação da administração burocrática*²⁴⁹. Uma vez que as minhas compreensões sobre esses sentidos e sobre a importância de embates já foram apresentadas, neste momento importa destacar as influências das pressões nesse processo.

²⁴⁶ FIGUEIREDO; LANSKY, 2014, p. 85, grifos meus.

²⁴⁷ PORTO, 2003, p. 16.

²⁴⁸ Cf. BARA MAIA, 2008, p. 111.

²⁴⁹ Cf. CATTONI DE OLIVEIRA, 2021a, p. 130.

Tem-se, então, que a questão econômica a todo tempo influenciou na atuação da Comissão Perinatal, o que se comprova por diversos fatores. Por exemplo, o fato de que entre as entidades as quais participavam das suas reuniões, havia aquelas – como a SOGIMIG, representativa da categoria das médicas obstetras – que viam a proposta de humanizar a assistência como uma ameaça ao saber, ao mercado de trabalho e ao *status* dessas profissionais²⁵⁰.

Outro exemplo foi a relevância do descredenciamento de maternidades privadas do SUS de Belo Horizonte para o aumento do controle da gestão municipal sobre a qualidade dos serviços ofertados²⁵¹, isto é, do enfraquecimento do empresariado hospitalar para garantir e para promover qualidade e direitos na assistência – sobretudo das pessoas socioeconomicamente mais vulneráveis da cidade. Assim, parece-me possível afirmar que os imperativos sistêmicos da economia capitalista a todo tempo constrangiam a atuação da Comissão Perinatal, mas nem por isso impediram o sucesso de suas atividades.

Ao mesmo tempo, entendo que, nas questões relativas à assistência ao ciclo gravídico-puerperal prestada pela rede pública de Belo Horizonte, a referida Comissão foi fundamental para que a administração não sucumbisse ao risco de autoprogramação. Nesse sentido, a sua proximidade com as entidades de classe, com as gestoras de saúde, com as diretoras hospitalares, com os conselhos profissionais e com os movimentos sociais e a sua característica deliberativa foram justamente o que permitiu que, *no momento histórico ora trabalhado*, as políticas de saúde belo-horizontinas fossem – ainda que não integralmente – programadas pelos debates pautados na esfera pública.

Ou seja, foi esse processo tenso, contraditório e conflitivo que permitiu as muitas transformações materiais na assistência à saúde da população, indicadas nas seções anteriores. Nessa toada, a implementação da Maternidade Leonina Leonor Ribeiro poderia ter sido mais um êxito, no longo prazo, das atividades da Comissão Perinatal. Contudo, a vivência político-jurídica que perfaz o caso em estudo mudou e interferiu nos processos de garantia e promoção de direitos sobretudo para as mulheres usuárias do SUS belo-horizontino. É desse processo paulatino de mudanças que passo a tratar nos próximos capítulos.

²⁵⁰ BARA MAIA, 2008, p. 114.

²⁵¹ BARA MAIA, 2008, p. 117.

4 O CASO: CONCEBENDO E CONSTRUINDO A MATERNIDADE LEONINA LEONOR RIBEIRO

Antes de começar a contar o caso propriamente dito, considero relevante realizar um apontamento metodológico.

Quando da elaboração do dossiê, o CMS-BH fez um compilado de publicações do Diário Oficial do Município (DOM), em que constam informações sobre a Leonina. Trata-se de um arquivo em formato Word, no qual os trechos relativos à Maternidade estão realçados em amarelo. Esse é um material relevante para a compreensão da interveniência da administração pública municipal no caso, razão pela qual será bastante mobilizado nesta dissertação. Por esse motivo, como também pela importância de trabalhar com documentações preferencialmente autênticas, busquei no *site* da PBH as edições do DOM então compiladas e optei por trabalhar com elas.

Nesse ponto, é importante ressaltar que, na academia, a mobilização de fontes documentais virtuais vem despertando preocupações e reflexões constantes, haja vista as dificuldades de certificação da procedência de informações. Contudo, dialogando com a Reginato, no que se refere ao tratamento do material ora discutido, entendo que estou, na verdade, usufruindo das novas oportunidades de pesquisa viabilizadas pelo advento da *internet*²⁵². Afinal, com o acesso *on-line* das publicações do DOM, pude privilegiar o estudo de arquivos oficialmente elaborados e publicizados pelo Município no lugar da compilação feita pelo CMS-BH e, com isso, assegurar-me do emprego de fontes autênticas.

4.1 A desapropriação, a reorganização da rede, as obras e a entrega provisória

4.1.1 Os primeiros atos: o que consta no DOM

A primeira publicação do DOM mobilizada para a construção do caso em estudo tem o título “Prefeitura assume Hospital Dom Bosco. Parceria com o Estado amplia o atendimento do SUS na capital”²⁵³. Segundo ela, em 31 de maio de 2006, os então prefeito de Belo Horizonte, Fernando Pimentel, do Partido dos Trabalhadores (PT), e governador de Minas Gerais, Aécio Neves, do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), assinaram um

²⁵² REGINATO, 2017, p. 190.

²⁵³ No Apêndice, doc. nº 1.

convênio para desapropriar o imóvel em que se situava o Hospital Dom Bosco, localizado na região administrativa de Venda Nova²⁵⁴.

Vale destacar que a declaração de utilidade pública para fins da referida desapropriação foi legalizada por meio do Decreto nº 12.390, de 1º de junho de 2006²⁵⁵. Apesar de esse ato normativo dispor que a desapropriação se destinava apenas à implantação de uma UPA²⁵⁶, a publicação do DOM agora mobilizada traz que o equipamento seria desapropriado e revitalizado para isso e para abrigar uma maternidade. Inclusive, essa fonte apresenta que o governo do Estado fez um repasse de R\$3.500.000,00 (três milhões e quinhentos mil reais) de verbas federais ao Município para proceder à desapropriação²⁵⁷.

Na mesma solenidade, a gestão do Pronto Socorro Risoleta Tolentino Neves – igualmente localizado em Venda Nova – também foi transferida para a UFMG. Essas duas medidas se destinavam à criação de um complexo hospitalar de qualidade na regional, o que resultaria em um desafogamento das unidades de saúde da cidade. Na publicação do DOM, a parceria entre Município de Belo Horizonte e Estado de Minas Gerais foi destacada pelo seu potencial de ampliar o atendimento do SUS belo-horizontino, o que seria particularmente importante para Venda Nova, referida como “[...] uma das principais portas de entrada da capital e está entre as regiões mais sobrecarregadas com a grande demanda de pacientes que chegam de outras cidades do estado, procurando atendimento em Belo Horizonte”²⁵⁸.

Vale citar diretamente o último parágrafo da publicação:

“Estamos celebrando um ato importantíssimo para a saúde pública não apenas em Belo Horizonte e região metropolitana, mas no estado de Minas Gerais. Estamos dando aqui um exemplo de como se pode resolver um problema grave de garantir acessibilidade ao usuário dos hospitais e serviços médicos com entendimento, parceria técnica e política entre as autoridades do município, Estado e União”, afirmou o prefeito²⁵⁹.

²⁵⁴ BELO HORIZONTE, 2006a, p. 4.

²⁵⁵ No Apêndice, doc. nº 2.

²⁵⁶ BELO HORIZONTE. Decreto nº 12.390, de 1º de junho de 2006. Declara de utilidade pública, para fins de desapropriação, imóvel situado no Bairro São João Batista, na região de Venda Nova, nesta Capital. *Diário Oficial do Município*, Belo Horizonte, ano XXVI, n. 2618, p. 44, 2 jun. 2006b. Disponível em: https://dom-web.pbh.gov.br/visualizacao/edicao/5761#state=1d4212d3-d582-4361-844e-0f3133ccd22b&session_state=50bd2202-6329-4009-a10b-2d5b4f081a42&code=0c39e6a4-bd7b-4ee1-943f-e4c0780dac6b.50bd2202-6329-4009-a10b-2d5b4f081a42.b119622a-06b6-465b-b551-d7dce86b197f. Acesso em: 21 set. 2021.

²⁵⁷ BELO HORIZONTE, 2006a, p. 4.

²⁵⁸ BELO HORIZONTE, 2006a, p. 4.

²⁵⁹ BELO HORIZONTE, 2006a, p. 4.

No dia 2 de junho de 2007 – praticamente um ano depois da solenidade narrada e da decretação de utilidade pública para fins de desapropriação do imóvel em que se situava o Hospital Dom Bosco –, de acordo com a publicação do DOM intitulada “Prefeitura assina ordem de serviço para UPA Venda Nova”²⁶⁰, os então secretários municipal e estadual de Saúde, Helvécio Magalhães e Marcos Pestana, assinaram a ordem de serviço para começo das obras da UPA Venda Nova²⁶¹.

Quanto a essa fonte, parece-me importante pontuar que o destaque foi todo da construção da nova UPA, com a apresentação de detalhes sobre a sua estrutura e as melhorias no acesso a serviços de saúde que ela representaria para a população. De modo bem diferente, a construção de uma maternidade na mesma edificação foi brevemente citada, sem que houvesse nenhum desenvolvimento sobre a sua concepção, nem sobre a sua estrutura, nem sobre os seus potenciais benefícios para as usuárias do SUS municipal²⁶².

Em geral, nessas três primeiras fontes, a construção da maternidade que viria a ser a Leonina Leonor Ribeiro foi objeto de uma atenção muito diminuta, quando não de uma ignorância (haja vista que sequer foi mencionada no Decreto nº 12.390, de 1º de junho de 2006²⁶³). Então, com o objetivo de melhor compreender em que termos a implantação da nova maternidade em Venda Nova estava sendo pautada pela gestão, importa trazer ao texto elementos sobre a interveniência da Comissão Perinatal nesse processo.

4.1.2 A Maternidade Pública de Venda Nova: para (muito) além de um novo serviço na cidade

No dossiê do CMS-BH, há um documento intitulado “Maternidade Pública Venda Nova”²⁶⁴ ²⁶⁵. Por acreditar na importância de, em certos casos, discutir os critérios de avaliação da qualidade da evidência no corpo da dissertação, destaco que esse é um dos poucos materiais não autênticos a ser analisado neste trabalho. Afinal, concordo com o

²⁶⁰ No Apêndice, doc. nº 3.

²⁶¹ BELO HORIZONTE. Prefeitura assina ordem de serviço para UPA Venda Nova. *Diário Oficial do Município*, Belo Horizonte, ano XXVI, n. 2859, p. 5, 2 jun. 2007a. Disponível em: https://dom-web.pbh.gov.br/visualizacao/edicao/5997#state=c9a20b17-fb86-4d74-8b6f-b296e9770d5f&session_state=50bd2202-6329-4009-a10b-2d5b4f081a42&code=2f4b1b14-cfea-43b5-9978-cea5679fca5d.50bd2202-6329-4009-a10b-2d5b4f081a42.b119622a-06b6-465b-b551-d7dce86b197f. Acesso em: 26 set. 2021.

²⁶² BELO HORIZONTE, 2007a, p. 5.

²⁶³ BELO HORIZONTE, 2006b, p. 44.

²⁶⁴ BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Gerência de Assistência. Comissão Perinatal. *Maternidade Pública de Venda Nova*. Belo Horizonte, [8 out. 2007?]. 13 p.

²⁶⁵ No Apêndice, doc. nº 4.

Cellard quanto ao fato de que a pesquisa documental exige que a pesquisadora saiba compor mesmo com as fontes documentais mais pobres, quando elas são necessárias ao conhecimento de determinadas situações²⁶⁶. Partindo disso, além da viabilidade de avaliar a credibilidade, a representatividade e o sentido do documento, escolhi empregá-lo na construção do caso por mais dois motivos.

O primeiro é que o seu texto é dividido em cinco grandes partes: descrição e justificativa; missão; modelo; organização físico-funcional; e atividades e subatividades – todas elas relativas à futura Leonina. Com a exceção da falta de assinatura e data, que afeta a qualidade da evidência como um todo, as demais questões que desvelam a inautenticidade do material se concentram nas duas últimas partes, que não abordarei nesta dissertação. O segundo é que as três primeiras partes são importantes para realizar uma contraposição aos conteúdos publicados no DOM por meio de informações mais internas à gestão municipal, estas que são confirmadas por outras documentações com que vou trabalhar.

Então, a parte da descrição e da justificativa da Maternidade começa com uma apresentação da problemática das taxas de mortalidade materno-infantis na sociedade como um todo e em Belo Horizonte. Em seguida, passa a tratar dos investimentos da SMSA – via Comissão Perinatal – na construção da linha de cuidado à saúde das mulheres e das crianças²⁶⁷. Aqui, considerando o meu propósito de trabalhar com alguns dos critérios de avaliação da qualidade dos documentos de modo problematizante e a importância de construir com a intertextualidade das fontes, considero necessário comparar o que a fonte ora mobilizada e a publicação “Prefeitura assume Hospital Dom Bosco. Parceria com o Estado amplia o atendimento do SUS na capital”²⁶⁸ dizem sobre a oferta de serviços na capital.

Enquanto essa publicação trata da implantação de uma UPA e uma maternidade em Venda Nova como medidas importantíssimas no que se refere à garantia das usuárias de acesso ao atendimento em saúde²⁶⁹, o documento “Maternidade Pública Venda Nova” afirma que “A oferta de serviços e de profissionais na rede municipal atualmente não se configura como um problema”²⁷⁰. Isto é: um material valoriza o futuro serviço pelo seu potencial de ampliação assistencial, o outro postula que essa não é uma questão. Assim, retomando o critério da credibilidade, parece-me possível atestar a existência de imprecisões nas informações afetas ao papel da implantação da nova maternidade no contexto de ampliação da

²⁶⁶ CELLARD, 2012, p. 299.

²⁶⁷ BELO HORIZONTE, [2007?], p. 1.

²⁶⁸ BELO HORIZONTE, 2006a, p. 4.

²⁶⁹ BELO HORIZONTE, 2006a, p. 4.

²⁷⁰ BELO HORIZONTE, [2007?], p. 1.

oferta de assistência em saúde, o que, nesse aspecto, reduz o quão críveis ambas as fontes são²⁷¹.

Voltando à parte da descrição e da justificativa da Maternidade, nela há uma retomada de certos pontos já discutidos nesta dissertação: mesmo com os relevantes investimentos da SMSA na (re)construção da linha do cuidado à saúde da mulher e da criança naqueles anos, a persistência de elevados índices de morbimortalidades materno-infantis, as crescentes taxas de cesáreas e a estruturação da assistência a partir da conveniência de profissionais e instituições seguiam sendo problemas a serem enfrentados em Belo Horizonte²⁷².

Nesse panorama, há no documento um interessante chamamento à responsabilidade da administração pública municipal, na medida em que defende a indispensabilidade da intervenção do poder público

[...] na construção de referências de modelos de assistência à saúde e de formação de profissionais que se apoiem em boas práticas e na medicina baseada em evidência, assim como nos direitos das mulheres e crianças assegurados em lei. Uma nova relação entre profissionais e usuários, igualitária, respeitosa e comprometida com a oferta do melhor cuidado de acordo com o conhecimento atual é fundamental para superar a herança de uma cultura de medicalização do parto e de discriminação da população pobre e da mulher²⁷³.

Em seguida, a construção da Maternidade Pública de Venda Nova – ainda não nomeada de Leonina Leonor Ribeiro – é apresentada como um avanço no sentido de oferecer a uma população numerosa e historicamente discriminada do Município uma assistência digna e qualificada. Para sustentar esse argumento, dados sobre as características etárias e de renda das residentes da referida regional são destacados. O equipamento de saúde a ser construído é, então, valorizado – para além da disponibilização de novos leitos – pelo seu potencial de contribuição para os processos de mudança de paradigmas de atenção ao parto e ao nascimento em Belo Horizonte, o que permitiria reduzir mortes precoces e evitáveis, bem como promover uma experiência de maternidade mais saudável²⁷⁴. Importa destacar a missão designada à Maternidade:

Prestar assistência de qualidade e segura à mulher e à criança, dentro dos princípios do SUS, garantindo não só os benefícios dos avanços científicos, mas estimulando o exercício da cidadania com o resgate da autonomia da mulher e da família no

²⁷¹ Cf. MAY, 2004, p. 220; SCOTT, 1990, p. 22 *apud* REGINATO, 2007, p. 202.

²⁷² BELO HORIZONTE, [2007?], p. 1.

²⁷³ BELO HORIZONTE, [2007?], p. 2.

²⁷⁴ BELO HORIZONTE, [2007?], p. 2.

processo do parto e nascimento, assim como propiciar a formação de profissionais em boas práticas obstétricas e neonatais²⁷⁵.

O potencial de contribuição desse serviço para a humanização da obstetrícia belo-horizontina era devido tanto à sua estrutura física quanto às práticas assistenciais que nela se pretendia implementar. Para descrevê-las, valho-me de informações constantes no relatório intitulado “Avaliação de viabilidade da Maternidade / Centro de Parto Normal Leonina Leonor”^{276 277}, elaborado por um grupo de trabalho instituído em plenária do CMS-BH realizada no ano de 2016. Saliento que, em razão do seu contexto de produção e dos seus objetivos, essa é uma fonte que, agora, será superficialmente mobilizada e que, nos próximos capítulos, será mais bem trabalhada.

Dito isso, a então Maternidade Pública de Venda Nova foi pensada para a assistência a partos de risco habitual. Para tal, foram construídas sete suítes individuais que poderiam permitir o uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor, a presença de uma acompanhante de livre escolha da parturiente, espaço para deambulação (livre movimentação da mulher) e o uso de hidroterapia (chuveiros e banheiras em seis dos quartos). Além do mais, o equipamento contaria com 32 leitos de alojamento conjunto²⁷⁸, 12 leitos de unidade neonatal e três salas de cirurgia. Tudo isso permitiria um atendimento a cerca de 350 partos/mês com equipe multiprofissional, na qual a enfermagem obstétrica ocuparia um papel central. A propósito, a Maternidade seria também um campo de formação profissional e, assim, permitiria a multiplicação das boas práticas na assistência pelo Município²⁷⁹.

Nesse cenário, é importante considerar que a Maternidade Pública de Venda Nova foi planejada para ser um equipamento pertencente à rede SUS que se prestaria à supressão de uma lacuna na assistência na cidade, deixada pelo encerramento das atividades da Mater-Clínica. Esse vazio assistencial trata-se de uma realidade decorrente da atuação da Comissão

²⁷⁵ BELO HORIZONTE, [2007?], p. 2.

²⁷⁶ GRUPO DE TRABALHO. *Avaliação de viabilidade da Maternidade / Centro de Parto Normal Leonina Leonor*. Belo Horizonte, 9 jul. 2016. 22 p.

²⁷⁷ No Apêndice, doc. n° 5.

²⁷⁸ O alojamento conjunto é uma forma de internação hospitalar por meio da qual recém-nascidas saudáveis, após o nascimento, permanecem integralmente com as suas genitoras, em um mesmo ambiente, até a alta. Em comparação com outras formas de internação que promovem a descontinuidade do contato mãe-bebê, o sistema de alojamento conjunto, além de viabilizar a prestação de todos os cuidados assistenciais, apresenta diversas vantagens: por exemplo, o estímulo ao aleitamento materno, o fortalecimento de laços afetivos e a redução de riscos de infecção hospitalar (BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria n° 1.016, de 26 de agosto de 1993*. Aprova as Normas Básicas para a implantação do sistema “Alojamento Conjunto”, contidas no anexo I. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt1016_26_08_1993.html. Acesso em: 8 mar. 2022).

²⁷⁹ GRUPO DE TRABALHO, 2016, p. 8-14.

Perinatal que, como explicado no capítulo anterior, fez com que Belo Horizonte consumasse mais rapidamente a tendência nacional de declínio do número de organizações hospitalares privadas prestando assistência na rede pública de saúde²⁸⁰.

Isso porque, quanto à atenção ao ciclo gravídico-puerperal, a última maternidade privada com fins lucrativos a deixar de atender pelo SUS do Município foi a Mater-Clínica, cujo processo de descredenciamento do setor público passo a contar agora, com base sobretudo nas contribuições da dissertação da Bara Maia²⁸¹.

4.1.3 O descredenciamento da Maternidade Mater-Clínica e a abertura da Maternidade do Hospital Risoleta Tolentino Neves

Como conta a referida autora, a Mater-Clínica era uma maternidade que, em 2007, chegou a completar 35 anos de existência em Venda Nova. Até o fechamento de suas portas, havia sido a segunda maior organização hospitalar do SUS de Belo Horizonte em número de partos e nascimentos assistidos. No entanto, apesar da relevância para a assistência obstétrica municipal em termos quantitativos, em termos qualitativos, a Mater-Clínica apresentava diversos problemas, pois assistia partos e nascimentos adotando um modelo de cuidados altamente tecnocrático e de baixa qualidade, caracterizado pela linha de montagem padronizada e de produção em série²⁸².

Em sendo a assistência oferecida na instituição um exemplo das más práticas mais recorrentes no setor público, desde o salto da atuação da Comissão Perinatal ocorrido em 1999, a relação entre a referida maternidade e a SMSA foi tensa, marcada ora por embates, ora por investimentos na melhoria do atendimento²⁸³. Aqui, vale lembrar que muito da possibilidade da referida Comissão de controlar a qualidade da assistência em uma organização privada de fins lucrativos que prestava serviço para o SUS e, nessa baila, negociar e travar conflitos, foi devido à sua vinculação à Gerência de Regulação e Atenção Hospitalar²⁸⁴, a qual lhe conferiu influência nas decisões políticas sobre alocação de recursos financeiros.

²⁸⁰ Cf. MARINHO, 2004 *apud* BARA MAIA, 2008, p. 119. É importante frisar que, pelo Brasil, esse declínio dos hospitais privados foi devido à perda de interesse mercadológico dessas instituições com a contratação e conveniamento com o SUS. Contudo, em Belo Horizonte, esse processo decorreu de uma iniciativa da gestão de interromper o fluxo de atendimento.

²⁸¹ BARA MAIA, 2008.

²⁸² BARA MAIA, 2008, p. 120-122.

²⁸³ BARA MAIA, 2008, p. 120.

²⁸⁴ BARA MAIA, 2008, p. 109-111.

Então, a Bara Maia apresenta que, na linha das estratégias descritas no capítulo anterior, a Comissão Perinatal optou por reduzir o número de partos e nascimentos assistidos nessa maternidade (e em todas as que foram fechadas), por meio da interrupção do referenciamento de gestantes ao local pelos centros de saúde. Paralelamente a isso, houve uma tentativa de humanizar os cuidados da Mater-Clínica, com a inclusão de enfermeiras obstétricas na assistência de partos de risco habitual, contratadas pela própria SMSA. A instituição, entretanto, recusou-se a transformar as suas práticas²⁸⁵.

Nesse ponto, a autora discute a relação existente entre a recusa e o fato de a maternidade ser uma organização hospitalar privada com fins lucrativos. Tem-se que a tabela do SUS paga pouco pelo procedimento do parto, o que faz com que maternidades tendam a incorporar tecnologia pesada na obstetrícia, de modo a torná-la mais dispendiosa. A Mater-Clínica, no caso, para se manter lucrativa prestando atendimentos obstétricos de risco habitual, tinha de assistir muitas usuárias com alta circulação dos leitos, para o que praticava a cascata de intervenções, sem o controle do poder público²⁸⁶.

No primeiro semestre de 2007, os problemas da instituição eram pautados em todas as reuniões da Comissão Perinatal (a qual não enviou representantes para participar de nenhuma delas)²⁸⁷. Ainda assim, a Mater-Clínica seguiu se recusando a adotar o paradigma da humanização, o que fez com que os seus impasses com a gestão se tornassem intransponíveis. Então, como consta no relatório “Avaliação de viabilidade da Maternidade / Centro de Parto Normal Leonina Leonor”, em 31 de julho daquele ano houve o seu descredenciamento da rede pública de saúde de Belo Horizonte, o que implicou o encerramento das atividades da maternidade e deixou uma lacuna assistencial em Venda Nova²⁸⁸.

Concomitantemente ao fechamento da Mater-Clínica, o Município abriu a maternidade do Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN). Para falar sobre essa inauguração, mobilizo outra publicação do DOM, intitulada “Prefeitura inaugura maternidade no Hospital Risoleta Tolentino Neves”^{289 290 291}. Conforme consta na fonte, o serviço foi inaugurado com a

²⁸⁵ BARA MAIA, 2008, p. 120-122.

²⁸⁶ BARA MAIA, 2008, p. 121-122.

²⁸⁷ BARA MAIA, 2008, p. 120.

²⁸⁸ GRUPO DE TRABALHO, 2016, p. 8.

²⁸⁹ BELO HORIZONTE. Prefeitura inaugura maternidade no Hospital Risoleta Tolentino Neves. Atendimento Humanizado. *Diário Oficial do Município*, Belo Horizonte, ano XXVI, n. 2924, p. 6, 6 set. 2007b. Disponível em: https://dom-web.pbh.gov.br/visualizacao/edicao/6062#state=620edac7-a567-49bf-b4b7-a1dbade6c2c4&session_state=50bd2202-6329-4009-a10b-2d5b4f081a42&code=0a79be84-7cbb-4d3c-99bb-e2f11517a9b4.50bd2202-6329-4009-a10b-2d5b4f081a42.b119622a-06b6-465b-b551-d7dce86b197f. Acesso em: 9 out. 2021.

capacidade de assistir até 350 partos por mês no modelo de humanização da assistência ao parto e ao nascimento, o que se demonstraria pela presença de equipe multidisciplinar e pelos quartos que permitiriam às mulheres parir na posição de preferência, receber um cuidado privativo e o apoio de suas acompanhantes e fazer o uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor. Além disso, houve a celebração de uma parceria com a UFMG, a qual permitiria a formação de novas profissionais na instituição²⁹².

Na solenidade de abertura, o então secretário municipal de Saúde de Belo Horizonte, Helvécio Magalhães, elogiou a maternidade do HRTN por contar com o que haveria de mais moderno da perspectiva tecnológica e humana, de modo a “[...] proporcionar segurança e atendimento de qualidade internacional para as gestantes que residem no vetor Norte da cidade’ [...]”. O documento em análise trouxe, ainda, uma fala da primeira mulher a parir no local, que disse ter achado tudo excelente e se surpreendido positivamente com a estrutura existente no equipamento²⁹³.

No último parágrafo, a publicação afirma que a maternidade do HRTN teria funcionamento provisório por cerca de 18 meses, tempo esperado para a conclusão das obras no prédio do antigo Hospital Dom Bosco, que abrigaria a UPA Venda Nova e a Leonina²⁹⁴. Como consta em uma publicação do DOM intitulada “Prefeitura investe R\$ 24 milhões em obras da rede municipal de saúde. Maternidade. SAMU”²⁹⁵, em maio de 2008, o Município – por meio da SMSA e da Superintendência de Desenvolvimento da Capital (SUDECAP) – assinou essa e mais 38 ordens de serviço para reformar e para construir unidades de saúde pela cidade²⁹⁶.

²⁹⁰ Quanto a essa fonte, me parece necessário trazer ressalvas à sua credibilidade neste momento. Isso porque, a partir do cotejo com outro material, identifiquei certa imprecisão das informações. A publicação em questão é datada de 6 de setembro de 2007 e apresenta que a maternidade do HRTN foi oficialmente inaugurada pelo Município, pelo governo do Estado, pela UFMG e pela Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa (FUNDEP) no dia anterior. Na verdade, a inauguração oficial do equipamento ocorreu um pouco mais de um mês após a sua abertura de fato, pois, segundo informações do relatório “Avaliação de viabilidade da Maternidade / Centro de Parto Normal Leonina Leonor”, a maternidade do HRTN começou a funcionar em 01º de agosto daquele ano, um dia após o fechamento da Mater-Clínica, de onde, inclusive, recebeu as pacientes. Cf. GRUPO DE TRABALHO, 2016, p. 8; MAY, 2004, p. 220; SCOTT, 1990, p. 22 *apud* REGINATO, 2017, p. 202.

²⁹¹ No apêndice, doc. nº 6.

²⁹² BELO HORIZONTE, 2007b, p. 6.

²⁹³ BELO HORIZONTE, 2007b, p. 6.

²⁹⁴ BELO HORIZONTE, 2007b, p. 6.

²⁹⁵ No apêndice, doc. nº 7.

²⁹⁶ BELO HORIZONTE. Prefeitura investe R\$ 24 milhões em obras da rede municipal de saúde. Maternidade. SAMU. *Diário Oficial do Município*, Belo Horizonte, ano XXVI, n. 3087, p. 11, 8 Maio 2008a. Disponível em: https://dom-web.pbh.gov.br/visualizacao/edicao/6222#state=bc738c-e9b1-4932-9ede-cd4e147b6100&session_state=50bd2202-6329-4009-a10b-2d5b4f081a42&code=eaa7b7aa-61ea-4611-8a9f-

Nesse documento, há uma referência genérica à necessidade das obras para adequar a rede às práticas assistenciais do Município, com qualidade crescente nos centros de saúde, mas nada é dito sobre como a maternidade de Venda Nova se inseriria nesse processo. O destaque da publicação, no caso, foi para a nova sede do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), com a apresentação dos seus objetivos e dos ganhos quantitativos e qualitativos esperados com essa obra²⁹⁷.

Isso posto, começo a tratar da construção da à época denominada Maternidade Pública de Venda Nova.

4.1.4 As obras da Maternidade Leonina Leonor Ribeiro

Para falar dessas obras, entre outras fontes, mobilizo um documento cujo título é “Relatório DVCEM 005/2019”^{298 299}, muito importante para a presente dissertação³⁰⁰, motivo pelo qual será referenciado também em outros momentos. O relatório foi produzido pela SUDECAP e datado de 19 de setembro de 2019, tem como assuntos os empreendimentos da UPA e da “Casa de Parto Venda Nova” e visou à realização de um levantamento histórico para subsidiar ações do Grupo de Inovação em Saúde (GIS) do Gabinete do Prefeito (GP). Nele há uma recapitulação do processo de desapropriação do prédio do Hospital Dom Bosco, um histórico dos contratos administrativos relativos às obras e aos projetos planejados para a edificação, algumas informações sobre licenciamento ambiental e urbanístico e outras registradas no controle de empreendimentos.

Então, conforme consta nessa fonte, a ordem de serviço para a construção da Leonina foi dada em 19 de maio de 2008, no bojo do Contrato SC-149/08³⁰¹. Antes de narrar o começo das obras, vale falar um pouco do contexto em que isso aconteceu.

2c8ad77917d2.50bd2202-6329-4009-a10b-2d5b4f081a42.b119622a-06b6-465b-b551-d7dce86b197f. Acesso em: 26 set. 2021.

²⁹⁷ BELO HORIZONTE, 2008a, p. 11.

²⁹⁸ PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. SUDECAP. *Relatório DVCEM 005/2019*. Assunto: Empreendimentos UPA e Casa de Parto Venda Nova (0189:VN3-S-SAU-11) e UPA Venda Nova (2408:VN3-S-SAL-18). Referência: Levantamento histórico para subsidiar ações do Grupo de Inovação em Saúde (GIS) – Gabinete do Prefeito (GP). Belo Horizonte, 19 fev. 2019a. 13 p.

²⁹⁹ No Apêndice, doc. nº 8.

³⁰⁰ Atribuo a importância desse relatório ao fato de que ele traça um histórico de várias medidas adotadas pela administração pública belo-horizontina em relação à Leonina. Assim, entendo que a sua valia está no modo como ele contribui para a produção de uma análise coerente do caso em estudo, porque, nas palavras da Reginato, as suas informações me ajudam, em boa medida, a saturar as categorias trabalhadas e, com isso, a desenvolver uma narrativa com maior verossimilhança. Cf. CELLARD, 2008, p. 305 *apud* REGINATO, 2017, p. 206.

³⁰¹ PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2019a, p. 3-4.

Entre 2006 e 2008, a atuação da Comissão Perinatal pela humanização da assistência ao parto e ao nascimento em Belo Horizonte vinha se expandindo bastante, com crescente apoio da gestão. Nesse sentido, em 2006, a referida Comissão pautou a Política Municipal de Doulas no SUS e intensificou a sua avaliação das maternidades conveniadas à rede, por meio de observações *in loco*³⁰². Em 2007, realizou a formação e o acompanhamento de doulas comunitárias e a SMSA estruturou o movimento “BH pelo Parto Normal”, visando a uma oposição ao aumento das taxas de cesáreas no Município³⁰³. Em 2008, o referido movimento estruturou o Curso de Multiplicadores e fez um seminário na cidade (com recursos captados em edital do MS), além de que houve a pactuação de um termo de compromisso entre a Comissão Perinatal e as maternidades públicas municipais para que humanizassem a assistência prestada³⁰⁴.

Além desse breve apontamento sobre o contexto do caso, convém tratar da publicação da Lei Municipal nº 9.628, de 9 de outubro de 2008³⁰⁵, que nomeou de Leonina Leonor Ribeiro a Maternidade a ser construída nos segundo e terceiro andares da UPA Venda Nova. Quanto a essa legislação, parece-me importante mobilizar o Projeto de Lei (PL) nº 1.682/2008^{306 307}, de autoria do então vereador Silvinho Rezende, na época filiado ao PT, o qual explica quem foi a mulher homenageada com o nome dessa organização hospitalar do Município.

Para isso, recorri a uma digitalização do documento físico do PL que foi juntada ao dossiê organizado pelo CMS-BH. Ela está em um arquivo em Portable Document Format (PDF), no qual também constam a digitalização de outros materiais referentes à tramitação e à aprovação do PL na CMBH. Tal como feito com as publicações do DOM analisadas nesta pesquisa, tentei achar na *internet* a versão da fonte oficialmente disponibilizada no *site* da CMBH. Entretanto, no arquivo encontrado nessa busca, havia apenas a minuta do PL, enquanto no documento compilado pelo CMS-BH também está a sua justificativa e duas documentações a ele anexadas, no caso, a certidão de óbito e uma notícia do falecimento da

³⁰² FIGUEIREDO; LANSKY, 2014, p. 90; LANSKY, 2010, p. 196.

³⁰³ BARA MAIA, 2008, p. 114; LANSKY, 2010, p. 197.

³⁰⁴ FIGUEIREDO; LANSKY, 2014, p. 91; LANSKY, 2010, p. 197-198.

³⁰⁵ BELO HORIZONTE. *Lei nº 9.628, de 9 de outubro de 2008*. Dá o nome de Leonina Leonor Ribeiro à Maternidade, no Bairro São João Batista. Belo Horizonte, MG: Câmara Municipal, 2008b. Disponível em: <https://www.cmbh.mg.gov.br/atividade-legislativa/pesquisar-legislacao/lei/9628/2008>. Acesso em: 12 mar. 2022.

³⁰⁶ CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. *Projeto de Lei nº. 1682/2008*. Dá o nome de Leonina Leonor Ribeiro à Maternidade no Bairro São João Batista. Belo Horizonte, MG: Câmara Municipal, 18 mar. 2008. 5 p.

³⁰⁷ No Apêndice, doc. nº 9.

senhora Leonina Leonor Ribeiro. Então, a completude da fonte arquivada no dossiê me fez escolher estudá-la.

Leonina Leonor da Conceição Ribeiro nasceu em 1883 e, ainda criança, foi viver com a sua família em Venda Nova. Na época, a região era praticamente desprovida de infraestrutura para os cuidados em saúde, não havendo médicas, nem hospitais, nem mesmo postos de atendimento que prestassem serviços à população. Nesse contexto, apesar das dificuldades, a senhora Leonina abraçou o ofício da parteira, profissionalizou-se com um curso oferecido pela Maternidade Hilda Brandão, da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte³⁰⁸, e assistiu as venda-novenses durante o parto por quase 40 anos³⁰⁹.

Mesmo com limitações, a atuação da Leonina Leonor da Conceição Ribeiro é destacada por ter suprido o atendimento à saúde das mulheres e das crianças de sua região. Nesse sentido, a justificativa do PL a ela atribui a introdução da “humanização do parto”³¹⁰ em Venda Nova, em razão do uso e do ensino da profilaxia necessária à prevenção de infecções puerperais e agravos de saúde nas recém-nascidas. O seu trabalho teria sido, ainda, importante para o atendimento dos chamados de primeiros socorros e urgências da população em geral³¹¹.

Por fim, no documento ora mobilizado, as atividades da senhora Leonina foram destacadas por sua dimensão caritativa, uma vez que ela não deixava que as famílias mais carentes ficassem desassistidas. À homenageada é atribuída a condição de “mulher de vanguarda”, tendo em vista que construiu um livro de registros com diversas anotações sobre as crianças nascidas sob os seus cuidados, o qual foi muito útil para única escola existente em

³⁰⁸ Mesmo com as considerações teóricas sobre o caso em estudo estando desenvolvidas a partir da seção 4.2, me parece interessante tecer aqui alguns comentários sobre o exercício do trabalho de parteira pela Leonina Leonor da Conceição Ribeiro. De acordo com a Brenes, ao longo do século XIX, as faculdades de medicina passaram a conceder os títulos de doutora em medicina, farmacêutica e parteira, os quais se tornaram requisitos para o exercício de tais trabalhos de cuidado. Nesse momento, as Santas Casas de Misericórdia – sendo as da Bahia e do Rio de Janeiro as precursoras – tiveram um papel relevante no ensino da obstetrícia. Em Belo Horizonte, segundo a Bara Maia, a Maternidade Hilda Brandão foi fundada no ano de 1916 e, por cerca de 20 anos, funcionou como campo de formação para ginecologistas e para obstetras que estudavam na Faculdade de Medicina. Então, tendo vivido entre 1883 e 1948, é possível que a senhora Leonina tenha feito o seu curso profissionalizante nessa época. Por fim, muito embora o documento pareça valorizar a profissionalização do trabalho de parteira, é importante ressaltar que, concomitantemente à sua contribuição para a qualificação da assistência a partos e a nascimentos, a influência do saber médico profissional, cientificista e masculino sobre o ofício do partejar é, como exposto neste trabalho, bastante responsável pelo avanço de concepções higienistas e patologizantes dos processos reprodutivos. Cf. BARA MAIA, 2008, p. 82; BRENES, 1991.

³⁰⁹ CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2008, p. 2.

³¹⁰ Escrevi a expressão “humanização do parto” entre aspas, porque, apesar de ela assim constar no texto da justificativa do PL 1.682/2008, o seu emprego não é o mais adequado. Isso porque as lutas a que todo tempo me refiro neste trabalho pleiteiam uma humanização da *assistência* ao parto e ao nascimento, não *do parto* em si.

³¹¹ CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2008, p. 2-3.

Venda Nova naquele tempo. Leonina Leonor da Conceição Ribeiro faleceu aos 65 anos de idade e a sua morte foi muito pranteada³¹².

Isso posto, voltando à construção da Maternidade Leonina Leonor Ribeiro, segundo o Relatório DVCEM 005/2019, não obstante a data da ordem de serviço, os projetos necessários ao início da execução das obras só ficaram prontos em janeiro de 2009, já na gestão do ex-prefeito Márcio Lacerda, na época filiado ao Partido Socialista Brasileiro (PSB). De acordo com informações prestadas pela Total Engenharia (a empresa contratada para o empreendimento), após a análise e a aprovação dos projetos definitivos, foram aumentadas as quantidades de itens e serviços, bem como inseridos outros novos, que não constavam na planilha licitada³¹³.

Além disso, também em 2009, a própria SMSA solicitou modificações no layout contemplando, sobretudo, áreas de apoio e administrativas (por exemplo, a inserção de itens como terraço/área de convivência, recepção e sanitários femininos e masculinos). Assim, primeiro ano de governo de Márcio Lacerda (PSB), foram firmados 10 termos aditivos, os quais fizeram com que o empreendimento custasse aproximadamente 44% a mais do que o valor previsto no contrato, como também sofresse um acréscimo de cerca de 82% no seu prazo contratual^{314 315}. Com isso, as obras que – conforme a publicação “Prefeitura inaugura maternidade no Hospital Risoleta Tolentino Neves” – deveriam ter ficado prontas em março de 2009³¹⁶ não haviam sido concluídas quase um ano após a data inicialmente planejada.

Vale dizer que esse primeiro momento de atraso na abertura e no funcionamento da Leonina não condiz com nenhum tipo de inércia da Comissão Perinatal. Nesse período, a sua atuação seguiu impactando a cena da obstetrícia no Município. Por exemplo, segundo a Lansky, em 2009, foi alcançada uma tendência de controle dos índices de cesarianas de Belo Horizonte, que haviam crescido bastante na década anterior. Já em 2010, o contrato de gestão das maternidades públicas da cidade passou a contemplar diversos indicadores assistenciais – taxas de procedimentos invasivos, trabalho com equipe multiprofissional, oferta de métodos

³¹² CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2008, p. 2-3.

³¹³ PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2019a, p. 4.

³¹⁴ PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2019a, p. 4.

³¹⁵ Nesse ponto, me parece importante registrar que, no dossiê compilado pelo CMS-BH, há documentos que trazem alguns detalhes sobre as necessidades de celebração de aditivos contratuais e alteração do cronograma planejado para a conclusão das obras. Contudo, tratam-se de fontes inautênticas, motivo pelo qual escolhi não mobilizá-las nesta dissertação.

³¹⁶ BELO HORIZONTE, 2007b, p. 6.

não farmacológicos de alívio da dor etc. –, com o condicionamento do repasse de recursos ao alcance de bons resultados dos serviços nesses parâmetros³¹⁷.

Apesar disso, o contrato foi encerrado com a Total Engenharia sem que a Leonina estivesse totalmente pronta. No Relatório DVCEM 005/2019, consta que houve uma cessão contratual em março de 2010 e que, em junho de 2010 e em maio de 2011, foi celebrado um Termo de Acordo e Transação. Além disso, há os seguintes dizeres: “Obra interrompida em 2010 (não foi possível confirmar essa informação) com serviços inacabados”³¹⁸.

Diante da imprecisão dos dados sobre o fim dessa relação contratual, em 12 de agosto de 2021, fiz um pedido de acesso à informação ao Município questionando se o contrato em discussão foi interrompido com serviços inacabados, ou se foi finalizado com o encerramento dos serviços. Em 10 de setembro de 2021, obtive a resposta ao requerimento³¹⁹, segundo a qual “O referido contrato foi publicado no mês de maio do ano de 2008, tendo sido assinada a carta de recebimento provisório em 17 de agosto de 2010 sem qualquer ressalva”³²⁰.

O fato de o objeto do contrato ter sido recebido provisoriamente demonstra que a obra não foi concluída nos termos precisamente previstos no instrumento. Tem-se, então, que, apesar de a gestão naquele momento apoiar a inauguração da Maternidade, houve uma falha na entrega do serviço. Tal acontecimento é, a meu ver, um marco importante desse estudo de caso, cujos desdobramentos serão analisados nos próximos capítulos.

4.2 Considerações teóricas

Antes de desenvolver algumas formulações teóricas sobre a narrativa acima construída, valendo-me de palavras da Reginato, considero necessário ressaltar que documentos são artefatos, dispositivos que, de maneira intencional, registram determinado texto³²¹. Havendo sempre a intenção de fazer *certo* registro, é de se concluir que toda fonte documental representa um recorte muito limitado dos fatos nela registrados.

Desse modo, particularmente no que se refere às publicações do DOM mobilizadas neste capítulo, cuja maioria trata de solenidades e outros acontecimentos, é importante destacar o quão limitados são os seus textos. É impossível conhecer tudo o que ocorreu nas

³¹⁷ LANSKY, 2010, p. 197-198.

³¹⁸ PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2019a, p. 4.

³¹⁹ No Apêndice, doc. nº 10.

³²⁰ PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. Controladoria-Geral do Município. Subcontroladoria de Transparência e Prevenção da Corrupção. *Manifestação nº. 31.00304760/2021-45*. Belo Horizonte, 10 set. 2021a.

³²¹ REGINATO, 2017, p. 194.

ocasiões relatadas, tanto porque as referidas publicações são enxutas e as pretensões de quem as escreveram não são expressamente reveladas às leitoras quanto porque esta pesquisa não abrange toda a documentação existente sobre o caso, nem recorre a outras metodologias de pesquisa empírica – o que poderia subsidiar o trabalho com outras informações.

Isso vale igualmente para as fontes que constituem outros tipos de registros, não sendo possível, por exemplo, conhecer integralmente a concepção da Comissão Perinatal sobre a Maternidade Pública de Venda Nova ou a história da Leonina Leonor da Conceição Ribeiro. Só é possível trabalhar com o conteúdo constante na base documental selecionada, bem como apreender da documentação que a constitui somente o que as suas autoras efetivamente registraram. Portanto, as considerações teóricas a seguir apresentadas partem de e se sustentam nessas limitações.

4.2.1 A proposta e a relevância da Maternidade Leonina Leonor Ribeiro

Pensando nos limites das informações da publicação “Prefeitura assume Hospital Dom Bosco. Parceria com o Estado amplia o atendimento do SUS na capital”, vale trabalhar algumas de suas nuances. Nesse documento, a parceria entre Estado e Município divulgada foi descrita como um avanço para Venda Nova, na medida em que ela se situa no limite entre Belo Horizonte e outras cidades, das quais recebe pacientes³²², o que seria uma boa justificativa para que obtivesse investimentos em saúde. A publicação, no entanto, nada disse sobre a importância de ampliar a oferta de atendimentos pelo SUS na regional também para reduzir desigualdades raciais e socioeconômicas no Município.

Afinal, de acordo com dados provenientes sobretudo do Censo de 2010, tem-se que, entre 48% e 100% das residentes de Venda Nova, é autodeclarada preta ou parda³²³. Especificamente em relação às mulheres, esse percentual varia entre 26% e 63%³²⁴. Já em se tratando de renda média, essa população se divide em dois grupos: o que auferir até meio salário mínimo e o que auferir entre meio e um salário mínimo³²⁵. Isto é: na região habitam majoritariamente pessoas pretas, pardas e pobres e, sendo assim, historicamente discriminadas

³²² Cf. BELO HORIZONTE, 2006a, p. 4.

³²³ NOSSA BH. *Mapa das desigualdades 2021*. Belo Horizonte, 4 jun. 2021. p. 20. Disponível em: <https://nossabh.org.br/2021/06/mapa-da-desigualdade-de-belo-horizonte-rmbh/>. Acesso em: 25 set. 2021.

³²⁴ NOSSA BH, 2021, p. 24.

³²⁵ NOSSA BH, 2021, p. 26.

do acesso à assistência em saúde de qualidade³²⁶. Por isso, embora não destacado no DOM, entendo que a inauguração dos novos serviços no local é medida que também possui o potencial de contribuir para a redução de desigualdades de raça e classe no Município.

Além do mais, importa considerar que, no documento ainda discutido, a parceria entre governos é destacada por ampliar o acesso à assistência em saúde para a população³²⁷. Não obstante, quanto à UPA e à maternidade a serem construídas, a publicação nada disse sobre o que significariam para a qualificação do atendimento e, especificamente quanto a esta, nada se mencionou sobre a sua concepção assistencial ou sobre os impactos na saúde materno-infantil esperados a partir do seu funcionamento.

Em razão dos limites impostos por qualquer documento à análise documental, não posso afirmar o significado do silêncio da referida fonte sobre a proposta da Leonina e sobre os ganhos epidemiológicos e sociais que potencialmente sucederiam a sua inauguração. Ainda assim, parece-me possível dizer que quem redigiu essa fonte não teve a intenção de demonstrar uma adesão da administração pública à promoção de mudanças paradigmáticas na assistência ao parto e ao nascimento – o que entendo que se repetiu em outras duas publicações do DOM, a “Prefeitura assina ordem de serviço para UPA Venda Nova”³²⁸ e a “Prefeitura investe R\$24 milhões em obras da rede municipal de saúde. Maternidade. SAMU”³²⁹. Nessas documentações, parece-me que a intencionalidade foi de registrar apenas a adoção de medidas pelo Poder Executivo Municipal destinadas à ampliação do acesso ao atendimento em saúde da população.

No momento histórico em questão, a Comissão Perinatal seguia firme com o seu vanguardismo, propulsionando uma mudança de modelos assistenciais na obstetrícia belo-

³²⁶ Ainda que, na maior parte desta dissertação, eu trabalhe a influência dos marcadores sociais de gênero, raça e classe especificamente na assistência ao parto e ao nascimento, me parece importante ao menos registrar que tais fatores de discriminação também determinam a assistência à saúde geral da população. Nesse sentido, apropriando-me, brevemente, de contribuições da pesquisadora Jurema Werneck, ressalto que o racismo, sobretudo quando intersecta com outros marcadores sociais, constitui um percalço no atendimento em saúde de qualidade, seja em razão do preconceito das profissionais de saúde, da vulnerabilização da população a ações de saúde mais precárias ou, entre outras, das condições fisiológicas e das doenças que ensejam tratamento, mas que acabam constituindo agravos ou evoluindo para quadro piores em razão do tratamento dificultado e das condições socioeconômicas desfavoráveis. Cf. WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bJdS7R46GV7PB3wV54qW7vm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 31 jul. 2019.

³²⁷ Cf. BELO HORIZONTE, 2006a, p. 4. Como já exposto, tal possibilidade de ampliação pode ser questionada, haja vista as informações sobre a ausência de problemas na oferta de serviços e profissionais de saúde na rede municipal de Belo Horizonte constantes no documento “Maternidade Pública Venda Nova”. Cf. BELO HORIZONTE, [2007?], p. 1.

³²⁸ BELO HORIZONTE, 2007a, p. 5.

³²⁹ BELO HORIZONTE, 2008a, p. 11.

horizontina e pautando a construção da Maternidade como um projeto de radicalização desses avanços. Foi por isso que mobilizei a fonte “Maternidade Pública Venda Nova”³³⁰: para tentar desvelar o que o órgão responsável pela gestão das políticas de atenção ao ciclo gravídico-puerperal pretendia com esse novo equipamento na cidade.

Então, diferentemente do que posso afirmar sobre a atuação do Poder Executivo a partir das três publicações do DOM a que já me referi nesta seção, esse material me permite dizer que a Comissão Perinatal considerava as influências das desigualdades socioeconômicas de Venda Nova no planejamento da política de saúde do Município. Isto é, no interior da SMSA, a Maternidade era destacada como uma forma de qualificar e dignificar a realidade assistencial de Venda Nova, cujas moradoras são majoritariamente pobres e sujeitas tidas como em idade reprodutiva. Além do mais, a Comissão Perinatal reforçava a ideia de que o novo equipamento de saúde contribuiria para a redução de morbimortalidades maternas e infantis em Belo Horizonte³³¹ – um ponto central na idealização dessa política pública, embora não mencionado em publicações do DOM.

Nesse panorama, conforme apontado pela literatura, estruturar a assistência ao ciclo gravídico-puerperal a partir das influências dos marcadores sociais de raça e classe é indispensável, visto que as mortes materno-infantis estão concentradas na parcela mais pobre da população e são preveníveis pelo acesso a uma atenção de qualidade³³². E, mais do que isso, que o resultado morte não é o único acontecimento negativo no contexto da assistência ao parto e ao nascimento a se buscar evitar.

Qualificar e dignificar os cuidados obstétricos e neonatais às moradoras de Venda Nova são, assim, medidas de primeira importância para tentar eliminar a prática de violências obstétricas contra essas mulheres que, por suas características raciais e socioeconômicas, estão particularmente vulneráveis³³³. Por todo o exposto, a proposta de construir a Leonina nessa região administrativa me parece revelar o compromisso da Comissão Perinatal com uma mudança de paradigmas assistenciais em termos que consideram a necessidade do protagonismo das mulheres, da qualificação da relação entre pacientes e cuidadoras, do uso adequado da tecnologia e, não menos relevante, da redução de desigualdades sociais.

A ostensiva posição da referida Comissão pode ter, inclusive, influenciado na redação de publicações do DOM, o que sugiro com base na fonte “Prefeitura inaugura maternidade no

³³⁰ BELO HORIZONTE, [2007?].

³³¹ Cf. BELO HORIZONTE, [2007?], p. 2.

³³² LANSKY, 2010, p. 192-193.

³³³ Cf. DINIZ; CHACHAM, 2006, p. 87-88; LEAL *et al.*, 2017.

Hospital Risoleta Tolentino Neves”. Nela, o Poder Executivo seguiu – da forma já destacada anteriormente – enaltecendo a abertura desse equipamento (até então) provisório pela perspectiva da ampliação do acesso a serviços de saúde para a população. Afinal, a primeira frase do documento destaca a maternidade do HRTN como mais uma opção de atendimento para as moradoras do vetor norte, de Venda Nova e da Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH)³³⁴.

Vejo, portanto, uma certa continuidade da tônica das outras publicações do DOM já destacadas nesta seção, as quais frisaram os feitos da gestão na medida em que serviram à ampliação do acesso à saúde. Não obstante, vejo também uma descontinuidade. No material ora discutido, é possível identificar outra intencionalidade nos registros dos feitos do Poder Executivo Municipal, haja vista a ostentação e a publicização dos esforços da gestão para mudar os paradigmas de assistência ao parto e ao nascimento no Município, bem como dos benefícios do modelo humanizado³³⁵.

4.2.2 A humanização como uma via de garantia e promoção de cidadania, igualdade, saúde e proteção à maternidade e à infância

Retomando, então, um raciocínio desenvolvido no capítulo anterior, em diálogo com as contribuições da Diniz, no que se refere ao planejamento da Maternidade, vejo que a Comissão Perinatal seguiu alinhada com uma proposta de humanização atrelada às legitimidades científica e epidemiológica do modelo assistencial³³⁶. Além disso, vejo que, aparentemente, ela foi mais contundente na promoção de uma ideia de humanizar que se refere à legitimidade política da reivindicação e da defesa de direitos das mulheres e das crianças na assistência³³⁷, a qual visa a oferecer mais do que partos e nascimentos saudáveis: assistências qualificadas e dignas, fundadas na autonomia de pacientes e famílias³³⁸.

Seguindo com essa retomada de raciocínio, considero necessário destacar que, no documento intitulado “Maternidade Pública Venda Nova”³³⁹, as ideias de humanização formuladas se atrelam à mobilização de uma linguagem do direito. Isso me parece perceptível não apenas pelas noções jurídicas explicitamente invocadas em um dos trechos citados na

³³⁴ Cf. BELO HORIZONTE, 2007b, p. 6.

³³⁵ Cf. BELO HORIZONTE, 2007b, p. 6.

³³⁶ Cf. DINIZ, 2001, p. 88-90. Cf. Quadro 1.

³³⁷ Cf. DINIZ, 2001, p. 86-87.

³³⁸ BELO HORIZONTE, [2007?], p. 1-2.

³³⁹ BELO HORIZONTE, [2007?].

seção 4.1.2, no qual a Comissão Perinatal reivindica modelos de assistência e formação profissional que se pautem pelos “direitos das mulheres e crianças assegurados em lei”³⁴⁰. A despeito e para além disso, vejo que há outras partes do documento em que se postulam sentidos *da constituição*, como também *do que são direitos e do que é de direito* das usuárias do sistema de saúde, o que também me faz ver – agora especificamente com relação ao planejamento da Leonina – mais uma porta para o diálogo com a Teoria Crítica da Constituição³⁴¹.

Ao tratar da missão da então Maternidade Pública de Venda Nova, compreendo que a Comissão Perinatal defendia que parir com qualidade, com segurança e com satisfação, dentro de uma estrutura física que favoreça as boas práticas assistenciais e que disponibilize os cuidados de uma equipe multiprofissional não deveria ser um luxo de poucas sujeitas. Isto é: reivindicava a humanização como *necessária* à garantia dos benefícios dos avanços científicos e ao exercício da cidadania de todas as mulheres, resgatando os seus lugares de sujeitas autônomas nos processos de parturição. Para tanto, seria devida não apenas a construção de um novo equipamento na cidade, como também a ingerência do poder público na transformação da relação entre profissionais de saúde e usuárias do sistema.

Então, pensando na assimilação da normatividade constitucional no contexto político, social e econômico de atuação da Comissão Perinatal³⁴², parece-me que todo o processo de justificação da implantação da Maternidade se assentava em disputas de sentidos de cidadania, redução de desigualdades sociais – que a CR/88 define, respectivamente, como um dos fundamentos e dos objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil³⁴³ –, igualdade, saúde e proteção à maternidade e à infância – da mesma forma, definidas como direitos e garantias fundamentais³⁴⁴. Tratava-se, pois, de tensionar esses sentidos da constituição para reivindicar a “[...] mudança do modelo assistencial de cuidado ao parto e nascimento em Belo Horizonte [...]”³⁴⁵ como um direito da população.

Em razão disso, na medida em que o documento diz que o poder público é o ente responsável pela mudança de paradigmas assistenciais, devendo intervir inclusive na construção de melhores referências para a formação profissional e implantar a Leonina³⁴⁶,

³⁴⁰ BELO HORIZONTE, [2007?], p. 2.

³⁴¹ Cf. CATTONI DE OLIVEIRA, 2021a.

³⁴² Cf. CATTONI DE OLIVEIRA, 2021a, p. 97; 2021b, p. 25.

³⁴³ BRASIL, 1988. Cf. art. 1º, II e art. 3º, IV.

³⁴⁴ BRASIL, 1988. Cf. art. 5º, *caput*, I e art. 6º, *caput*.

³⁴⁵ BELO HORIZONTE, [2007?], p. 2.

³⁴⁶ BELO HORIZONTE, [2007?], p. 2.

entendo haver uma disputa pelo que é de direito da população. Afinal, tem-se um tensionamento de noções de deveres e obrigações do poder público para com as cidadãs³⁴⁷, atribuindo-lhe responsabilidade pela provisão de serviços mais adequados e pela propulsão de transformações no ensino das profissões afetas à obstetrícia.

Nesse ponto, vale ressaltar que

[...] toda disputa acerca de como devemos compreender, enquanto cidadãos, os direitos fundamentais, bem como os princípios do Estado de Direito é uma disputa interpretativa, pública e política, na qual o que está também em questão é saber quem somos e quem gostaríamos de ser enquanto sociedade política [...]; e diz respeito, inclusive, a como nos posicionamos responsabilmente, aqui e agora, em relação às gerações passadas e futuras [...]³⁴⁸.

Isso posto, as disputas e os tensionamentos a que me refiro parecem ilustrar não só o caráter conflitivo da constitucionalidade³⁴⁹, como também uma tomada de posição da Comissão Perinatal perante o passado e o futuro³⁵⁰. Vejo na defesa da implantação da Maternidade um esforço na direção de superar a realidade não só de violência e sofrimento das mulheres e das crianças durante o parto e o nascimento, como também de discriminação no acesso à saúde a que a população venda-novense historicamente é sujeitada. Além disso, sobretudo ao se considerar a defesa de mudanças na formação de profissionais da saúde por parte da Comissão Perinatal, vejo uma busca pela construção de um novo futuro, no qual todas possam ser assistidas de forma humanizada durante o ciclo gravídico-puerperal.

4.2.3 A assistência ao parto e ao nascimento e o SUS belo-horizontino

Por último, importa destacar algumas influências do contexto econômico no caso. Primeiramente, tinha-se que a baixa qualidade assistencial da Mater-Clínica antes de seu encerramento era um exemplo do processo vivido no século XX, que a Rattner descreveu como a influência da racionalidade mecânica ou industrial – voltada exclusivamente para a noção de produtividade – no setor da saúde. No caso da obstetrícia, essa ascendência fez com que algumas maternidades estruturassem uma linha de produção de nascimentos, na maioria dos casos, pelo caminho do agendamento de cesáreas sem indicações clínicas reais³⁵¹. O outro

³⁴⁷ Cf. CATTONI DE OLIVEIRA, 2021a, p. 131.

³⁴⁸ CATTONI DE OLIVEIRA, 2021a, p. 133-134.

³⁴⁹ Cf. CATTONI DE OLIVEIRA, 2021a, p. 131.

³⁵⁰ Cf. CATTONI DE OLIVEIRA, 2021a, p. 134.

³⁵¹ RATTNER, 2009. p. 596.

caminho para essa estruturação era o da submissão de pacientes à “cascata de procedimentos” durante a assistência ao parto normal – o caso da Mater-Clínica.

Esse foi o panorama do referido equipamento durante a década de 1990 e o começo dos anos 2000, momento em que o MS passou a privilegiar o modelo de cuidados obstétricos humanizados como o caminho para a melhoria da saúde e para a redução das mortes maternas. Assim, de acordo com a Bara Maia, políticas públicas foram desenvolvidas visando à implementação do paradigma, as quais na rede pública – ainda que executadas com eventuais distorções e disfunções, aspecto que ainda será desenvolvido neste trabalho – contavam com mecanismos formais de controle e monitoramento, como os conselhos locais e municipais de saúde e as ouvidorias³⁵².

Instituições privadas como a Mater-Clínica, contudo, tendiam a rejeitar a incidência dessas estruturas sobre os seus serviços, que, segundo elas, deveriam ser controlados apenas pela lógica do mercado³⁵³. Consequentemente, as pacientes dessas organizações acabavam sendo expostas a intervenções arriscadas, sem que o poder público conseguisse exercer suas competências regulatórias como conseguia no SUS.

Nesse panorama, entendo que a opção da Comissão Perinatal por descredenciar a instituição da rede pública de Belo Horizonte foi um marco nas disputas interpretativas sobre sentidos de direitos que pautava. Isso porque a referida Comissão – atentando-se aos e alinhando-se com os debates na esfera pública sobre a humanização e, portanto, evitando que a administração pública incorresse em uma autoprogramação – não se curvou às pressões dos interesses capitalistas do empresariado hospitalar que, de modo geral, endossa o paradigma tecnocrático de cuidados, por lhe ser mais lucrativo³⁵⁴.

Considerando que a anteriormente denominada Maternidade Pública de Venda Nova seria um equipamento totalmente público, o qual supriria a lacuna assistencial deixada pelo fechamento da Mater-Clínica, compreendo que esse primeiro passo compunha um relevante movimento no sentido de fortalecimento do SUS. Afinal, a Maternidade se prestaria à oferta de um atendimento gratuito, seguro e de qualidade para toda a população – e, em especial, para a sua parcela mais preterida das políticas municipais de saúde –, com o devido controle da implementação da humanização pelos mecanismos competentes, o que contribuiria para consolidar o pioneirismo e a liderança do SUS na oferta da melhor assistência ao parto e ao nascimento em Belo Horizonte.

³⁵² BARA MAIA, 2008, p. 52-53.

³⁵³ BARA MAIA, 2008, p. 53.

³⁵⁴ Cf. CATTONI DE OLIVEIRA, 2021a, p. 131-132.

Ocorre que, como já exposto, houve uma falha na entrega dos serviços e a Leonina não atendeu os propósitos para que foi planejada. As fontes até aqui mobilizadas não me permitem dizer o que ensejou esse resultado, o que pretendo compreender melhor com o estudo que prossegue nos próximos capítulos.

5 O CASO: A GESTAÇÃO SEM FIM DA MATERNIDADE LEONINA LEONOR RIBEIRO

Algumas questões têm de ser explicitadas acerca da narrativa do que aconteceu entre o recebimento provisório do contrato inicial de construção da Maternidade Leonina Leonor Ribeiro e o ano de 2017, quando começou o primeiro mandato do então prefeito de Belo Horizonte, Alexandre Kalil (PSD). A razão disso é que, no dossiê compilado pelo CMS-BH, o primeiro e principal bloco de fontes a que tive acesso para o desenvolvimento da pesquisa, há uma lacuna relativa ao período compreendido entre 2011 e 2014 – mais da metade do tempo transcorrido entre os dois acontecimentos.

Explicando melhor, o CMS-BH organizou os documentos em pastas (via de regra) referentes aos anos de produção de cada um deles, entre 2006 e 2021. Contudo, não existem pastas relativas a 2011, 2012, 2013 e 2014. Assim, ainda que no compilado haja materiais que, produzidos anos depois, tratam de fatos ocorridos nos quatro anos em questão, entendi ser necessário buscar outras documentações que me permitissem compreender melhor o que permeou a não inauguração da Leonina nessa época.

Feita a investigação pela *internet*, acabei encontrando mais fontes que contemplam o processo de mudança de paradigmas da assistência ao parto e ao nascimento de Belo Horizonte e do Brasil, do que a situação da Maternidade. São materiais que, apesar de me ajudarem a compreender a história do equipamento de saúde em análise, fogem ao recorte proposto para a construção do caso em estudo. A natureza desses achados me angustiou um pouco, por entender que eu não poderia de todo dispensá-los, mas também que a sua mobilização poderia prejudicar a metodologia da pesquisa e ensejar um acréscimo indesejado de volume de trabalho.

Então, em novembro de 2021, com essas (e outras) inquietudes em mente, participei do X Encontro de Pesquisa Empírica em Direito (EPED). Na ocasião, tive a oportunidade de estar em uma oficina sobre pesquisa documental com a professora Reginato, que me aconselhou a não trabalhar com tantas bases documentais – no caso: o dossiê, as audiências públicas, as respostas aos pedidos de acesso à informação, as fontes encontradas na *internet* e os processos judiciais em curso.

Ponderando esse conselho com a minha percepção da necessidade de me valer de ao menos duas bases, visando a uma construção mais completa do caso, decidi manter a mobilização do dossiê e das audiências públicas, por ser aquele o meu primeiro bloco de fontes e por serem estas importantes contrapontos e complementos às informações que

naquela constam – sobretudo na medida em que elas registram manifestações de ativistas e movimentos sociais sobre o caso. As respostas aos pedidos de acesso à informação também foram mantidas, visto que se prestam a, pontualmente, certificar a credibilidade ou qualificar a compreensão do sentido de determinadas fontes.

Quanto aos materiais encontrados na *internet*, entendi ser mais adequado incorporá-los ao mínimo e, para tanto, busquei ser bastante rigorosa no processo de me certificar da autenticidade dos documentos e selecionar aqueles que guardem relação direta com o caso. Por fim, também houve a incorporação de decisões judiciais, o que será explanado e justificado no próximo capítulo. Ao expor tudo isso, pretendo evidenciar que foi a partir da tentativa de suprir, em alguma medida, a lacuna do dossiê que desenvolvi boa parte da narrativa a seguir desenvolvida.

A outra questão a ser explicitada é que o compilado de documentos do CMS-BH é mais robusto quanto aos fatos ocorridos de 2015 em diante. Essa robustez implica não apenas uma maior quantidade de informações a serem analisadas, como também um aparecimento de outras atrizes intervenientes no caso. Somando isso às perspectivas sobre a história da Leonina expostas pelas várias participantes das audiências públicas, que começaram a acontecer nessa época, senti a necessidade de organizar a narrativa de outra maneira.

Nesse sentido, além de buscar manter certa cronologia na exposição dos fatos, neste capítulo, as seções terciárias e quaternárias também serão estruturadas, em alguma medida, a partir de quem são e do que dizem as atrizes intervenientes responsáveis pelo aporte de informações ao caso.

5.1 Nasce, Leonina: entre recuar, aguardar e esperar

5.1.1 Mãos na massa? A condução das obras pelo Poder Executivo de Belo Horizonte até 2015

Como já exposto, não houve o recebimento definitivo do objeto do contrato firmado com a Total Engenharia. Depois disso, de acordo com o Relatório DVCEM 005/2019³⁵⁵, ocorreu a celebração de outros contratos com o Município cujos objetos incluíram intervenções na edificação do antigo Hospital Dom Bosco. Alguns deles não serão considerados para elaborar esta narrativa, visto que contemplaram a prestação de serviços em

³⁵⁵ PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2019a.

edificações na área da saúde de toda a cidade, mas que a fonte em análise não trouxe especificações sobre o que foi (ou o que deixou de ser) feito na Leonina. Não obstante, informações sobre outras dessas relações contratuais me parecem dignas de nota.

Em 16 de maio de 2012, foi celebrado o Contrato SC-093/12 com a empresa Alienco³⁵⁶, que tinha como objeto, em linhas gerais, a execução de serviços e obras de reforma e ampliação da UPA e da Maternidade de Venda Nova. A ordem de serviço foi emitida quase um ano depois, em 2 de abril de 2013, e a previsão de entrega do objeto era 23 de novembro de 2014. Contudo, segundo o Relatório DVCEM 005/2019, a Alienco nunca iniciou os serviços e as obras. Diante disso, no documento consta que houve o distrato – com a ressalva da ausência de confirmação dessa informação – e que seria realizada uma nova licitação para a obra, com o cronograma reprogramado para 2014³⁵⁷.

Nesse ponto, como a fonte não me trouxe dados inequívocos, em 12 de agosto de 2021, fiz uma solicitação de acesso à informação ao Município, indagando se o tal distrato de fato ocorreu e, em caso positivo, qual teria sido o motivo. Em 14 de setembro de 2021, foi disponibilizada a resposta ao pedido^{358 359}, comunicando que “Em consulta ao histórico do empreendimento, informamos que não foi localizada a rescisão contratual mencionada”. Com isso, não possuo uma confirmação do distrato em si³⁶⁰. Ainda assim, parece-me seguro dizer que a Alienco não deu início à execução contratual, não apenas pelo que consta no Relatório

³⁵⁶ Convém dizer que, em alguns outros documentos mobilizados para esta pesquisa, há informações imprecisas quanto ao Contrato SC-093/12 – entre eles, o próprio relatório “Avaliação de viabilidade da Maternidade / Centro de Parto Normal Leonina Leonor”. Neles consta que a empresa Total Engenharia foi a contratada para a realização dessas obras e desses serviços. No entanto, a licitante vencedora foi a Alienco, conforme consta não só no Relatório DVCEM 005/2019, como também no DOM de 16 de maio de 2012, em que há um extrato com a homologação da Licitação SCO-028/12 e com a adjudicação da execução do referido contrato para a empreiteira (no Apêndice, doc. nº 11). Ao fim e ao cabo, essa imprecisão do conteúdo acaba por minorar a credibilidade do primeiro relatório ora referenciado, elaborado pelo grupo de trabalho instituído em plenária do CMS-BH – bem como das outras fontes que afirmem que o contrato foi adjudicado para a Total Engenharia. Cf. BELO HORIZONTE. Poder Executivo. Secretaria Municipal de Obras e Infraestrutura. Homologações. Licitação SCO-028/12. *Diário Oficial do Município*, Belo Horizonte, ano XVIII, n. 4.070, p. 16, 16 maio 2012. Disponível em: https://dom-web.pbh.gov.br/visualizacao/edicao/806#state=4f0dea63-1c4e-4264-89d6-93583c0b73e1&session_state=50bd2202-6329-4009-a10b-2d5b4f081a42&code=ba13ef66-dc53-4180-8e3b-1ad55e4a9557.50bd2202-6329-4009-a10b-2d5b4f081a42.b119622a-06b6-465b-b551-d7dce86b197f. Acesso em: 17 out. 2021; GRUPO DE TRABALHO, 2016, p. 10; MAY, 2004, p. 220; MCCULLOCH, 2004, p. 36 *apud* REGINATO, 2017, p. 202; PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2019a, p. 6.

³⁵⁷ PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2019a, p. 6; 9.

³⁵⁸ PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. Controladoria-Geral do Município. Subcontroladoria de Transparência e Prevenção da Corrupção. *Manifestação nº. 31.00304793/2021-27*. Belo Horizonte, 14 set. 2021b.

³⁵⁹ No Apêndice, doc. nº 12.

³⁶⁰ PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2021b.

DVCEM 005/2019³⁶¹, mas pelo que também está em outras fontes – por exemplo, o relatório “Avaliação de viabilidade da Maternidade / Centro de Parto Normal Leonina Leonor”³⁶².

Também considero importante o Contrato SC-093/13, que foi adjudicado para a empresa JVP e que teve sua ordem de serviço emitida em 18 de dezembro de 2013³⁶³. Mesmo que o seu objeto tenha abrangido a prestação de serviços diversos em edificações para empreendimentos na rede municipal de saúde, vale tratar dessa relação contratual, sobre a qual há informações do que foi executado para a Leonina.

No caso, foram contemplados projetos para intervenções arquitetônicas na edificação. O que me chama atenção sobre esse contrato é que, de acordo com o Relatório DVCEM 005/2019, essas intervenções teriam sido, com o aval da SMSA, pensadas para que a estrutura da Maternidade fosse adequada apenas na medida do necessário ao seu funcionamento. Inclusive, alterações referentes à conformidade com a legislação sanitária seriam deixadas para um momento futuro, a depender da disponibilidade de recursos financeiros³⁶⁴. Ou seja, parece-me que havia um interesse da gestão em viabilizar o funcionamento da Leonina o quanto antes, porém isso não foi suficiente para que a inauguração do equipamento acontecesse.

No relatório em análise, há uma indicação das intervenções executadas no bojo do Contrato SC-093/13, como também do valor medido referente ao empreendimento “Maternidade e UPA Venda Nova”. Consta, além disso, um trecho de um *e-mail* da JVP afirmando que não existiriam pendências quanto ao contratado e ao elaborado pela empresa³⁶⁵. Essas informações me fazem entender que, no tocante à Leonina, os projetos de intervenções arquitetônicas planejados foram de fato executados.

Depois desse contrato, a despeito das necessidades decorrentes principalmente do recebimento provisório dos serviços e das obras feitas pela Total Engenharia, não há mais registros de execução de intervenções que tenham sido levadas a cabo com o objetivo de inaugurar a Maternidade nos moldes em que ela foi planejada. Ainda que a parte quatro do Relatório DVCEM 005/2019 – de informações registradas no controle de empreendimentos – tenha limitações quanto ao seu sentido (como explicado no Apêndice), segundo as informações nela constantes³⁶⁶, parece-me que, pelo menos até 2015, a existência de muitos

³⁶¹ PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2019a, p. 6.

³⁶² GRUPO DE TRABALHO, 2016, p. 10.

³⁶³ PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2019a, p. 6.

³⁶⁴ PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2019a, p. 7.

³⁶⁵ PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2019a, p. 6, 11.

³⁶⁶ PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2019a, p. 8-13.

projetos elaborados por várias empresas em razão de diferentes demandas dificultou a concretização das intervenções necessárias à abertura da Maternidade Leonina Leonor Ribeiro.

Constituiu-se, então, um panorama bastante estranho, que perdurou por quase uma década: muito dinheiro foi investido na construção da Leonina, mas as obras não foram totalmente finalizadas; a princípio, a gestão tentou intervir para viabilizar a inauguração do serviço, no entanto, sem sucesso; então, restou ocioso um equipamento de saúde quase pronto, que por pouco poderia estar a serviço da população. Esse cenário é um paradoxo da assistência ao parto e ao nascimento em Belo Horizonte – afinal, concomitantemente à manutenção das portas da Maternidade fechadas, havia (e ainda há!) uma pujança de forças pela implementação do modelo assistencial humanizado na cidade.

5.1.2 “Nasce uma mãe, nasce uma ativista”: os debates na CMBH

Como já apresentado no capítulo anterior, ao final da primeira década dos anos 2000, havia uma articulação entre movimentos sociais e gestão em prol da humanização da assistência ao parto e ao nascimento, especialmente graças a ações pautadas pela Comissão Perinatal³⁶⁷. Ao longo dos anos, apesar do insucesso na abertura da Leonina, as iniciativas dessas ativistas em Belo Horizonte parecem não ter arrefecido. Tanto é que, em 2015, tais mobilizações – que se organizaram em um movimento nomeado “Nasce Leonina”³⁶⁸ – pautaram a implantação da Maternidade em um espaço importante da cidade: a CMBH.

Refiro-me à realização de uma audiência pública para discutir a situação do equipamento em 22 de setembro de 2015. Ela se deu na 29ª Reunião Ordinária da Comissão de Saúde e Saneamento e foi solicitada e presidida pelo então vereador Gilson Reis, do Partido Comunista do Brasil (PCdoB). Para apresentar os seus desenvolvimentos, mobilizo a gravação integral do evento, disponível no *site* da CMBH^{369 370}.

³⁶⁷ Cf. BARA MAIA, 2008, p. 114; FIGUEIREDO; LANSKY, 2014, p. 91; LANSKY, 2010, p. 197-198.

³⁶⁸ GRUPO DE TRABALHO, 2016, p. 11.

³⁶⁹ CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. [29ª Reunião Ordinária – Comissão de Saúde e Saneamento]. *Assunto: Audiência Pública da Comissão de Saúde e Saneamento com a finalidade de discutir a situação da maternidade Leonina Leonor Ribeiro, na região de Venda Nova*. Belo Horizonte, 22 set. 2015. Disponível em: <https://cmbh.mg.gov.br/comunica%C3%A7%C3%A3o/reuni%C3%B5es/29%C2%AA-reuni%C3%A3o-ordin%C3%A1ria---comiss%C3%A3o-de-sa%C3%BAde-e-saneamento-22-09-2015>.

Acesso em: 9 nov. 2020.

³⁷⁰ No Apêndice, doc. nº 13.

A reunião aconteceu em um dia, na parte da tarde, no Plenário Amyntas de Barros, e durou cerca de 2h30min. Destaco que houve uma inversão de pauta e, antes de seu início, os parlamentares integrantes da Comissão de Saúde e Saneamento apreciaram e votaram requerimentos e projetos de lei. Após, os vereadores foram indo embora; dos membros da referida Comissão, apenas Gilson Reis (PCdoB) acompanhou toda a audiência pública sobre a Maternidade³⁷¹. Dito isso, para construir a narrativa desse momento do caso, parto daquilo que identifiquei na gravação como sendo os consensos construídos e as controvérsias desveladas mais relevantes.

No que se refere aos pontos incontroversos, chamou-me atenção a implicação subjetiva das mulheres que participaram da reunião com a possibilidade de abertura da Leonina. Muitas delas, como algumas vezes afirmado ao longo da audiência, fizeram-se ativistas a partir de suas vivências de parto – seja porque foram positivas e empoderadoras, seja porque foram negativas, violentas e traumatizantes –, e se emocionaram durante suas falas³⁷². Portanto, entendo que essas sujeitas reivindicavam a implantação da Maternidade para que si próprias, para que suas filhas e para que futuras gestantes, parturientes e recém-nascidas de Belo Horizonte pudessem romper com o sofrimento e com a violência que a obstetrícia hegemônica impõe aos processos de parturição.

Um trecho da manifestação da advogada Gabi Sallit me parece exemplificar esse ponto:

Quando a gente vem falar aqui de abertura de uma maternidade toda realizada com ambiência necessária para a realização de partos humanizados, mais do que isso significa para nós em termos de população, para nós enquanto belo-horizontinas, eu acho que não tem como a gente ignorar a mudança que isso é capaz de promover para cada mulher, para cada família. Eu vendo assim, aqui esse plenário cheio, eu consigo visualizar entre uma e outra amigas aqui que junto com seus filhos nasceram como ativistas. Nasceram ou em experiências realizadoras e maravilhosas, de partos onde elas eram protagonistas, ou nasceram em experiência frustrantes, dolorosas, marcantes de partos roubados. Quando nasce uma ativista por um parto ou por uma má assistência, nasce também uma mãe que está mais empoderada, que está mais apta a maternidade, que está mais apta a criar os seus filhos, como seres capazes de exigir o que é necessário para cidadãos³⁷³.

Há também um pedaço da fala da professora Kleyde Ventura de Souza, que bem ilustra a dimensão de tal implicação:

³⁷¹ CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2015.

³⁷² CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2015.

³⁷³ CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2015, transcrição minha.

Eu queria falar um pouquinho nessa linha e dizer que é... a Sônia fez o histórico e disse: “Olha, o nosso problema não é de leitos obstétricos, o nosso problema é a forma como nós queremos que a sociedade reconheça o nascimento que acontece de forma segura e prazerosa”. Então, acho que o primeiro ponto de discussão nosso é que a discussão aqui não é abrir leitos, a discussão aqui não é abrir espaços, a discussão aqui é que espaços as mulheres estão reivindicando para si e para os seus filhos. Eu acho que essa é a discussão fundamental, que tem que ser feita aqui. Nessa linha, eu acho que independente de qualquer coisa, a gente tem que decidir como e quem e de que forma estará nessa discussão. É importante que todos estejam, mas é importante que estejam as pessoas e os grupos que reconhecem o que nós queremos para esse lugar, um lugar protegido e que possa fazer reverberar segurança e prazer, aspectos importantíssimos em qualquer nascimento e em todos os partos³⁷⁴.

Entre as participantes dessa audiência pública, compreendo que há um consenso no reconhecimento da liderança nas mudanças de paradigmas de cuidados tanto de Belo Horizonte na cena nacional do parto e do nascimento quanto do SUS na rede assistencial belo-horizontina – sendo, inclusive, afirmado o papel do setor público de promotor da transformação de modelos no setor privado. Essas lideranças são, de certa forma, “niveladas por baixo”, uma vez que a qualidade de atendimento como um todo é péssima, ainda marcada por problemas como os altos índices de morbimortalidades maternas, a sujeição de mulheres a maus-tratos no parto, a prática abusiva de cesarianas, entre outros³⁷⁵.

Assim, a necessidade da Leonina é pautada de forma inconteste. Diversas foram as falas no sentido da importância desse equipamento para que gestantes e parturientes tivessem a possibilidade de receber uma assistência de risco habitual *com qualidade*, em uma ambiência adequada, com a oferta de métodos naturais de alívio da dor, na presença de familiares e com o acompanhamento de doulas (se esses forem os seus desejos). Além disso, a Maternidade também é reivindicada por ser um serviço planejado para a formação de profissionais de saúde de acordo com as boas práticas assistenciais³⁷⁶.

Inclusive, a implantação da Leonina é postulada como um caminho de *fortalecimento do SUS*. É o que depreendo da fala da ativista Carolina Giovannini sobre o cenário de implantação do equipamento:

Esse hospital vai ser um hospital público, com recursos públicos, nós vamos mudar mais uma coisa aqui em BH, que é fazer uma coisa pública, totalmente pública. Não vai ter essa desculpa de que “ah, é porque o Sofia³⁷⁷ é filantrópico”, porque hoje nós

³⁷⁴ CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2015, transcrição minha.

³⁷⁵ CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2015.

³⁷⁶ CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2015.

³⁷⁷ Quando se fala em “Sofia” a referência é o Hospital Sofia Feldman (HSF), uma instituição filantrópica que presta serviços exclusivamente no SUS e que, além de ser a maior maternidade de Belo Horizonte em

temos a possibilidade de fazer diferente, nós podemos ter um hospital público, um local público, com dinheiro público, para poder atender as mulheres de forma humanizada. [...] nós queremos leitos para a gente ser atendida de forma adequada, nós não queremos ser violentadas na hora do parto e tratadas como as pessoas são tratadas nos hospitais³⁷⁸.

A todo tempo, durante a audiência pública, a ausência de verbas para a implantação e para o custeio da Maternidade foi discutida. Ainda que o vereador Gilson Reis (PCdoB) tenha questionado esse impeditivo diante do tamanho do orçamento do Belo Horizonte e que ele e o então parlamentar Márcio Almeida, do Partido Republicano Progressista (PRP), tenham divergido quanto à origem do problema da falta de recursos (se seria uma questão da gestão municipal ou dos repasses insuficientes dos governos estadual e federal), na reunião foi proposta a implantação da Leonina como um Centro de Parto Normal (CPN), uma alternativa mais viável em face das limitações orçamentárias³⁷⁹.

O ponto de partida dessa proposição foi a Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015^{380 381}, elaborada pelo MS para redefinir as diretrizes de implantação e habilitação de CPN no âmbito do SUS, visando ao atendimento de mulheres e recém-nascidas de acordo com o componente parto e nascimento da Rede Cegonha³⁸². Os CPN são unidades de saúde que visam a assistir partos de risco habitual e que pertencem a uma organização hospitalar, estando localizados em suas dependências internas ou em suas imediações. Resumidamente, a Portaria dispõe sobre: o que é necessário para constituir e para habilitar um equipamento como um CPN no

número de partos e nascimentos assistidos, é referência nacional em humanização da assistência obstétrica há anos. Cf. BARA MAIA, 2008, p. 87-88.

³⁷⁸ CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2015, transcrição minha.

³⁷⁹ CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2015.

³⁸⁰ Que também será referida como Portaria nº 11/2015.

³⁸¹ É importante registrar que esse não foi o primeiro ato normativo do MS a regulamentar os CPN. A primeira regulamentação foi pela Portaria nº 985, de 5 de agosto de 1999. Cf. BARA MAIA, 2008, p. 26.

³⁸² A Rede Cegonha é um programa instituído pela Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 do MS (que também será referida como Portaria nº 1.459/2011). A sua proposta era ser uma rede de cuidados destinada a assegurar os direitos ao planejamento reprodutivo e à assistência humanizada ao ciclo gravídico-puerperal às mulheres, como também os direitos ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis às crianças. Entre outros, a Rede Cegonha tinha como princípios a garantia e a promoção dos direitos humanos e, mais especificamente, dos direitos sexuais e reprodutivos, assim como a participação e a mobilização social. Além disso, os objetivos do programa eram: fomentar a implementação de um novo modelo de assistência à saúde de mulheres e crianças no ciclo gravídico-puerperal e nos dois primeiros anos de vida; organizar a rede de atenção a essas sujeitas de modo a garantir acesso, acolhimento e resolutividade; reduzir as mortes maternas e infantis – especialmente as neonatais. As suas interfaces com o caso serão mais bem exploradas no Capítulo 7. Cf. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011*. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. 24 jun. 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 19 out. 2021.

âmbito do referido programa; a destinação de incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal desses centros; e o monitoramento e a avaliação dos CPN³⁸³.

Em seu artigo 3º, parágrafo 1º, a Portaria nº 11/2015 apresenta três classificações de CPN que, *grosso modo*, se referem a dois tipos do equipamento: os intra-hospitalares, localizados nas dependências internas de um hospital, e os peri-hospitalares, situados nas imediações de uma organização hospitalar. Os requisitos para cada classificação de estabelecimento estão previstos no artigo 6º e incisos³⁸⁴. No caso, a Leonina teria condições de se enquadrar como um CPN peri-hospitalar, e isso foi demandado na audiência pública. Caso a SMSA acordasse com a implantação do serviço nesses moldes, seria possível inaugurá-lo de modo mais célere³⁸⁵.

Ao mesmo tempo em que se construíam consensos quanto a possibilidades de abertura da Maternidade, as participantes da audiência pública também compreendiam e discutiam o que permeava a sua não inauguração até então. Mais especificamente, por ser um equipamento que promoveria o bom parto, fora de uma estrutura hospitalar de alto risco, com menos intervencionismo, com o protagonismo da enfermagem obstétrica e com a necessidade de fortalecimento da atenção básica para o seu sucesso, a Leonina representaria uma afronta à indústria médico-hospitalar que promovia o modelo obstétrico hegemônico. Isso porque o seu modelo desfavoreceria as cesarianas desnecessárias, as demais intervenções iatrogênicas e os agravos de saúde que são delas decorrentes³⁸⁶.

Em sua fala, Érico Cowen, representante do CMS-BH – após reconhecer que, até então, esse órgão não discutia suficientemente a questão da Maternidade –, sintetizou bem a questão mercadológica posta:

Eu pelo menos não tinha tanto conhecimento, mas é uma questão muito grave, né? Porque a gente vive no Brasil, talvez até no mundo, é... principalmente nos serviços públicos³⁸⁷, a gente fica à mercê de uma indústria da cesariana, né? Indústria da

³⁸³ BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015*. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. 7 jan. 2015. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html. Acesso em: 23 out. 2021.

³⁸⁴ BRASIL, 2015.

³⁸⁵ CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2015.

³⁸⁶ CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2015.

³⁸⁷ É importante pontuar que, nesse trecho, parece haver um erro na fala do representante do CMS-BH (o que, portanto, minora a sua credibilidade). Como dito em outros momentos da própria audiência pública, bem como já desenvolvido no Capítulo 2 desta dissertação, não obstante o problema da indústria das cesarianas também alcance a rede pública de assistência, ele é mais grave na rede suplementar, ao contrário do afirmado

cesárea que todo mundo sabe que é um procedimento de alto custo, e tem muita gente lucrando muito dinheiro com isso. O SUS funcionar e conseguir prover um outro tipo de parto quebra, rompe com essa lógica. Então, eu acho muito importante que não é só uma questão de “ah, tá aberto, é uma questão de leito”, é uma questão de modelo e de enfrentamento a uma indústria que mercantiliza o parto e a saúde da mulher. Isso precisa de ser bem pontuado, porque é uma discussão muito maior do que a gente tá pensando, né?³⁸⁸

Não obstante esses importantes consensos construídos na audiência pública, vale ressaltar algumas questões em que as participantes divergiram. A primeira delas diz respeito à postura da SMSA perante a situação da Leonina e a própria CMBH. Embora algumas falas tenham denunciado o descompromisso da referida Secretaria com a pauta, não só pelo não funcionamento do serviço, mas também pelo não comparecimento injustificado na reunião, Sônia Lansky reportou que o secretário municipal de Saúde havia lhe pedido para avisar que a gestão tinha interesse na inauguração do serviço sim, mas que, para tanto, seria necessário resolver o problema dos recursos. A alegação de falta de vontade política de implantar a Maternidade por parte dos gestores não era, portanto, exatamente incontroversa³⁸⁹.

Além disso, ainda que algumas pessoas tenham afirmado o avanço das discussões sobre a humanização da assistência ao parto e ao nascimento na sociedade como um todo, o que, naquele momento, se refletia na quantidade de sujeitas envolvidas com o equipamento em pauta, também foi reconhecida a necessidade de expandir a discussão sobre esse modelo de cuidados entre as pessoas, a gestão e a CMBH. Sônia Lansky destacou a necessidade de superar a sedimentação da cultura do alto risco, que faz crer que um equipamento destinado à assistência de risco habitual, como a Leonina, seria inseguro ou “SUS para pobre”³⁹⁰.

Ao final, Gilson Reis (PCdoB) apresentou alguns encaminhamentos. Convocou todas para o comparecimento a uma visita técnica que seria realizada na Maternidade Leonina Leonor Ribeiro em 3 de outubro de 2015. Além disso, propôs a criação de uma comissão, por meio de seu próprio mandato, para pautar os debates destacados pela Sônia Lansky e para discutir a implantação do serviço com os secretários municipal e estadual de Saúde – considerando, inclusive, a possibilidade de o governo federal assumir o equipamento. Por último, sugeriu que o CMS-BH realizasse uma audiência para discutir a questão³⁹¹.

pelo participante. Cf. DINIZ, 2001, p. 12; SCOTT, 1990, p. 22 *apud* REGINATO, 2017, p. 202; TESSER *et al.*, 2015, p. 5-6

³⁸⁸ CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2015, transcrição minha.

³⁸⁹ CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2015.

³⁹⁰ CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2015.

³⁹¹ CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2015.

Isso posto, vale tentar compreender o que sucedeu a realização dessa audiência pública.

5.1.3 Em defesa do CPN Leonina Leonor Ribeiro

5.1.3.1 Na gestão – SMSA/Comissão Perinatal

No que se refere à nova regulamentação da implantação de CPN no Brasil, é importante dizer que o artigo 9º, *caput*, da Portaria nº 11/2015, determina que, para habilitar uma unidade nesses moldes, é necessário encaminhar um requerimento ao MS, acompanhado de alguns documentos. Entre eles, como consta no inciso I do artigo, uma Resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) contemplando a inclusão do equipamento como CPN no desenho regional da Rede Cegonha³⁹². No caso, há no dossiê do CMS-BH dois documentos que mostram que a SMSA solicitou a inclusão da Leonina como CPN nos termos necessários ao atendimento do artigo 9º, inciso I da Portaria.

Uma fonte é, na verdade, a digitalização de três materiais, sendo que apenas o primeiro será mobilizado³⁹³. Trata-se de uma Pactuação da Comissão Intergestora Regional Ampliada (CIRA) referente à inclusão do CPN da Leonina no Plano de Ação Regional da Rede Cegonha, com homologação da CIB-SUS de Minas Gerais^{394 395 396}. A outra fonte é a

³⁹² BRASIL, 2015.

³⁹³ Os outros dois materiais não serão analisados, porque um deles é um parecer técnico perceptivelmente incompleto que, sendo assim, não atende ao critério da autenticidade e o outro é mero ofício de solicitação de inclusão de pauta, que não contribui para a construção da narrativa do caso em estudo. Cf. REGINATO, 2017, p. 201.

³⁹⁴ A CIB é uma instância de negociação e pactuação entre gestoras estaduais e municipais quanto a aspectos operacionais do SUS. Em 2015, ano em que as fontes em análise foram produzidas, o Regimento Interno das Comissões Intergestores da Secretaria de Estado de Saúde (SES) de Minas Gerais previa a CIRA – uma instância colegiada de articulação, negociação e pactuação dos aspectos de gestão do SUS da Região Ampliada para integrar todos os níveis de ações e serviços de saúde oferecidos, configurando uma região sanitária resolutiva com a garantia de acesso integral à saúde ofertada à população. As suas pactuações tinham de ser encaminhadas para homologação da CIB. Desde 2019, a CIRA não existe mais e tem como instância análoga a CIB Macro (MINAS GERAIS. Governo de Estado. Secretaria de Estado de Saúde. *Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.280, de 17 de fevereiro de 2016*. Aprova o Regimento Interno da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), das Comissões Intergestores Regionais (CIR) e das Comissões Regionais Ampliadas (CIRA) do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, 17 fev. 2016. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=17821-deliberacao-cib-sus-mg-n-2-280-de-17-de-fevereiro-de-2016&task=download. Acesso em: 24 out. 2021; MINAS GERAIS. Governo de Estado. Secretaria de Estado de Saúde. *Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.030, de 13 de novembro de 2019*. Aprova o Regimento Interno da Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais (CIB-SUS/MG), das Comissões Intergestores Bipartite Macrorregionais (CIB Macro) e das Comissões Intergestores Bipartite Microrregionais (CIB Micro) do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, 13 nov. 2019. Disponível em:

ata da 9ª Câmara Técnica e da 70ª Reunião Ordinária da CIRA Centro³⁹⁷, em que se aprovou a inclusão do CPN Leonina Leonor no Plano de Ação da Região Ampliada Centro³⁹⁸.

Em 19 de novembro de 2015 aconteceu a reunião da CIRA, que, entre outras pautas, discutiu a situação da Leonina. Na ocasião, foi apresentada a proposta de inauguração do equipamento como um CPN incluído no Plano de Ação da Rede Cegonha na Região Ampliada Centro. A representante da referência da saúde da mulher e da criança do Núcleo de Redes de Atenção à Saúde da Superintendência Regional de Saúde (NRAS/SRS) de Belo Horizonte propôs que o equipamento fosse implementado com vinculação ao HRTN e destacou que ele seria essencial para a região na assistência ao parto e na implementação do modelo da humanização³⁹⁹.

O representante da SMSA na reunião explicou que o CPN não funcionaria no modelo “portas abertas”, ou seja, que apenas receberia gestantes de risco habitual especificamente referenciadas para a assistência no local. Acrescentou, em seguida, que o equipamento contaria com uma médica na sua equipe em um primeiro momento, mas que, posteriormente, a necessidade dessa profissional seria avaliada. Depois dele, interveio a coordenadora da CIRA Centro, sugerindo que fosse criada uma comissão técnica específica para acompanhar a estruturação e para monitorar o CPN⁴⁰⁰.

Sônia Lansky, coordenadora da Comissão Perinatal na época, manifestou-se logo depois, fazendo colocações que me parecem relevantes. Primeiramente, frisou como o CPN representa uma quebra de paradigmas, pois visa a preservar gestantes de risco habitual de intervenções hospitalares desnecessárias. Nesse sentido, reiterou a questão do referenciamento rigoroso dessas mulheres. Em seguida, explicou que o CPN da Leonina está localizado a uma distância do HRTN que pode ser percorrida, de carro, em cinco minutos, o que – somado ao fato de que o referido hospital tinha o interesse de ser um centro de referência do MS – atenderia às exigências do artigo 6º, inciso III, “a”, da Portaria nº 11/2015⁴⁰¹.

https://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=21025-deliberacao-cib-sus-mg-n-3-030-de-13-de-novembro-de-2019&task=download. Acesso em: 24 out. 2021).

³⁹⁵ CIRA CENTRO. *Pactuação da Comissão Intergestora Regional Ampliada*. CIRA Centro. Número: 342/2015. Data: 19/11/2015. Belo Horizonte, 19 nov. 2015.

³⁹⁶ No Apêndice, doc. nº 14.

³⁹⁷ No Apêndice, doc. nº 15.

³⁹⁸ CÂMARA TÉCNICA, 9ª; REUNIÃO ORDINÁRIA DA CIRA CENTRO, 70ª. 2015, Belo Horizonte. *Ata da 9ª Câmara Técnica e da 70ª Reunião Ordinária da CIRA Centro*. Belo Horizonte, 19 nov. 2015.

³⁹⁹ CÂMARA TÉCNICA, 9ª; REUNIÃO ORDINÁRIA DA CIRA CENTRO, 70ª, 2015, p. 1.

⁴⁰⁰ CÂMARA TÉCNICA, 9ª; REUNIÃO ORDINÁRIA DA CIRA CENTRO, 70ª, 2015, p. 1-2.

⁴⁰¹ CÂMARA TÉCNICA, 9ª; REUNIÃO ORDINÁRIA DA CIRA CENTRO, 70ª, 2015, p. 2.

Por fim, pontuou que o modelo proposto não exige médicas para o seu funcionamento e que a referida Portaria dispensa a presença dessas profissionais para o funcionamento de CPN. Então, elogiou e concordou com a proposta de criação de uma comissão técnica, a qual seria importante não apenas para viabilizar a participação de todas na construção de um processo responsável e seguro de implantação do equipamento, como também para promover uma discussão ampliada sobre a operacionalidade de CPN, o que geraria mais segurança quanto ao modelo e desmistificaria a necessidade de médicas em sua equipe⁴⁰².

Depois de Sônia Lansky, representantes das Secretarias de Saúde dos Municípios de Contagem e Sabará – pertencentes à RMBH – manifestaram as suas preocupações no sentido de que a decisão de Belo Horizonte de contratar médicas para o CPN poderia gerar problemas com essa classe profissional e dificultar a implementação dos centros apenas com enfermeiras nessas cidades próximas da capital. Diante disso, o representante da SMSA buscou tranquilizá-las, dizendo que não se preocupassem com a pressão da classe médica, pois o Município só implantaria o CPN contratando essas profissionais por possuir a intenção de, futuramente, transformar a Leonina em uma maternidade completa⁴⁰³.

Ao final da reunião, as participantes concordaram com a aprovação da inclusão do CPN Leonina Leonor no Plano de Ação da Região Ampliada Centro⁴⁰⁴. A pactuação foi encaminhada ao Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha e à CIB-SUS de Minas Gerais – sendo que, nessa instância, foi homologada em 9 de dezembro de 2015⁴⁰⁵.

5.1.3.2 Na fiscalização e no controle social das políticas públicas de saúde – o MPMG e o grupo de trabalho instituído em plenária do CMS-BH

Além das representantes do Poder Executivo de Belo Horizonte, é importante destacar a interveniências de outras atrizes que sempre participaram da Comissão Perinatal e que reivindicaram a implantação da Leonina (também) como um CPN, nos termos aprovados no Plano de Ação da Rede Cegonha. Refiro-me, aqui, ao MPMG e ao grupo de trabalho instituído em plenária do CMS-BH.

⁴⁰² CÂMARA TÉCNICA, 9ª; REUNIÃO ORDINÁRIA DA CIRA CENTRO, 70ª, 2015, p. 2.

⁴⁰³ CÂMARA TÉCNICA, 9ª; REUNIÃO ORDINÁRIA DA CIRA CENTRO, 70ª, 2015, p. 2.

⁴⁰⁴ CÂMARA TÉCNICA, 9ª; REUNIÃO ORDINÁRIA DA CIRA CENTRO, 70ª, 2015, p. 2.

⁴⁰⁵ CIRA CENTRO, 2015.

Primeiramente, para apresentar a interveniência do MPMG, recorro a dois documentos: a Recomendação nº 04/2016^{406 407}, da 1ª Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde de Belo Horizonte, e o Ofício nº 0697/2016/1ª PJ Saúde^{408 409}. Ambos estão localizados em um único arquivo compilado no dossiê do CMS-BH, o qual é composto pela digitalização de três documentações. Entre eles, há um material que optei por não mobilizar, uma vez que se trata de um ofício da Procuradoria-Geral do Município (PGM) reforçando as solicitações dos outros dois documentos trabalhados. Além disso, para apresentar a interveniência do grupo de trabalho instituído em plenária do CMS-BH, analiso – agora com maior profundidade – o relatório “Avaliação de viabilidade da Maternidade / Centro de Parto Normal Leonina Leonor”⁴¹⁰.

Em 6 de maio de 2016, o MPMG, por meio da 1ª Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde de Belo Horizonte, emitiu a Recomendação nº 04/2016⁴¹¹, destinada ao então secretário municipal de Saúde, Fabiano Geraldo Pimenta Júnior. Trata-se de uma medida tomada com referência ao Inquérito Civil Público nº 0024.16.006484-6, que tem como objeto a Maternidade Leonina Leonor Ribeiro^{412 413}.

⁴⁰⁶ MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS. 1ª Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde de Belo Horizonte/MG. *Recomendação nº. 04/2016*. Belo Horizonte, 6 maio 2016a.

⁴⁰⁷ No Apêndice, doc. nº 16.

⁴⁰⁸ MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS. 1ª Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde de Belo Horizonte/MG. *Ofício nº 0597/2016/1ª PJ Saúde*. Assunto: Recomendação faz. Referência: IC nº MPMG-0024.16.006484-6. Objeto: Maternidade Leonina Leonor. Belo Horizonte, 9 maio 2016b.

⁴⁰⁹ No Apêndice, doc. nº 17.

⁴¹⁰ GRUPO DE TRABALHO, 2016.

⁴¹¹ Aqui, é importante discorrer sobre o erro existente no material. Logo no primeiro parágrafo, o MPMG fundamenta a Recomendação nº 04/2016 pelo uso das atribuições que lhe seriam conferidas pelo artigo 2º, parágrafo único, inciso IV, da Lei Federal nº 8.625/1993 – também conhecida como a Lei Orgânica Nacional do Ministério Público. Ocorre que o parágrafo único do artigo 2º da referida legislação não possui incisos, diante de que compreendo que a fonte possui um erro. Então, com o intuito de mobilizar elementos corroborantes que me permitissem aferir qual seria a verdadeira fundamentação legal do ato (e, com isso, a que se destinava), entendi por bem mobilizar o Ofício nº 0697/2016/1ª PJ Saúde. Nesse documento, são indicados o artigo 129, inciso II da CR/88, o artigo 8º da Lei nº 7347/1985, o artigo 26, incisos I e IV da Lei Federal nº 8.625/1993 e o artigo 67, inciso I, da Lei Complementar Estadual nº 34/1994. Mediante a conferência do que dispõem esses artigos é que é possível compreender em que legalmente se sustenta a Recomendação nº 04/2016 do MPMG. Cf. MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2016a; MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2016b, p. 1; REGINATO, 2017, p. 206.

⁴¹² MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2016a; MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2016b.

⁴¹³ A informação sobre o objeto do Inquérito Civil Público nº 0024.16.006484-6 está no Ofício nº 0697/2016/1ª PJ Saúde (MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2016b). Ao pesquisar sobre esse Inquérito na aba de procedimentos extrajudiciais do serviço de consulta processual do *site* do MPMG, consta que ele é datado de 9 de maio de 2016 e que a situação é “aberto”. Além disso, há a informação de que ele está sob sigilo. Diante da impossibilidade de conhecer esse material pela internet e do elevado número de fontes mobilizadas, optei por não buscar o acesso à íntegra do Inquérito Civil Público nº 0024.16.006484-6 e não aprofundar na sua análise nesta dissertação.

A fonte apresenta alguns considerandos, antes de fazer a recomendação propriamente dita. Os primeiros são referentes às competências funcionais do Ministério Público de defesa da ordem jurídica vigente e de zelo pelo respeito aos poderes públicos e aos serviços de relevância pública aos diretos assegurados pela CR/88 – no caso, o direito à saúde (que deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas) e os serviços a ele correlatos, particularmente no âmbito do SUS. Nessa parte, a fonte destaca a legitimidade do Ministério Público para fiscalizar a prestação das ações e dos serviços públicos de saúde⁴¹⁴.

Em seguida, os considerandos passam a dispor sobre a vigência de normas que alcançam as relações médica-paciente, a Leonina e, principalmente, a assistência ao parto e ao nascimento – entre eles, as Portarias n^{os} 1.459/2011 e 11/2015 do MS, já mencionadas neste capítulo⁴¹⁵. Além disso, o material trata, em linhas gerais, da premência de reduzir a elevada incidência de morbimortalidades materno-infantis no Brasil (que é uma meta do milênio e um ODS), da assistência humanizada e segura ao parto e ao puerpério como um *direito* de todas as gestantes e da necessidade de mudar o atual modelo de atenção perinatal e de fortalecer a articulação entre ensino, serviço e pesquisa, mediante o apoio de serviços de excelência pautados pelas boas práticas na assistência obstétrica e neonatal⁴¹⁶.

Então, os considerandos passam a contemplar mais especificamente a realidade belo-horizontina e a Maternidade. É dito que o HSF e o HRTN têm as únicas maternidades com ambiência favorável para o parto e que os serviços de assistência perinatal do Município ficam, em regra, lotados, colocando em risco a qualidade e a segurança do atendimento oferecido. Ao mesmo tempo, existe a Leonina, que tem ambiência segura, acolhedora e construída de acordo com a proposta da Rede Cegonha e que, portanto, sendo implantada como CPN, facilitaria o acesso de parturientes a métodos não farmacológicos de alívio da dor, a práticas que favorecem uma melhor evolução do trabalho de parto e a melhores desfechos perinatais⁴¹⁷.

Nesse sentido, o MPMG postula que a implantação da Maternidade como CPN é viável, que a não inauguração de um serviço para o qual foi investido muito dinheiro público pode sujeitar as gestoras de saúde a responsabilidades diversas e que todas as justificativas

⁴¹⁴ MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2016a, p. 1.

⁴¹⁵ As outras normas são: a Portaria n^o 569/MS/GM, de 1^o de junho de 2000; a Resolução n^o 36/MS/ANVISA, de 3 de junho de 2008; a Lei Municipal n^o 9.628/2008; a Portaria n^o 529/MS/GM, de 1^o de abril de 2013; e a Resolução – RDC n^o 36, de 25 de julho de 2013. MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2016a, p. 2.

⁴¹⁶ MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2016a, p. 2-3.

⁴¹⁷ MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2016a, p. 3-4.

apresentadas pela SMSA para manter a Leonina de portas fechadas não têm subsistência. Afinal, o prédio estaria pronto – exigindo somente pequenas intervenções –, e a implantação dos serviços dependeria de um mínimo de vontade política⁴¹⁸.

Por último, frisando o intuito de evitar a judicialização do problema, o MPMG recomendou ao secretário municipal de Saúde a efetiva implantação de um CPN na Maternidade, com apresentação de um cronograma para o início de suas atividades e com a utilização de todo o seu potencial assistencial para o exercício de 2016. Solicitou, ainda, o encaminhamento de informações quanto às medidas recomendadas dentro do prazo de 30 dias⁴¹⁹. Contudo, desconheço elementos que permitam afirmar que o prazo foi cumprido.

O relatório “Avaliação de viabilidade da Maternidade / Centro de Parto Normal Leonina Leonor”, por sua vez, é datado de 9 de julho de 2016. Ele foi elaborado por um grupo de trabalho constituído em uma plenária do CMS-BH realizada em 7 de abril de 2016. Esse grupo, cuja constituição era ampliada⁴²⁰, tinha a intenção de levantar as possibilidades de viabilizar o funcionamento da Leonina como um CPN⁴²¹. Entre abril e julho de 2016, foram realizadas algumas reuniões e visitas à Maternidade, além de outras atividades para subsidiar o estudo desenvolvido⁴²².

De início, a fonte traz um panorama do cenário de assistência ao parto e ao nascimento em Belo Horizonte, justificado com dados obtidos do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e da SMSA. Trata, primeiramente, da redução da fecundidade na cidade, do crescimento do nascimento de crianças de outros municípios (particularmente da região norte da RMBH, que se destaca pela insuficiência de leitos obstétricos), da elevada proporção de bebês prematuras e dos índices superiores aos desejados de morbimortalidades materno-infantis (apesar da redução em anos anteriores). Ainda, desconstrói a ideia de suficiência de leitos obstétricos em Belo Horizonte, haja vista, principalmente, a flutuação no atendimento que leva a picos de lotação. Por fim, ressalta a persistência das altas taxas de cesarianas na cidade, mesmo com os movimentos destinados a combater essa realidade⁴²³.

⁴¹⁸ MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2016a, p. 4-5.

⁴¹⁹ MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2016a, p. 5.

⁴²⁰ O grupo de trabalho tinha representação, entre outras, da SMSA, da SES, da Rede Cegonha estadual, do MS, do CMS-BH, do Conselho Distrital de Saúde de Venda Nova, de associações médicas, de conselhos profissionais, de hospitais do Município, dos movimentos de mulheres e do MPMG (GRUPO DE TRABALHO, 2016, p. 12).

⁴²¹ GRUPO DE TRABALHO, 2016, p. 1.

⁴²² GRUPO DE TRABALHO, 2016, p. 12-13.

⁴²³ GRUPO DE TRABALHO, 2016, p. 1-6.

Traçado o cenário, o grupo de trabalho destaca a premência de qualificar a assistência à gestação, ao parto e ao nascimento, além de realizar ações que promovam a saúde de mulheres e bebês ao longo da vida. Aponta, além disso, a necessidade de reduzir agravos – em especial, morbimortalidades materno-infantis – que decorrem de inadequações assistenciais, como as cesarianas desnecessárias e a prática de intervenções excessivas e contraindicadas nos processos de parturição. Ressalta, por fim, que mudar os paradigmas de atenção ao parto e ao nascimento é uma ação de saúde coletiva imprescindível para as gerações atuais e futuras, para o que é necessário adequar os serviços obstétricos em Belo Horizonte⁴²⁴.

O relatório apresenta ainda um breve histórico da Maternidade Leonina Leonor Ribeiro. Como muitas das informações dispostas já foram narradas neste capítulo e nos anteriores, parece-me importante trazer apenas as ainda não trabalhadas. A primeira delas é que, em uma data não especificada, a maternidade do HRTN decidiu não se mudar para o prédio da Leonina, como inicialmente planejado. A segunda, que o segundo pavimento da UPA Venda Nova passou a ser utilizado pela PBH para outro fim, no caso, para ações de combate à dengue entre 2013 e 2016⁴²⁵.

Além do mais, o grupo de trabalho aponta que, com a criação da Rede Cegonha pelo MS em 2011, a Maternidade foi incluída no plano municipal de ação do programa, medida aprovada em diversas instâncias colegiadas. Por fim, que a proposta da Comissão Perinatal de implantação da Leonina como CPN surgiu em face da dificuldade da SMSA de custear maternidades e do risco de desvio de finalidade da edificação⁴²⁶.

No que se refere à questão financeira, quando das atividades realizadas pelo grupo de trabalho, houve uma reunião com a Secretaria de Estado de Saúde (SES), na qual o Estado também afirmou a impossibilidade de investir ou apoiar o custeio naquele momento. Apesar disso, na ocasião, houve o reconhecimento da relevância da proposta para a saúde de mulheres e crianças e da necessidade de mantê-la como uma prioridade. No curso dessas atividades, arquitetas da Rede Cegonha foram consultadas, as quais afirmaram que havia potencial para a habilitação no programa e para o funcionamento do serviço como um CPN, sem grandes alterações⁴²⁷.

⁴²⁴ GRUPO DE TRABALHO, 2016, p. 7.

⁴²⁵ GRUPO DE TRABALHO, 2016, p. 11.

⁴²⁶ GRUPO DE TRABALHO, 2016, p. 11.

⁴²⁷ GRUPO DE TRABALHO, 2016, p. 13-14.

Ao final, o grupo de trabalho apresenta duas propostas de viabilização da Leonina. A primeira, como um CPN peri-hospitalar nos termos da Portaria nº 11/2015⁴²⁸, pertencente ao HRTN. Essa alternativa seria confluyente tanto com as limitações orçamentárias apresentadas pela SMSA, quanto com a política pública vigente de assistência ao parto de risco habitual, quanto com a necessidade de mais CPN no Município. Foram apresentadas possibilidades de custeio (com e sem a contratação de médicas), proposta de modelo de atenção e protocolo para o funcionamento do serviço nesses termos. A segunda proposta, como uma maternidade nos termos originalmente concebidos⁴²⁹.

Nesse ponto, convém dizer que o grupo de trabalho consultou a diretoria do HRTN, que afirmou que tinha interesse na incorporação do CPN Leonina Leonor, mas que passava por um déficit orçamentário, sendo impossível assumir a gestão do serviço naquele momento. Quanto à implantação como maternidade, o problema financeiro seria ainda maior: seriam necessários aportes de recursos municipais, estaduais e federais, mas isso estava fora de perspectiva, o que inviabilizaria a proposta⁴³⁰.

Falta, então, conhecer quais foram (ou deixaram de ser) as mobilizações da administração-pública belo-horizontina pela abertura da Leonina diante das novas possibilidades de funcionamento e demandas da população pautadas em 2015 e em 2016.

5.1.4 Os dois últimos anos antes do governo Kalil

Cotejando as informações constantes nos documentos ora analisados com o Relatório DVCEM 005/2019⁴³¹, identifico que, embora a Portaria nº 11/2015⁴³² tenha viabilizado uma rearticulação dos esforços da administração municipal belo-horizontina pela inauguração da Leonina, não é possível afirmar que essa normativa mobilizou a gestão durante todo o ano de 2015. Na verdade, segundo informações constantes na quarta parte do relatório em questão, parece-me que, até junho desse ano, o que se pautava quanto à Maternidade ainda eram os problemas encontrados na execução dos serviços e das obras contempladas pelos objetos dos contratos firmados nos anos anteriores⁴³³.

⁴²⁸ BRASIL, 2015.

⁴²⁹ GRUPO DE TRABALHO, 2016, p. 15-19.

⁴³⁰ GRUPO DE TRABALHO, 2016, p. 19-20.

⁴³¹ PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2019a.

⁴³² BRASIL, 2015.

⁴³³ PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2019a, p. 9-10.

Em julho de 2015, foi realizada uma vistoria no espaço da Leonina, durante a qual se entendeu pela necessidade de contratar um novo projeto para compatibilizar e para atualizar os demais, como também para aprovar o empreendimento na Secretaria Municipal Adjunta de Regulação Urbana (SMARU), no Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Minas Gerais (CBMMG) e na VISA. Contudo, consta no Relatório DVCEM 005/2019 que tal contratação não foi executada, tendo em vista o cancelamento do empreendimento⁴³⁴.

Depois disso, as informações registradas no controle de empreendimentos sobre a Leonina durante quase todo o segundo semestre de 2015 referem-se, no geral, ou ao referido cancelamento, ou a uma alteração do escopo do empreendimento. No relatório em discussão, não há elementos que me permitam dizer que essas mudanças teriam sido relativas à pretensão da gestão de inaugurar a Leonina não mais como uma maternidade completa, mas sim como um CPN. Apesar disso, consta que, em 10 de dezembro de 2015 – no dia seguinte à homologação da pactuação já mencionada pela CIB –, houve uma reunião na SMSA, durante a qual o então secretário municipal de Saúde, Fabiano Geraldo Pimenta Júnior, afirmou que a intenção era fazer um “centro de partos” no segundo andar do equipamento⁴³⁵.

Na ocasião, ele explicou que o local assistiria partos de risco habitual, sem demanda espontânea, o que permitiria dispensar o licenciamento específico para funcionamento como maternidade. No terceiro andar, haveria uma retaguarda para a UPA Venda Nova. Nessa reunião, foi solicitada uma nova vistoria para detectar as necessidades de intervenções, as quais deveriam ser inseridas no contrato de manutenção. Houve, ainda, a determinação de que se cancelasse a demanda de orçamentação do projeto antigo. Então, no dia 23 de fevereiro de 2016, o título do empreendimento foi alterado de “UPA e Maternidade Venda Nova” para “UPA e Casa de Parto Venda Nova”⁴³⁶.

A homologação da inclusão do CPN Leonina Leonor no Plano de Ação da Região Ampliada Centro, contudo, não foi suficiente para que os serviços e as obras no local fossem encerradas. De acordo com as informações registradas no controle de empreendimentos, durante o ano de 2016, o bom andamento das providências necessárias à inauguração do equipamento esbarrou, com considerável frequência, em uma necessidade de definição do escopo das intervenções⁴³⁷.

⁴³⁴ PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2019a, p. 10.

⁴³⁵ PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2019a, p. 10.

⁴³⁶ PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2019a, p. 10-11.

⁴³⁷ PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2019a, p. 11.

Inclusive, em março desse ano pode ter ocorrido o ensaio de um retrocesso na decisão de implantar o CPN. Na fonte em análise, há o registro de um *e-mail* comunicando a existência de uma decisão superior determinando que não houvesse uma maternidade no prédio, mas sim uma ampliação da UPA⁴³⁸. É possível que essa comunicação eletrônica reflita as intenções colocadas pelo secretário municipal de Saúde, no sentido de implantar uma casa de partos no segundo pavimento e uma retaguarda da UPA no terceiro. Todavia, não tenho certeza dessa possibilidade, nem mesmo após fazer um requerimento de acesso à informação sobre esse *e-mail* em 12 de agosto de 2021.

No atendimento à solicitação disponibilizado no dia 3 de setembro de 2021⁴³⁹ ⁴⁴⁰, consta uma resposta da SMSA ao meu questionamento, a qual, fazendo referência ao trecho do Relatório DVCEM 005/2019 em que há a citação do referido *e-mail*, informa que

[...] não há qualquer menção adicional sobre a autoria da dita decisão, ou mesmo do *e-mail* que, ao que se supõe, continha o relato sobre essa “decisão superior”. De toda forma, independente de tal “decisão superior”, proferida pela gestão anterior da PBH segundo consta no Relatório (no ano de 2016), ela não foi implementada pela atual gestão, sendo que a ampliação da UPA será realizada em local distinto daquele informado nesse trecho do Relatório⁴⁴¹.

Desconheço qualquer informação sobre a ampliação da UPA Venda Nova em outra edificação e, independentemente disso, entendo que esse é um fato que extrapola os limites do estudo de caso ora desenvolvido. Diante do cenário ora desenhado, o que me parece ser necessário destacar é que 2016 foi ano de eleições municipais, no qual Alexandre Kalil (PSD) foi eleito para o seu primeiro mandato como prefeito de Belo Horizonte.

Nesse panorama, o último dado que possuo referente à interveniência da administração pública belo-horizontina antes da posse de 2017 é que, em 12 de dezembro de 2016, o então secretário municipal de Saúde já havia marcado uma reunião no dia 23 seguinte com quem o sucederia no cargo, Jackson Machado Pinto. Além disso, constava na pauta desse encontro a discussão sobre a demanda da Leonina Leonor Ribeiro⁴⁴².

⁴³⁸ PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2019a, p. 11.

⁴³⁹ PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. Controladoria-Geral do Município. Subcontroladoria de Transparência e Prevenção da Corrupção. *Manifestação n.º 31.00304845/2021-78*. Belo Horizonte, 3 set. 2021c.

⁴⁴⁰ No Apêndice, doc. n.º 18.

⁴⁴¹ PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2021c.

⁴⁴² PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2019a, p. 12.

5.2 Considerações teóricas

5.2.1 *As disputas pela Leonina entre a afirmação da saúde e do prazer e a negação do adoecimento e da dor*

Assim como identificado e discutido nos capítulos anteriores, no momento histórico ora narrado, a implantação da Maternidade seguiu alicerçada em uma ideia de humanização da assistência ao parto e ao nascimento atrelada às suas legitimidades científica e epidemiológica, nos sentidos propostos pela Diniz⁴⁴³. Quanto à primeira dessas duas acepções, a autora explica que se trata de uma reivindicação do atendimento humanizado que “[...] busca inverter a lógica que avalia o parto vaginal como primitivo e arcaico, contrapondo aqui a ideia de que a não intervenção é o ‘moderno’, enquanto a intervenção tecnológica acrítica e sem base na evidência é o que se busca superar”⁴⁴⁴.

Nesse aspecto, parece-me interessante destacar a confluência de manifestações constantes nas documentações mobilizadas com a descrição desse sentido, particularmente em um dos apontamentos finais da Sônia Lansky na audiência pública ocorrida na CMBH. Refiro-me à parte em que ela disse que a Leonina coloca em xeque o modelo assistencial hegemônico, radicalizando do ponto de vista científico, mas que seria necessário debater internamente o paradigma proposto, já que ele ainda era visto como uma ameaça à segurança das mães e das bebês e como um tipo de cuidado mais precário, tal qual o que muitas pessoas acreditam ser ofertado à população pobre e usuária do SUS⁴⁴⁵.

Já em se tratando da humanização como legitimidade epidemiológica, considero importante destacar que, apesar dos mais de 20 anos transcorridos desde a instituição da Comissão Perinatal de Belo Horizonte, muitos dos problemas que ela buscou enfrentar persistiam (com a ressalva de que, em alguns casos, em um cenário bastante melhorado).

Conforme destacado, por exemplo, na audiência pública⁴⁴⁶, na Recomendação nº 04/2016⁴⁴⁷ do MPMG e no relatório “Avaliação de viabilidade da Maternidade / Centro de Parto Normal Leonina Leonor”⁴⁴⁸, os elevados índices de cesarianas, as altas taxas de prematuridade e o intervencionismo excessivo praticado nos corpos, sobretudo, de mulheres

⁴⁴³ DINIZ, 2001, p. 88-90. Cf. Quadro 1.

⁴⁴⁴ DINIZ, 2001, p. 88.

⁴⁴⁵ Cf. CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2015.

⁴⁴⁶ CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2015.

⁴⁴⁷ MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2016a.

⁴⁴⁸ GRUPO DE TRABALHO, 2016.

durante o parto e o nascimento seguiam sendo preocupações de saúde pública. Assim, a humanização do atendimento obstétrico – e a implantação da Maternidade como política pública importantíssima para esse propósito em Belo Horizonte – permaneceu sendo pautada como indispensável para o alcance de melhores resultados epidemiológicos, com menos agravos iatrogênicos perinatais⁴⁴⁹.

A meu ver, essa é uma perspectiva que alude principalmente às disputas pela garantia e pela promoção do direito à saúde, tal como já discutido nos capítulos anteriores. Em específico, essa alusão se evidencia na interveniência do MPMG, que, fundamentando-se na proteção constitucional desse direito e na sua legitimidade para fiscalizar ações e serviços de relevância pública, afirmou “[...] que toda gestante tem direito à assistência humanizada e segura ao parto e ao puerpério” e recomendou a efetiva implantação do CPN Leonina Leonor Ribeiro⁴⁵⁰. Com a Teoria Crítica da Constituição, compreendo que se trata de um órgão do sistema de justiça afirmando a humanização como um sentido do direito à saúde e, a partir disso, o dever do Município de implantar um serviço que viabilize o seu exercício⁴⁵¹.

Isso posto, é importante ressaltar que “[...] a discussão aqui é que espaços as mulheres estão reivindicando para si e para os seus filhos”, como disse Kleyde Ventura de Souza na audiência analisada. Conforme já apresentado neste capítulo, naquela ocasião estavam presentes diversas ativistas que se mostraram subjetivamente muito implicadas com os movimentos pela humanização da assistência ao parto e ao nascimento e com a causa da Leonina⁴⁵². Eram mulheres que pleiteavam a implantação do equipamento para que se pudesse ampliar as possibilidades de atendimento obstétrico humanizado na cidade.

Retomando as contribuições da Diniz, no meu entender, as falas dessas sujeitas instauravam e explicitavam reivindicações de legitimidade da defesa e da promoção de direitos de mulheres e crianças durante os processos reprodutivos⁴⁵³. E, assim, disputavam na esfera pública os *direitos* de protagonizar os seus partos e parir com prazer, com segurança e sem violência. Correlata a essas demandas por direitos de mães, bebês e famílias, está a reivindicação da abertura da Maternidade como sendo *de direito* dessas sujeitas⁴⁵⁴ e,

⁴⁴⁹ Cf. DINIZ, 2001, p. 89.

⁴⁵⁰ MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2016a.

⁴⁵¹ Cf. CATTONI DE OLIVEIRA, 2021a, p. 131.

⁴⁵² CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2015.

⁴⁵³ Cf. DINIZ, 2001, p. 86.

⁴⁵⁴ Cf. CATTONI DE OLIVEIRA, 2021a, p. 130-131.

inclusive, como sendo uma dívida do Município com as suas cidadãs – as quais, na condição de contribuintes, custearam a construção de um equipamento público que restava ocioso⁴⁵⁵.

Nesse ponto, prosseguindo com as contribuições do Cattoni de Oliveira, destaco que, muito embora no momento histórico em questão já existisse uma construção acerca da *positividade* das lutas pela humanização da assistência ao parto e ao nascimento e que ela tenha se presentificado na audiência pública por meio de falas sobre prazer, segurança e protagonismo, a dimensão da *negatividade* também se fez bastante explícita⁴⁵⁶.

Afinal, falou-se das mulheres que se mobilizaram politicamente após experiências de dor quando do nascimento de suas filhas; da geração de jovens que não sabe dizer como nasceu, porque suas mães tiveram seus partos roubados; e, talvez o mais importante, do desejo de *não* ser violentada no momento do parto⁴⁵⁷. Portanto, o registro da audiência pública realizada na CMBH em 2015 parece ter o potencial de ilustrar que – nas suas vinculações umbilicais com os movimentos pela humanização dos cuidados obstétricos – as disputas sobre o que são direitos e sobre o que é de direito vindicadas nas lutas pela implantação da Leonina se estruturam em uma *negação* da realidade de prática sistemática de violências obstétricas que o paradigma assistencial tecnocrático e hegemônico impõe⁴⁵⁸.

Diante do exposto, retomando a minha compreensão da fala da ativista Carolina Giovannini durante a audiência pública⁴⁵⁹, entendo que a implantação do CPN Leonina Leonor Ribeiro – um serviço obstétrico garantidor e promotor de direitos de mães e recém-nascidas – dentro de uma estrutura integralmente pública seria um fortalecimento do SUS belo-horizontino e um fato relevante na consolidação do seu pioneirismo, quiçá em nível nacional. Todavia, existiam muitos obstáculos nesse caminho.

5.2.2 O CPN Leonina Leonor Ribeiro: manejando constrições financeiras e tensionando o corporativismo médico

As fontes examinadas também me permitem identificar que, nos anos em análise, os movimentos pela abertura da Maternidade se atrelaram, de modo mais contundente, ao sentido de humanização como referida à legitimidade profissional e corporativa de um redimensionamento de papéis na cena do parto e da mudança do local preferencial de

⁴⁵⁵ CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2015.

⁴⁵⁶ Cf. CATTONI DE OLIVEIRA, 2021a, p. 132.

⁴⁵⁷ CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2015.

⁴⁵⁸ Cf. CATTONI DE OLIVEIRA, 2021a, p. 132.

⁴⁵⁹ CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2015.

atendimento. Além disso, que tais lutas passaram a reivindicar legitimidade financeira do paradigma assistencial humanizado⁴⁶⁰.

Isso porque tanto na audiência pública⁴⁶¹, na reunião da CIRA⁴⁶² e na Recomendação nº 04/2016⁴⁶³ do MPMG foi demandada a abertura da Leonina como um CPN, para que gestantes de risco habitual fossem assistidas pela enfermagem obstétrica, em razão da Portaria nº 11/2015⁴⁶⁴ do MS e das evidências científicas que preconizam esse modo de assistência. Retomo que, no Relatório DVCEM 005/2019, inclusive, consta que o nome do empreendimento chegou a ser alterado de “Maternidade” para “Casa de Parto”⁴⁶⁵.

É importante dizer que, a meu ver, as demandas pela abertura do equipamento como um CPN com a atribuição de um papel central às enfermeiras obstétricas tanto foram uma aposta na radicalização da mudança de paradigmas da assistência ao parto e ao nascimento de Belo Horizonte quanto foram uma estratégia pautada em razão dos riscos de se insistir na implantação da Leonina como uma maternidade completa e ela não ser inaugurada. Esse movimento tenso e contraditório parece demonstrar como as disputas por direitos e seus sentidos identificadas ocorrem sob as pressões dos imperativos sistêmicos da economia capitalista e dos riscos de autoprogramação da administração pública⁴⁶⁶.

Tal leitura me parece devida, pois as disputas pela implantação do CPN se deram em um contexto no qual a inexistência de recursos para abrir e custear a Leonina como maternidade completa foi reiteradamente alegada. Nesse sentido, remontando a tipologia desenvolvida pela Diniz, a proposta de inauguração de um serviço não hospitalar e adepto do modelo humanizado ganhou corpo por confluir com as necessidades institucionais de financiamento do setor público. Afinal, por meio de uma assistência mais barata, seria possível qualificar o atendimento à saúde materno-infantil na cidade e reduzir o dispêndio de recursos do erário com o tratamento dos agravos iatrogênicos que decorrem das práticas assistenciais comumente praticadas pela obstetrícia hegemônica⁴⁶⁷.

Ao mesmo tempo, consta no relatório “Avaliação de viabilidade da Maternidade / Centro de Parto Normal Leonina Leonor” que as iniciativas em prol do CPN se deram no contexto de ausência de perspectiva de inauguração da Leonina como maternidade e do risco

⁴⁶⁰ Cf. DINIZ, 2001, p. 90-93.

⁴⁶¹ CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2015.

⁴⁶² CÂMARA TÉCNICA, 9ª; REUNIÃO ORDINÁRIA DA CIRA CENTRO, 70ª, 2015.

⁴⁶³ MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2016a.

⁴⁶⁴ BRASIL, 2015.

⁴⁶⁵ PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2019a, p. 10-11.

⁴⁶⁶ Cf. CATTONI DE OLIVEIRA, 2021a, p. 130.

⁴⁶⁷ Cf. DINIZ, 2001, p. 92.

de desvio de finalidade da edificação⁴⁶⁸. Essa assertiva permite o entendimento de que esse pleito carrega em si uma contradição, a de significar tanto uma reivindicação mais radical dos movimentos, quanto um recuo nos planos iniciais de implantação da Maternidade.

Além do mais, seguindo com os desenvolvimentos da Diniz, a defesa da humanização como a legitimidade do protagonismo das enfermeiras obstétricas na assistência a partos de risco habitual desperta um sentimento de expropriação da classe médica⁴⁶⁹. A razão disso é que a obstetrícia é um campo de conhecimentos e trabalho para a medicina e para a enfermagem. Principalmente desde a virada do século XXI, houve um crescimento da reivindicação das enfermeiras do seu saber formal sobre o partear e do seu espaço no mercado assistencial, disputando a valorização do trabalho em equipe, em detrimento da atuação individual de médicas. São processos que vêm afrontando a hierarquia historicamente construída entre medicina e enfermagem⁴⁷⁰.

Nesse sentido, há também uma radicalização nas lutas pela humanização quando se fortaleceram as demandas pelo protagonismo assistencial das enfermeiras obstétricas na Leonina. Contudo, tal radicalidade não foi recebida sem resistências. Isso porque, de acordo com a minha leitura das fontes mobilizadas, parece ter havido um receio da SMSA de melindrar a classe médica, na medida em que, durante a reunião da CIRA, foi defendida a presença de uma profissional da medicina na equipe mínima do CPN⁴⁷¹.

Ainda que se tenha dito que essa opção se fundaria no interesse do Município de fazer a Leonina funcionar como uma maternidade completa posteriormente⁴⁷², a presença de uma médica na equipe seria prescindível até que a pretendida mudança no funcionamento acontecesse. Essa posição da SMSA estava descolada dos debates científicos sobre o atendimento a gestações e a partos de risco habitual e das disposições da Portaria nº 11/2015⁴⁷³.

5.2.3 Falta de vontade política?

Ao final deste capítulo, considero relevante me deter um pouco sobre um ponto suscitado em duas das fontes analisadas que, como já dito, não é exatamente incontroverso: a

⁴⁶⁸ GRUPO DE TRABALHO, 2016, p. 11.

⁴⁶⁹ Cf. DINIZ, 2001, p. 91.

⁴⁷⁰ Cf. BARA MAIA, 2008, p. 61-67.

⁴⁷¹ Cf. CÂMARA TÉCNICA, 9ª; REUNIÃO ORDINÁRIA DA CIRA CENTRO, 70ª, 2015, p. 1-2.

⁴⁷² Cf. CÂMARA TÉCNICA, 9ª; REUNIÃO ORDINÁRIA DA CIRA CENTRO, 70ª, 2015, p. 1-2.

⁴⁷³ BRASIL, 2015.

falta de vontade política da gestão para implantar a Maternidade ou o CPN Leonina Leonor Ribeiro. Trata-se de uma afirmação tanto de participantes da audiência pública realizada na CMBH⁴⁷⁴ quanto do MPMG na Recomendação nº 04/2016⁴⁷⁵.

Entendo que existem alguns fatores que conferem bastante subsistência para essa alegação. O reconhecimento de que os demais equipamentos de saúde de Belo Horizonte destinados ao atendimento ao parto e ao nascimento constantemente ficam lotados, não possuem uma ambiência adequada ao bom desenvolvimento do trabalho de parto, nem são adeptos às boas práticas assistenciais⁴⁷⁶. O fato de tanto a gestão quanto o MPMG e as arquitetas da Rede Cegonha afirmarem que a infraestrutura do prédio estava quase pronta, dependendo apenas de poucas intervenções para o seu funcionamento⁴⁷⁷.

Além disso, o advento da Portaria nº 11/2015 do MS, que viabilizaria a implementação da Leonina como um CPN com um custo relativamente reduzido para o erário – ato normativo que, inclusive, ensejou a pactuação da inauguração do equipamento na CIRA, instância decisória colegiada do SUS, em 2015⁴⁷⁸. E a ausência injustificada de representantes do Poder Executivo do Município na audiência pública realizada na CMBH, dando a entender um descaso das gestoras com a pauta⁴⁷⁹. Tudo isso tende a demonstrar que a abertura dos serviços era uma possibilidade e uma necessidade para Belo Horizonte, mas que, ainda assim, a administração pública não estaria interessada em concretizá-la.

Ocorre que os documentos ora mobilizados também apresentam outros elementos que não me permitem afirmar se ou em que extensão a manutenção das portas fechadas da Maternidade decorreria de uma ausência de vontade política de – ou de uma vontade política de não – abri-las. Nesse sentido, destacam-se as dificuldades na condução das obras no prédio (por exemplo, o recebimento parcial do objeto do contrato firmado com a Total Engenharia, o distrato da Alienco e a sobreposição de projetos elaborados por diferentes empresas para a edificação)⁴⁸⁰ e a ausência de recursos para custear o funcionamento da Leonina⁴⁸¹.

⁴⁷⁴ CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2015.

⁴⁷⁵ MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2016a.

⁴⁷⁶ GRUPO DE TRABALHO, 2016, p. 1-6; MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2016a, p. 3-4.

⁴⁷⁷ GRUPO DE TRABALHO, 2016, p. 13-14; MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2016a, p. 4-5; PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2019a, p. 7.

⁴⁷⁸ BRASIL, 2015; CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2015; CÂMARA TÉCNICA, 9ª; REUNIÃO ORDINÁRIA DA CIRA CENTRO, 70ª, 2015.

⁴⁷⁹ CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2015.

⁴⁸⁰ PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2019a.

⁴⁸¹ CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2015; GRUPO DE TRABALHO, 2016, p. 19-20; PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2019a, p. 7.

Aqui, é importante dizer: mesmo que a Portaria nº 11/2015 estabelecesse incentivos financeiros do governo federal para a implantação de CPN nos seus moldes⁴⁸² e que, de acordo com o afirmado pelo vereador Gilson Reis (PCdoB) na audiência pública, o orçamento do Município em 2015 era de aproximadamente R\$16.000.000.000,00 (dezesseis bilhões de reais) – e, sendo assim, robusto o suficiente para comportar as despesas com a Maternidade⁴⁸³ –, as fontes em análise não me permitem ser categórica quanto à relevância ou à irrelevância da questão financeira no insucesso da abertura da Leonina.

Outra questão que me parece essencial na discussão sobre a paralização do processo de implantação do serviço diz respeito à pouca adesão ao paradigma humanizado de assistência ao parto e ao nascimento. Afinal, muitas vezes, como salientado pela Diniz em sua dissertação de mestrado, as vozes dos movimentos de mulheres que lutam pela humanização da obstetrícia – como as que estiveram presentes na CMBH – constituem um segmento crítico da sociedade e não representam o senso comum sobre o tema⁴⁸⁴.

Entre vários fatores, dialogando com os elementos constantes no material estudado, a noção de risco acerca do evento parto tem bastante influência na pouca adesão ao referido modelo. Retomando um pouco das discussões do Capítulo 2, em torno da metade do século XX, o discurso médico hegemônico tornou-se muito pessimista quanto ao parto vaginal e passou a mobilizar uma ideia superestimada dos riscos desse evento, tornando a assistência hospitalar rotineira e desejável e fazendo com que a técnica intervencionista fosse vista como imprescindível à boa obstetrícia⁴⁸⁵.

Como essas noções passaram a compor o imaginário comum, a proposta de implantação da Leonina como um CPN peri-hospitalar, destinado a atendimentos de partos de risco habitual com assistência coordenada pela enfermagem obstétrica, pode ter despertado receios quanto à segurança do serviço, o que se viu, por exemplo, na fala do então vereador Silvinho Rezende (PT) – autor do PL que deu o nome de Leonina Leonor Ribeiro à Maternidade Pública de Venda Nova – durante a audiência pública de 2015:

Eu também tenho conversado muito com o governo e tenho conversado com o secretário da Saúde, que nós tenhamos muita responsabilidade também na discussão da reabertura... na abertura, porque ela não foi aberta, né. Na abertura da maternidade, né. Na estrutura que está lá, eu não posso te dizer agora, como que tá a estrutura, né. Qual a estrutura, o que que vai oferecer para as mães, né, e o que vai

⁴⁸² BRASIL, 2015.

⁴⁸³ CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2015.

⁴⁸⁴ Cf. DINIZ, 1996, p. 4.

⁴⁸⁵ DINIZ, 1996, p. 174-176; PALHARINI, 2017, p. 4.

oferecer para os filhos. Se uma complicação no parto acontecer, né? Então, que... eu não sei ainda, se essa estrutura toda tá pronta para isso, né. Então, nós temos que ser muito, temos que ter responsabilidade, ser maduros, avançarmos nessa discussão, dialogarmos, porque nós sabemos que o custeio também é... é também importante, para a gente garantir o custeio da maternidade, não adianta só abrir por abrir e daqui um mês falar “tamo fechando as portas”... Até porque a mulher que dá o nome a essa maternidade, ela não vai merecer isso. [...] Não adianta a gente abrir por abrir e amanhã o fato, às vezes mais complicado, e a gente não ter como é... é... manter a vida. E aí ó, tá aí ó, as crianças tão aqui brincando, alegres, eu tenho quatro filhas, então, eu acho que nós também temos que pensar em tudo. O parto humanizado, né, como aqui a senhora disse, a assistência humanizada, não é isso? Né? É isso mesmo? Assistência humanizada, mas também pensar naqueles que estão chegando, que tem que ter garantia também se numa complicação futura, ter o atendimento digno. Muito obrigado e uma boa tarde a todos!⁴⁸⁶

Diante desse tipo de resistência, na CMBH e na CIRA foram propostas a criação de grupos e comissões para discutir e estudar o paradigma proposto, bem como para acompanhar a estruturação e monitorar o CPN⁴⁸⁷. Ou seja, décadas após o início dos trabalhos da Comissão Perinatal pela transformação assistencial, a necessidade de debater o modelo humanizado e lutar pela sua implementação permanecia (e ainda permanece) sendo necessária.

Pensando, então, nessas iniciativas enquanto ilustrativas da vivência da normatividade constitucional no contexto político, social e econômico dos processos de mudança de paradigmas da assistência ao parto e ao nascimento em Belo Horizonte, entendo-as como recuos e negociações no seio das disputas político-jurídicas pela inauguração da Leonina como um CPN que evidenciam que os movimentos pela humanização compõem um processo de aprendizagem social falível, sujeito a retrocessos⁴⁸⁸. Falta saber os frutos delas colhidos, o que desenvolvo no próximo capítulo.

⁴⁸⁶ CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2015, transcrição minha.

⁴⁸⁷ CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2015; CÂMARA TÉCNICA, 9ª; REUNIÃO ORDINÁRIA DA CIRA CENTRO, 70ª, 2015, p. 1-2.

⁴⁸⁸ Cf. CATTONI DE OLIVEIRA, 2021a, p. 131-132.

6 O CASO: A MATERNIDADE LEONINA LEONOR RIBEIRO – UMA FILHA PERDIDA?

Como dito no começo do Capítulo 5, a maior parte dos documentos compilados pelo CMS-BH no dossiê se concentra em pastas referentes aos anos de 2015 em diante. A consequência disso é que, para a construção da narrativa dos últimos anos do caso, o meu bloco primário de fontes tem mais do que o dobro de arquivos disponíveis do que possui para os dois momentos anteriores. Esse volume não apenas exigiu uma seleção mais criteriosa dos materiais a serem mobilizados (no caso, a escolha dos que tratam de fatos a meu ver mais relevantes e dos que aportam mais informações, “economizando” a mobilização de fontes mais pobres em conteúdo), como também ensejou dificuldades na organização textual.

Diante disso, embora inicialmente desejasse estruturar as seções terciárias e quaternárias da mesma maneira que no capítulo anterior – a partir de quem são e do que dizem as atrizes intervenientes responsáveis pelo aporte de informações ao caso –, aqui me pareceu mais adequado e simples retomar o modo de desenvolvimento do Capítulo 4. Isto é: escrever os fatos em ordem cronológica e dividir as seções de acordo com os momentos e com os acontecimentos mais relevantes.

No tocante às referências do texto, o diferencial é a mobilização de decisões judiciais relativas às ações ajuizadas contra o desmonte da Maternidade Leonina Leonor Ribeiro, justificada mais adiante. A incorporação dessas fontes para a construção do caso ensejou a escrita de uma terceira seção secundária, após as considerações teóricas. Essa divisão se justifica, pois mesmo que nela eu trabalhe com alguns marcos teóricos para a análise das decisões, trago um novo elemento para esta dissertação: um breve contar da minha interveniência no caso.

6.1 O retrocesso como um projeto

6.1.1 Já no começo do mandato, um “cabo de guerra”

6.1.1.1 De um lado da corda: a gestão

A partir do que me revelam as documentações trabalhadas, os primeiros anos da nova gestão do Município foram caracterizados por uma postura vacilante e contraditória perante a inauguração da Leonina. No Relatório DVCEM 005/2019 consta que, em 4 de janeiro de

2017, logo após a posse, a situação do empreendimento era descrita como paralisada, em espera de diretrizes da SMSA⁴⁸⁹. Não tive acesso a outras fontes que apresentassem maiores informações sobre os encaminhamentos imediatamente posteriores a essa paralisação, mas, ao que me parece, não houve movimentos relevantes da administração municipal quanto a obras no empreendimento ao longo do primeiro semestre de 2017.

Já em agosto e em setembro, foram produzidos documentos que permitem conhecer um pouco melhor quais foram as pretensões da gestão perante a Leonina nesse ano. Refiro-me, primeiramente, a duas respostas a pedidos de informação feitos por comissões da CMBH ao Poder Executivo. Antes de escrever sobre essas fontes, ressalto que elas constam em dois arquivos compilados no dossiê do CMS-BH, cada um deles composto pela digitalização de quatro materiais: um requerimento de comissão; um ofício assinado pelo presidente da CMBH de encaminhamento do requerimento ao Executivo; um ofício do GP em resposta ao requerimento de comissão; e um ofício do órgão do Executivo consultado pelo GP para a obtenção de informações.

Neste momento, me deterei apenas nos ofícios que respondem os requerimentos das comissões. Em um dos arquivos, são eles o Ofício GABPREF nº 129/2017^{490 491} – reportando a um requerimento da Comissão de Orçamento e Finanças Públicas, assinado pela vereadora Marilda Portela (na época, filiada ao Republicanos; hoje, ao Cidadania) – e o Ofício DVITE/SD/DPEN/SD/SMAI nº 0122/2017, da SUDECAP^{492 493}. No outro arquivo, são eles o Ofício GABPREF nº 149/2017^{494 495} – que respondeu a uma solicitação da Comissão de Saúde e Saneamento e que foi assinado pelo vereador Cláudio da Drogaria Duarte, o qual, na época, era filiado ao Partido da Mobilização Nacional (PMN) e, posteriormente, filiou-se ao Partido Social Liberal (PSL) – e o Ofício SMSA/EXTER nº 0713/2017, da SMSA^{496 497}.

⁴⁸⁹ PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2019a, p. 12.

⁴⁹⁰ PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. Gabinete do Prefeito. *Ofício GABPREF nº 129/2017*. [Assunto: Resposta ao Requerimento de Comissão nº 766/2017 – Vereadora Marilda Portela – encaminhado pelo ofício Of. DIRLEG nº 2.886/17, de 29/06/17]. Belo Horizonte, 25 set. 2017a.

⁴⁹¹ No Apêndice, doc. nº 19.

⁴⁹² PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. SUDECAP. *Ofício DVITE/SD/DPEN/SD/SMAI nº 0122/2017*. [Assunto: Solicitação 40107, Câmara Municipal de Belo Horizonte/Requerimento de Comissão 766/2017]. [28/06/16 – Vereadora Marilda Portela; Sugestão Popular nº 21]. Belo Horizonte, 25 ago. 2017b.

⁴⁹³ No Apêndice, doc. nº 20.

⁴⁹⁴ PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. Gabinete do Prefeito. *Ofício GABPREF nº 149/2017*. [Assunto: Resposta ao Requerimento de Comissão nº 1161/2017 – Vereador Cláudio da Drogaria Duarte – encaminhado pelo ofício Of. DIRLEG nº 4.046/17, de 14/09/17]. Belo Horizonte, 27 set. 2017c.

⁴⁹⁵ No Apêndice, doc. nº 21.

⁴⁹⁶ PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. *Ofício SMSA/EXTER nº 0713/2017*. [Assunto: Requerimento de Comissão nº 1161/2017]. Belo Horizonte, 25 set. 2017d.

⁴⁹⁷ No Apêndice, doc. nº 22.

O primeiro ofício é datado de 25 de setembro de 2017 e se reporta a um pedido de informação sobre a previsão da conclusão das obras e do início do funcionamento do CPN Leonina Leonor Ribeiro. No caso, o diretor técnico-legislativo em exercício do GP comunicou que consultou a SUDECAP para responder à solicitação. Já o referido órgão informou que, no plano de obras do empreendimento, constava que a reforma e a ampliação da edificação tinham sido reprogramadas para 2022 e que, para executá-las, seria necessário captar recursos⁴⁹⁸.

Em seu anexo, está um ofício da SUDECAP produzido exatamente um mês antes. As informações constantes nesse documento parecem ter a mesma referência do que as da parte de “informações registradas no controle de empreendimentos” do Relatório DVCEM 005/2019⁴⁹⁹, uma vez que aparentam resumi-las. O que se destaca, além do que foi reportado pelo ofício acima citado, é que nessa fonte a situação do empreendimento “UPA e Casa de Parto Venda Nova” é descrita como de baixa prioridade⁵⁰⁰.

De certa maneira, tem-se que o conteúdo dessa primeira resposta a um pedido de informação da CMBH condiz com o que o Relatório DVCEM 005/2019, produzido um ano e meio depois, descreveu sobre a situação da Leonina em meados de 2017. Afinal, consta na quarta parte deste documento que, em 29 de agosto desse ano, a definição do escopo do empreendimento pela SMSA ainda estava pendente, já que os seus recursos disponíveis eram insuficientes para o projeto elaborado pela SUDECAP⁵⁰¹.

Como salientado, o Município teve posturas vacilantes e contraditórias nesse momento histórico, de modo que o segundo ofício em análise já traz informações distintas do primeiro. A fonte é datada de 27 de setembro de 2017 e é assinada pelo mesmo diretor técnico-legislativo em exercício do GP. No caso, ela trata de um pedido de informação da CMBH sobre vários assuntos referentes à Leonina, entre eles a limpeza do local, a retomada das negociações com o HRTN e a formação de um grupo de trabalho. Diante desses questionamentos, há uma remissão à resposta redigida pela SMSA⁵⁰².

A referida secretaria, por sua vez, em ofício assinado pela secretária adjunta de Saúde, Taciana Malheiros Lima Carvalho, trouxe as seguintes informações: havia sido feita uma limpeza nos andares da UPA Venda Nova em que se localiza a Leonina, com a retirada dos móveis que lá estavam; estava em andamento uma negociação com o HRTN visando ao

⁴⁹⁸ PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2017a.

⁴⁹⁹ PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2019a.

⁵⁰⁰ PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2017b.

⁵⁰¹ PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2019a, p. 12.

⁵⁰² PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2017c.

funcionamento do equipamento como CPN ou como maternidade; havia um grupo técnico formado por gestoras do referido hospital e da SMSA conduzindo o diagnóstico e o planejamento do serviço⁵⁰³.

Por essa fonte, posso apenas deduzir que na área da Leonina estavam sendo guardados móveis não relacionados ao equipamento. Além disso, é possível (porém não certo) que o grupo técnico a que se referiu seja a comissão proposta em 2015 na reunião da CIRA. O que penso ser mais importante destacar é que – diferentemente da manifestação da SUDECAP no sentido de que o empreendimento “UPA e Casa de Parto Venda Nova” estaria paralisado e teria baixa prioridade – essa resposta da SMSA me parece indicar algum comprometimento do órgão com a inauguração do equipamento, na medida em que havia negociações com o HRTN para viabilizar isso (mesmo com um aparente vacilo quanto à decisão de fazer a Leonina funcionar como um CPN, já que a possibilidade de uma maternidade voltou a integrar as tratativas).

Ou seja, quanto ao ano de 2017, parecem ter acontecido dois movimentos a respeito da Leonina no seio da gestão. Um primeiro, no sentido de paralisar e atribuir baixa prioridade ao empreendimento, alegadamente em razão dos seus custos e da necessidade de mais recursos para abri-lo. Um segundo, na direção de negociar com as diversas agentes implicadas na inauguração do equipamento para viabilizá-la assim que possível.

Nesse panorama, parece-me importante destacar um último fato acontecido no final de 2017. Na presente dissertação, os trabalhos da Comissão Perinatal foram frequentemente abordados, tanto na medida da sua imprescindibilidade para uma compreensão contextual do caso em estudo, quanto na própria dimensão das interveniências da referida Comissão para que a Leonina fosse construída e funcionasse.

Ocorre que, em 15 de dezembro desse ano, foi publicada a Portaria SMSA/SUS-BH nº 0068/2017, a qual “Dispõe sobre a designação de Coordenadores do Nível Central da SMSA”⁵⁰⁴. Como se vê pela própria ementa, por meio desse ato normativo, o secretário municipal de Saúde resolveu nomear várias servidoras do Município como coordenadoras de áreas no âmbito da SMSA. No artigo 1º, inciso XIII, dessa fonte, há uma nomeação para a chefia da Coordenação Perinatal⁵⁰⁵, o que, a meu ver, é sugestivo de mudanças na gestão da

⁵⁰³ PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2017d.

⁵⁰⁴ No Apêndice, doc. nº 23.

⁵⁰⁵ BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria SMSA/SUS-BH nº 0068, de 11 dezembro de 2017. Dispõe sobre a designação de Coordenadores do Nível Central da SMSA. *Diário Oficial do Município*, Belo Horizonte, ano XXIII, n. 5.434, p. 16, 15 dez. 2017a. Disponível em: <https://dom-web.pbh.gov.br/visualizacao/edicao/2168#state=ab705912-4998-456a-a290->

assistência à saúde das gestantes, das parturientes, das puérperas e das recém-nascidas de Belo Horizonte.

Isso porque, como já exposto, a Comissão Perinatal foi instituída em 1993 e a sua constituição formal e de natureza permanente ocorreu em 1996, com a Portaria SMSA/SUS-BH nº 014/96⁵⁰⁶. Desde então, sempre foi coordenada pela Sônia Lansky e trabalhou por melhorias na atenção perinatal no sentido das ações já narradas nesta dissertação.

De fato, não encontrei nada que me permita afirmar que a portaria de instituição da Comissão Perinatal tenha sido revogada. Entretanto, pesquisando pelo descritor “Comissão Perinatal” na ferramenta de busca avançada do site do DOM de Belo Horizonte, não achei mais nenhuma publicação que faça menção a ela a partir de 15 de dezembro de 2017 até os dias atuais. Interpretando esse resultado em conjunto com a atribuição da chefia da nova Coordenação a outra pessoa, parece-me que o primeiro ano do primeiro mandato de Alexandre Kalil (PSD) terminou colocando um fim à gestão da assistência em saúde perinatal do Município nos moldes existentes por quase 20 anos.

6.1.1.2 *Do outro lado da corda: o controle social da saúde, o MPMG e os movimentos sociais*

Nesse ínterim das vacilações e das contradições da administração pública quanto à implantação da Leonina, variados setores da sociedade pressionavam o governo pela abertura e pelo funcionamento do serviço. No nível do controle social da saúde, tem-se que, em 2017, aconteceu a 14ª Conferência Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Ainda que outras documentações mobilizadas para esta dissertação discutam as deliberações dessa Conferência, as informações a seguir apresentadas partem do documento intitulado “Relatório Final das Propostas Prioritárias”^{507 508}. Trata-se de uma fonte que consta no dossiê do CMS-BH em dois arquivos, razão pela qual a versão ora mobilizada foi extraída diretamente do *site* da PBH.

Antes de adentrar no que se refere à Maternidade, convém dizer que, de acordo com o artigo 1º, inciso I e parágrafo 1º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 – que dispõe

060d60ba8fdc&session_state=8bb46045-93ca-46b0-93d7-7d8e90bfd8ea&code=8ae37ce7-7bab-4ba1-a213-028f07b24f0f.8bb46045-93ca-46b0-93d7-7d8e90bfd8ea.b119622a-06b6-465b-b551-d7dce86b197f. Acesso em: 1º nov. 2021.

⁵⁰⁶ BARA MAIA, 2008, p. 108.

⁵⁰⁷ CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE. *Relatório Final das Propostas Prioritárias*. 14ª Conferência Municipal de Saúde – Conselheiro José Carlos Machado. Belo Horizonte, 2017. 15 p. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/conselho/cms/conferencias>. Acesso em: 21 abr. 2022.

⁵⁰⁸ No Apêndice, doc. nº 24.

sobre a participação da comunidade na gestão do SUS —, a Conferência Municipal de Saúde é uma das instâncias colegiadas do SUS nos Municípios. Ela se reúne periodicamente “[...] para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde [...]”⁵⁰⁹.

Então, em 2017 foi realizada a 14ª Conferência Municipal de Saúde de Belo Horizonte, que se pautou por uma metodologia que permitiu deliberações em caráter ascendente. Nesse sentido, a plenária final foi precedida da realização de diversas conferências locais, distritais, hospitalares e livres, em um processo que envolveu aproximadamente 12.000 cidadãs de Belo Horizonte. Portanto, as propostas prioritárias constantes no seu Relatório Final se deram a partir de uma consolidação das aprovadas nessas múltiplas instâncias de deliberação⁵¹⁰.

É importante destacar, ainda, que a 14ª Conferência Municipal de Saúde de Belo Horizonte destinou-se especificamente à deliberação de diretrizes para a construção e a formatação do Plano Municipal de Saúde de Belo Horizonte (PMS-BH) 2018-2021⁵¹¹. Ressalto que, de acordo com o artigo 36, parágrafos 1º e 2º da Lei Orgânica do SUS (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990)⁵¹², os planos de saúde são peças centrais nos processos de planejamento e orçamento da rede pública de saúde, uma vez que são a base das atividades e das programações de cada nível de direção do SUS. Destaco, igualmente, que os entes da federação não podem financiar ações não previstas nos seus respectivos planos, salvo em situações emergenciais ou de calamidade pública na área de saúde.

Pois bem, na plenária final da 14ª Conferência Municipal de Saúde de Belo Horizonte foram aprovadas 15 propostas prioritárias para cada eixo, as quais constam no Relatório Final das Propostas Prioritárias em ordem decrescente, conforme o número absoluto de votos obtidos⁵¹³. No caso do “Eixo IV – Urgência, Emergência e Atendimento Hospitalar”, a segunda proposta prioritária mais votada foi:

⁵⁰⁹ BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 31 dez. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm. Acesso em: 21 abr. 2022.

⁵¹⁰ CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE, 2017, p. 1.

⁵¹¹ CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE, 2017, p. 1.

⁵¹² BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 21 abr. 2022.

⁵¹³ CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE, 2017, p. 1.

Abertura da Maternidade Leonina Leonor Ribeiro, em Venda Nova e implementação das práticas baseadas em evidências na atenção à gestação, parto, nascimento, puerpério e abortamento, de acordo com as Diretrizes Nacionais de Atenção ao Parto – Conitec/Ministério da Saúde e Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento, assegurando a atuação da enfermagem obstétrica e das doulas na assistência ao parto e nascimento nas maternidades do SUS-BH e da saúde suplementar, garantindo o cuidado obstétrico um para um, com vistas à satisfação da usuária, bem como a garantia da atenção humanizada para mulheres em situação de abortamento com destaque para o compromisso dos hospitais de ensino com a formação teórica e prática com trabalho em equipe multidisciplinar desde a formação⁵¹⁴.

Considerando as propostas prioritárias aprovadas na 14ª Conferência Municipal de Saúde de Belo Horizonte, em 1º de agosto de 2017, o MPMG, por meio da 1ª Promotora de Justiça de Defesa da Saúde de Belo Horizonte/MG, emitiu a Recomendação nº 06/2017⁵¹⁵ ⁵¹⁶. Tendo em vista que a maior parte dessa fonte é uma cópia da Recomendação nº 04/2016⁵¹⁷, compreendo que não é preciso descrever a sua estrutura, pois isso já foi feito no Capítulo 5⁵¹⁸. Por ora, parece-me importante tratar da interveniência do MPMG naquilo em que ela acrescenta ao que já havia sido considerado e recomendado antes.

Nesse sentido, nos considerandos da Recomendação nº 06/2017, tem-se que a 1ª Promotora de Justiça da Saúde incorpora apontamentos do relatório “Avaliação de viabilidade da Maternidade / Centro de Parto Normal Leonina Leonor”⁵¹⁹ no que se refere à suposta suficiência de leitos obstétricos em Belo Horizonte. Mais especificamente, o MPMG endossa os achados do grupo de trabalho quanto à sobrecarga da rede assistencial municipal – especialmente na região de Venda Nova – em razão da utilização de leitos por pacientes de outras cidades⁵²⁰.

Além disso, o documento em análise traz a inexistência de dotação orçamentária para operacionalização da Leonina na Lei Orçamentária Anual (LOA) de 2017 como um problema. Acrescenta que a abertura da Maternidade é uma das propostas prioritárias aprovadas na 14ª Conferência Municipal de Saúde de Belo Horizonte e, nesse sentido, que compete à Gerência de Assistência da SMSA implementar o modelo assistencial na rede própria de acordo com as diretrizes determinadas pelo CMS-BH e pelo colegiado de direção da referida Secretaria⁵²¹.

⁵¹⁴ CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE, 2017, p. 9.

⁵¹⁵ MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS. 1ª Promotora de Justiça de Defesa da Saúde de Belo Horizonte/MG. *Recomendação nº. 06/2017*. Belo Horizonte, 1º ago. 2017.

⁵¹⁶ No Apêndice, doc. nº 25.

⁵¹⁷ MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2016a.

⁵¹⁸ Cf. seção 5.1.3.2.

⁵¹⁹ GRUPO DE TRABALHO, 2016.

⁵²⁰ MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2017, p. 3.

⁵²¹ MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2017, p. 5.

Ao final, a Recomendação nº 06/2017 considera os princípios da legalidade, da motivação, da moralidade administrativa e da eficiência e afirma que o seu cumprimento é medida destinada a evitar não apenas a judicialização, como também a responsabilização pessoal de gestoras⁵²².

A fonte se encerra recomendando ao prefeito de Belo Horizonte, ao secretário municipal de Saúde e à gerente de Assistência da SMSA a efetiva implantação de um CPN na Maternidade Leonina Leonor Ribeiro e a apresentação de um cronograma para o início das atividades e para a utilização de todo o potencial assistencial do equipamento no exercício de 2018. Foi conferido um prazo de 30 dias para encaminhamento de informações ao MPMG quanto à medida administrativa recomendada⁵²³. Contudo, desconheço qualquer resposta que a administração pública tenha dado para essa Recomendação nº 06/2017.

Nesse “cabo de guerra” com a gestão em torno da implantação da Leonina, as mulheres organizadas tiveram um papel muito relevante. Para contar mais da interveniência delas, mobilizo um documento intitulado “Nasce Leonina: a busca pela ampliação de um modelo obstétrico humanizado em Belo Horizonte”^{524 525}, que foi compilado no dossiê do CMS-BH. Trata-se de um estudo produzido por representantes do movimento de mulheres organizadas pela implantação da Maternidade que é muito importante para esta pesquisa, por resgatar a luta dessas sujeitas, mas que não atende ao critério da autenticidade.

Atentando-me novamente às considerações do Cellard sobre a necessidade de compor com certas fontes mais pobres quando da realização da pesquisa documental⁵²⁶, optei por trabalhar com esse material apesar de inautêntico. Isso porque a maioria dos documentos que compõem o dossiê do CMS-BH remontam a interveniência de agentes e órgãos públicos no caso. No entanto, como já explorado na Introdução, ao longo do processo de pesquisa, a minha aproximação com os movimentos sociais em prol da abertura e do funcionamento da Leonina me fez conhecer que muito da luta pela implantação do serviço ocorreu fora dos caminhos institucionais. Desse modo, a opção por mobilizar a referida fonte a despeito de sua inautenticidade se deve a um reconhecimento da importância de construir o estudo de caso, na medida do possível, também a partir da interveniência dos movimentos sociais.

⁵²² MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2017, p. 5.

⁵²³ MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2017, p. 6.

⁵²⁴ NASCE Leonina: a busca pela ampliação de um modelo obstétrico humanizado em Belo Horizonte. [2019?]. 24 p. Arquivo PDF.

⁵²⁵ No Apêndice, doc. nº 26.

⁵²⁶ Cf. CELLARD, 2012, p. 299.

Isso posto, o estudo “Nasce Leonina: a busca pela ampliação de um modelo obstétrico humanizado em Belo Horizonte” é um arquivo em PDF que, nas suas primeiras páginas, apresenta um breve histórico da Leonina até o ano de 2015, quando coletivos de mulheres iniciaram o movimento Nasce Leonina. Depois disso, a fonte segue fazendo uma recapitulação de fatos referentes às lutas pela inauguração da Maternidade, porém com relatos mais detidos sobre certos acontecimentos e, inclusive, com a mobilização de alguns documentos. Além de construir uma narrativa histórica sobre a Maternidade, o estudo apresenta leituras, posicionamentos e questionamentos de suas autoras acerca da situação do equipamento⁵²⁷.

Nesta seção da dissertação, detenho-me apenas no que a fonte traz a respeito das ações do movimento Nasce Leonina em 2017⁵²⁸. Consta no estudo que, em março desse ano, as mulheres organizadas ocuparam as ruas com o Bloco das Leoninas no carnaval. Já no mês de junho, levaram a luta para a CMBH, por meio da apresentação de uma sugestão à Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) de 2018 – com o intuito de garantir a humanização da assistência ao parto e ao nascimento e a adoção de estratégias de combate à mortalidade materna no Município – e da participação de uma nova audiência pública pela abertura da Leonina^{529 530}.

Em agosto e em setembro de 2017, o Nasce Leonina esteve em duas visitas técnicas realizadas no prédio da Maternidade⁵³¹ e participou de uma reunião com Jackson Machado Pinto, então secretário municipal de Saúde, e de outra com Alexandre Kalil (PSD), então prefeito. Na primeira reunião, o referido secretário se comprometeu a, entre outros

⁵²⁷ NASCE..., [2019?].

⁵²⁸ NASCE..., [2019?], p. 5.

⁵²⁹ Como já apresentado na Introdução, as gravações de audiências públicas mobilizadas nesta pesquisa foram selecionadas considerando a sua relação direta com a luta pela Maternidade Leonina Leonor Ribeiro e a sua autenticidade documental. Dessa maneira, a audiência pública realizada na CMBH em 28 de junho de 2017, ainda que diretamente relacionada ao caso em estudo, não teve a sua gravação mobilizada, porque ela não está disponibilizada no *site* da CMBH. No caso, há uma filmagem disponível na página do Facebook do movimento Nasce Leonina, mas que não atende ao critério da autenticidade. Isso porque, além de alguns momentos em que há falhas no registro sonoro – as quais dificultam a compreensão do conteúdo –, é possível ver que a audiência pública não foi registrada desde o seu começo. Em razão de sua incompletude, trata-se de uma fonte inautêntica. Cf. REGINATO, 2017, p. 201.

⁵³⁰ NASCE..., [2019?], p. 10.

⁵³¹ Ao longo dos muitos anos transcorridos desde a construção da Leonina, diversas foram as visitas técnicas realizadas no local. Inclusive, no dossiê do CMS-BH, há documentos relativos a algumas delas. Entretanto, além de serem fontes inautênticas, são precárias no sentido de registrarem muito pouco conteúdo em relação a esses acontecimentos. Diante da baixa qualidade das evidências que possuo sobre essas visitas técnicas e das dificuldades (e, até mesmo, das impossibilidades) que teria para mobilizar fontes sobre todas elas, optei por não discutir nenhum desses acontecimentos. Vale dizer que essa escolha não significa um desmerecimento da importância das visitas técnicas nas lutas pela abertura e pelo funcionamento da Maternidade.

encaminhamentos: incluir as contribuições da população e as contribuições das conferências de saúde no plano de metas e no PMS-BH; estudar e apresentar uma solução para a abertura da Leonina; e mediar o agendamento de uma reunião do prefeito com o movimento Nasce Leonina. Essa reunião aconteceu em 25 de setembro, durante a qual Alexandre Kalil (PSD) prometeu implantar o serviço no primeiro semestre de 2018⁵³².

Pelo exposto, compreendo que, enquanto a gestão do Município não tomava uma posição firme no sentido de inaugurar a Maternidade, diversas atrizes intervenientes faziam pressão para que as gestoras não recuassem com as muitas promessas de abrir o equipamento e fazê-lo funcionar. Esse tensionamento da administração pública pela sociedade civil resultou, a meu ver, em duas conquistas importantes para as lutas pela implantação da Leonina: a previsão de recursos para a conclusão das obras, para a aquisição de mobiliário e equipamentos e para o custeio do serviço na LOA de 2018 (Lei nº 11.097, de 29 de dezembro de 2017)^{533 534} e a previsão do CPN Leonina Leonor Ribeiro como uma subação no Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG) (Lei nº 11.098, de 29 de dezembro de 2017)^{535 536} para o quadriênio 2018-2021.

6.1.2 Os recuos na promessa de uma “capital nacional do parto humanizado”

Apesar das referidas previsões legais, em 2018, as oscilações entre indicativos de que o Município ora pretendia inaugurar a Leonina o quanto antes, ora deixaria o empreendimento de lado permaneceram em alguma medida. Nesse sentido, no Relatório DVCEM 005/2019 figura como a última anotação de informações registradas no controle do empreendimento “UPA e Casa de Parto Venda Nova” uma referência a um *e-mail* de 16 de março de 2018. Segundo ele, a Maternidade seria uma prioridade da SMSA, com o valor de R\$ 8.000.000,00 (oito milhões de reais) e com a fonte de recursos pendente de definição⁵³⁷.

No segundo semestre de 2018, entretanto, a administração pública voltou a afirmar uma inviabilidade de inaugurar o equipamento, o que narro a partir da gravação da 5ª Reunião Extraordinária da Comissão de Saúde e Saneamento da CMBH, realizada no dia 9 de

⁵³² NASCE..., [2019?], p. 13-16.

⁵³³ BELO HORIZONTE. Lei nº 11.097, de 29 de dezembro de 2017. *Diário Oficial do Município*, Belo Horizonte, ano XXIII, n. 5.444, 30 dez. 2017b. 48 p. Disponível em: <https://dom-web.pbh.gov.br/visualizacao/edicao/2178>. Acesso em: 23 abr. 2022.

⁵³⁴ No Apêndice, doc. nº 27.

⁵³⁵ BELO HORIZONTE, 2017b.

⁵³⁶ No Apêndice, doc. nº 27.

⁵³⁷ PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2019a, p. 13.

outubro⁵³⁸ ⁵³⁹. Tratou-se, novamente, de uma audiência pública convocada e presidida pelo então vereador Gilson Reis (PCdoB), com a finalidade de discutir irregularidades encontradas na Leonina durante uma visita técnica realizada pela referida Comissão. Para apresentar os seus desenvolvimentos, mobilizo a gravação integral do evento, disponível no *site* da CMBH.

De início, parece-me importante deixar registrado que Gilson Reis (PCdoB) foi o único parlamentar integrante da Comissão de Saúde e Saneamento que participou da reunião. Durante essa, diversas questões sobre a história e as perspectivas de implantação do equipamento, bem como sobre os processos políticos e sociais de mudança de paradigmas de assistência ao parto e ao nascimento foram discutidas⁵⁴⁰. A apresentação desse evento vai focar nos três pontos debatidos que, a meu ver, foram os mais centrais e que mais contribuem para a construção do caso: as decisões políticas das administração pública belo-horizontina; o modelo assistencial proposto para a Maternidade; as questões financeiras afetas à sua implantação.

Então, Gilson Reis (PCdoB) começou a reunião denunciando o estado de degradação da Leonina visto na última visita técnica realizada no local. Afirmou que a estrutura física do espaço estava desgastada pelo tempo e depredada em razão de furtos de itens como canos, torneiras e vasos sanitários. O vereador destacou que esse cenário é indignante em razão não só da destruição de um espaço cuja construção custou muito dinheiro público, como também do descumprimento de uma promessa de Alexandre Kalil (PSD)⁵⁴¹. Sobre isso, disse o parlamentar:

Em setembro do ano passado, e... nas palavras do prefeito Alexandre Kalil, é... em torno de 10, 12 pessoas estavam presentes, está gravado inclusive isso, não só a reunião, mas a posição dele oficialmente dita à imprensa de Minas Gerais, que nós dizemos que, naquela ocasião, que Belo Horizonte poderia ser a capital nacional do parto humanizado, ele reproduziu essa frase na fala dele dizendo que no prazo limite até junho de 2018 ele inauguraria essa Maternidade. Portanto, é um compromisso do prefeito, oficial, é... anunciado pela imprensa, anunciado ao movimento e pelo nosso espanto, e... nós não conseguimos ver aquilo que foi prometido pelo prefeito ocorrer, já que a Maternidade ao contrário de avançar na construção da estrutura capaz de receber a Maternidade, nenhum palito foi colocado, nenhuma,

⁵³⁸ CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. [5ª Reunião Extraordinária – Comissão de Saúde e Saneamento]. Assunto: Audiência pública – Finalidade: *Discutir a situação física da Maternidade Leonina Leonor, em razão de irregularidades encontradas durante visita técnica da Comissão de Saúde e Saneamento*. Belo Horizonte, 9 out. 2018. Disponível em: <https://cmbh.mg.gov.br/comunica%C3%A7%C3%A3o/reuni%C3%B5es/5%C2%AA-reuni%C3%A3o-extraordin%C3%A1ria---comiss%C3%A3o-de-sa%C3%BAde-e-saneamento-09-10-2018>. Acesso em: 9 nov. 2020.

⁵³⁹ No Apêndice, doc. nº 28.

⁵⁴⁰ CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2018.

⁵⁴¹ CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2018.

nenhuma... nenhum tijolo, eu diria, são poucos os tijolos a serem colocados, mas nenhuma estrutura foi devidamente avançada. E em recente reunião com o secretário municipal de Saúde, ele disse que a Prefeitura teria abandonado esta, essa posição⁵⁴².

Carla Anunciatta de Carvalho, então presidenta do CMS-BH, também manifestou a sua indignação com o estado da Leonina. O fez afirmando que a implantação desse serviço era muito importante do ponto de vista da demanda, da necessidade e do desejo da população, particularmente das residentes de Venda Nova e das mulheres de Belo Horizonte⁵⁴³. Nesse sentido, disse:

Nos causa assim... é uma perplexidade, porque, tem um prédio, né, tem um prédio público, que foi aberto, inaugurado em 2009, ao longo dos anos vem com promessas, cada gestão prometia inaugurar a mater... o Leonina Leonor, e não inaugurava, e com essa posição do Alexandre Kalil, nós pensávamos que ia sair do papel realmente, né. E até hoje nada, mesmo com orçamento previsto na Lei Orçamentária Anual, mesmo com a aprovação da proposta na Conferência Municipal, mesmo com todas as discussões técnicas [...]. O Conselho Municipal ele tem essa clareza de que só pode ser uma questão política. Como que você deixa um prédio há dez anos se deteriorando e o dinheiro público... E segundo a Lei da Licitação 8666, você não pode construir, tem um artigo lá que fala, que você não pode construir nenhum equipamento de saúde se já tem um em andamento⁵⁴⁴. Então quando a Secretaria também vem com essa proposta de construir uma maternidade no Odilon Behrens⁵⁴⁵, por que não dá prioridade para a Leonina Leonor? Por que não priorizar o parto humanizado? Por que não priorizar esse modelo?⁵⁴⁶

Diante desses e de outros questionamentos similares, representantes da administração pública colocaram a posição que a gestão passou a adotar naquele momento. Virgínia dos Santos Ferreira, membro da Coordenação Perinatal, começou a sua fala afirmando que a

⁵⁴² CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2018, transcrição minha.

⁵⁴³ CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2018.

⁵⁴⁴ Nesse momento, ressalto uma imprecisão na fala da presidenta do CMS-BH (o que, ao fim e ao cabo, minora o atendimento ao critério da credibilidade). Cf. SCOTT, 1990, p. 7 *apud* MAY, 2004, p. 220; SCOTT, 1990, p. 22 *apud* REGINATO, 2017, p. 202. Pelo contexto de sua manifestação, me parece que ela fez referência a um artigo não da Lei Geral de Licitações, como anunciado, mas sim da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF – Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000). Mais especificamente, ao *caput* do artigo 45, que dispõe: “Observado o disposto no §5º do art. 5º, a lei orçamentária e as de créditos adicionais só incluirão novos projetos após adequadamente atendidos os em andamento e contempladas as despesas de conservação do patrimônio público, nos termos em que dispuser a lei de diretrizes orçamentárias” (BRASIL. Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 5 maio 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm. Acesso em: 24 abr. 2022).

⁵⁴⁵ No momento histórico em questão, a SMSA passou a afirmar que construiria uma maternidade no Hospital Metropolitano Odilon Behrens (HMOB). Embora não explicitado pela presidenta do CMS-BH no excerto transcrito de sua fala, em diálogo com informações constantes no estudo “Nasce Leonina: a busca pela ampliação de um modelo obstétrico humanizado em Belo Horizonte”, entendo ser possível dizer que a sua indignação com essa proposta da gestão se deve ao fato de que ela é uma demanda da referida organização hospitalar, não da população e que, sendo assim, inclusive foi rejeitada e excluída durante a 14ª Conferência Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Cf. NASCE..., [2019?], p. 9.

⁵⁴⁶ CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2018, transcrição minha.

SMSA continuava atribuindo importância à promoção do parto normal e que, nesse sentido, permanecia monitorando indicadores assistenciais e promoveria um curso gratuito de formação de doulas em breve. Após, ressaltou que a gestão seguia valorizando o trabalho em equipe na assistência, para o qual as enfermeiras obstétricas deveriam ser empoderadas em sua prática e trabalhar dentro de maternidades, com médicas obstetras. Além de que frisou que a SMSA tinha o interesse não em promover a experiência do bom parto em um só estabelecimento, mas sim para todas as mulheres quem têm suas filhas no Município⁵⁴⁷.

Nesse contexto, quanto à inauguração da Leonina, Virgínia dos Santos Ferreira afirmou:

[...] a maternidade, ela foi concebida, né, de início, para ser uma maternidade plena, com pleno funcionamento, inclusive conheço, participei da obra, né, na época da construção e falando só pela questão, é interesse da Secretaria, da Prefeitura essa abertura? Sim. Tem um interesse sim, mantém o interesse, só que no momento tem um impacto financeiro muito grande, né. A gente tem um impacto para essa reforma estrutural. Eu fui lá enquanto técnica e tem algumas inadequações na construção, como a rede gases, algumas coisas na, né, na banheira, o elevador você consegue colocar uma maca, mas o acompanhante para levar o paciente não tem como é... Erros estruturais básicos, que para sanar esses erros e colocar a maternidade num ponto de segurança seria necessário um impacto de mais ou menos 8.000.000 para reformar o espaço físico, né, que seria essa rede de gases, a rede elétrica, né, mais ou menos 5.000.000 em equipamentos. Nós fizemos um estudo da viabilidade financeira para abrir enquanto maternidade né, plena, de todas as suas funções, de todos os seus espaços funcionando. E 2.000.000 de custeio/mês essa maternidade ficaria para o Município⁵⁴⁸.

Depois de sua fala, Gilson Reis (PCdoB), questionou qual seria a razão de ser de um custeio mensal tão elevado, uma vez que a Leonina teria a capacidade de assistir cerca de 300 partos naturais por mês – um número não muito alto – e que a proposta inicial do equipamento seria o modelo da humanização, pouco intervencionista e, portanto, menos dispendioso de recursos tecnológicos pesados⁵⁴⁹. Diante disso, Virgínia dos Santos Ferreira explicou que os R\$ 2.000.000,00 (dois milhões de reais) seriam necessários

para funcionamento da maternidade com leitos de UTI neonatal, bloco cirúrgico, a maternidade funcionando como a Sônia disse, plenamente, porque ela foi concebida como maternidade, né, ela pode ser. Ela pode, o Risoleta ele foi [interrupção] sim, então é trazer, né, uma maternidade plena, inclusive com leitos neonatais, né, para aquela região ali. Seria trazer o Risoleta para essa maternidade⁵⁵⁰.

⁵⁴⁷ CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2018.

⁵⁴⁸ CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2018, transcrição minha.

⁵⁴⁹ CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2018.

⁵⁵⁰ CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2018, transcrição minha.

Fernando Macedo Bastos, que se apresentou como servidor municipal atuante na Saúde da Mulher, fez um pronunciamento em continuidade ao de Virgínia dos Santos Ferreira, reforçando os avanços já promovidos na assistência ao parto e ao nascimento municipal e o comprometimento do Município com eles. Além disso, ele citou que, mesmo gestantes saudáveis, sem nenhum fator de risco (isto é: as que teriam o potencial de encaminhamento para a Leonina na condição de um CPN peri-hospitalar ou uma maternidade de risco habitual), podem, na hora do parto, ter intercorrências obstétricas gravíssimas e raras, que exigem intervenções imediatas, estas que se tornam impossíveis na ausência de um bloco cirúrgico ao lado⁵⁵¹.

Então, o referido servidor defendeu a importância de garantir segurança inclusive a esse percentual minoritário de parturientes. Nessa linha de raciocínio, afirmou que, a despeito dos referidos avanços da obstetrícia, ainda havia muito o que melhorar na assistência. No seu entender, isso seria imprescindível para o sucesso de casas de parto no Brasil e, dessa maneira, para a abertura da Leonina na condição de um CPN peri-hospitalar, pertencente ao HRTN⁵⁵².

Ou seja, a SMSA passou a se posicionar no sentido de que a única forma de inaugurar a Leonina seria como uma maternidade completa, nos moldes em que foi inicialmente concebida – recuando definitivamente com os termos deliberados na CIRA em 2015⁵⁵³ e alinhando-se à posição das representantes do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais (CRM-MG) na audiência pública. Nesse cenário, deveria haver um encerramento das atividades da maternidade do HRTN, as quais seriam transferidas para os segundo e terceiro andares da UPA Venda Nova. Entretanto, as despesas naturalmente mais elevadas desse tipo de equipamento habilitado para atendimentos mais complexos seriam somadas ao custeio de reformas alegadamente necessárias para a correção de erros estruturais na construção da Leonina. Tudo isso, ao fim e ao cabo, exigiria do Município um dispêndio de recursos em tese inexistentes, diante de que a gestão afirmou que seria impossível inaugurar o serviço⁵⁵⁴.

Ainda na reunião, o posicionamento da administração pública foi questionado. Primeiramente, em relação às afirmações de que partos só podem ser assistidos com segurança com a presença de médicas na equipe e em um espaço com a estrutura de um bloco cirúrgico, Sônia Lansky – que representava a ReHuNa na ocasião – contra-argumentou

⁵⁵¹ CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2018.

⁵⁵² CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2018.

⁵⁵³ CÂMARA TÉCNICA, 9ª; REUNIÃO ORDINÁRIA DA CIRA CENTRO, 70ª, 2015.

⁵⁵⁴ CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2018.

dizendo que, na verdade, “[...] nós estamos falando de um paradoxo perinatal, nós temos muita intervenção no parto e isso é risco, sabe. O risco está mais que é... provado em toda a literatura internacional. Nós temos que fazer prevenção quaternária⁵⁵⁵, nós estamos intervindo demais”⁵⁵⁶. Isto é: a inauguração da Leonina como um CPN peri-hospitalar teria segurança e respaldo científico e poderia prevenir intervenções desnecessárias e perigosas em mães e em bebês.

Nessa toada, sobre as preocupações demonstradas por representantes da gestão quanto à implantação de um serviço coordenado pela enfermagem, Juliana Maria Almeida do Carmo, enfermeira obstétrica e presidenta da seccional de Minas Gerais da Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras (ABENFO), destacou:

A realidade, Gilson, é que existe sim uma questão de gênero, existe sim uma questão social, econômica toda por trás disso, né. Nós somos uma profissão excessivamente feminina, nós somos uma profissão de pessoas é... em grande maioria, menos financeiramente compatível com a equipe médica, enfim, existe diferença. Agora essa diferença... É, nós somos, é, nós somos menos elitizadas, vamos dizer assim. Agora essa diferença não atrapalha o nosso trabalho, que a gente desenvolve com responsabilidade ética. Eu gostaria que alguém me dissesse aqui qual foi a enfermeira obstétrica que assistiu um parto de forma irresponsável que prejudicou a mulher e o bebê nessa cidade? Depois de todo esse aumento de enfermeiras obstétricas no SUS e no sistema particular⁵⁵⁷.

Quanto aos empecilhos financeiros para a inauguração da Leonina, a gestão foi muito questionada a respeito dos valores apresentados, por não haver transparência nas suas justificativas, nem coerência com montantes levantados anteriormente⁵⁵⁸. Um trecho da manifestação da defensora pública Júnia Roman Carvalho, representando a Defensoria Pública Especializada em Direitos Humanos Coletivos e Socioambientais, ilustra bem os referidos questionamentos:

⁵⁵⁵ Em um artigo que visa a justificar a prevenção quaternária contra as violências obstétricas, o Tesser *et al.* explicam que a prevenção quaternária compreende as atitudes e as ações de identificação e evitação de riscos de hipermedicalização, intervenções desnecessárias e danos. Em face da dimensão do problema das violações de direitos de mulheres durante a assistência ao ciclo gravídico-puerperal, o trabalho indica dois tipos de ações de prevenção quaternária: individuais, familiares e comunitárias realizadas no nível da APS e em maior escala. Nesse sentido, as autoras defendem: “No contexto da saúde materna e perinatal, a prática da prevenção quaternária é indissociável do cuidado baseado em evidências científicas, da humanização do parto e do combate à VO, que deve ser encarada como questão prioritária, ‘pois representa a desumanização do cuidar e a perpetuação do ciclo de opressão feminina pelo próprio sistema de saúde’” (TESSER *et al.*, 2015, p. 3).

⁵⁵⁶ CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2018.

⁵⁵⁷ CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2018, transcrição minha.

⁵⁵⁸ CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2018.

Eu tenho principalmente perguntas, mais perguntas do que respostas é... e são perguntas principalmente direcionadas aos representantes da Prefeitura. É... e eu, eu realmente espero resposta, eu tenho tido problema com a Secretaria da Prefeitura que não anda me respondendo os ofícios. E a Prefeitura pode até responder assim “não estou nem aí para você”, mas ela não pode deixar de responder. [...] Os cálculos de impacto financeiro estão disponíveis? Nós teríamos acesso em quantos dias? Porque esses valores é, me pareceram é... soltos no vento, porque tem um valor de 3.000.000 já comprometido, pelo que informa o vereador Gilson Reis é... e tem um fala de que o impacto seria... [interrupção] para obra. O impacto seria de 8.000.000 para obra e de repente 2.000.000 por mês virou 30, virou 30.000.000, virou uma coisa, assim, enorme e grandiosa. Então, a gente queria ver esses, esses estudos de impacto. Nós queremos ver esse estudo, esse estudo eu queria saber se ele está disponível e se ele está disponível em um curto espaço de tempo, porque me parece uma coisa distante 3.000.000 e 30.000.000. É... Não entendi, assim... será que foi mal dimensionado no início ou será que não tem uma superdimensão nesse momento? Que tipo de estrutura é, estão pensando para lá para chegar em um impacto desse tamanho?⁵⁵⁹

Sem respostas para muitos questionamentos apresentados e muitas queixas colocadas, a audiência pública encerrou-se com alguns encaminhamentos. Entre eles: a realização de um seminário para discussão mais ampliada sobre assistência ao parto e ao nascimento em Belo Horizonte, a ser promovido pela CMBH; o comprometimento com o acompanhamento de requerimentos de informação já apresentados sobre a Maternidade por outras parlamentares; e o envio das questões suscitadas na reunião⁵⁶⁰. Não tenho conhecimento da resolatividade desses encaminhamentos.

6.1.3 O Centro de Atendimento à Mulher (CAM)

Tem-se, então, que a tomada de posição no sentido da inviabilidade de inaugurar a Leonina aparentemente significou um abandono definitivo do prédio pela gestão. É o que se depreende do Relatório de Vistoria GINTE/SD nº 029/2019 elaborado pela SUDECAP e datado de 18 de julho de 2019⁵⁶¹. Trata-se de um material produzido em resposta a uma solicitação para que o órgão informasse uma estimativa de custos para a conclusão das obras da Maternidade Leonina Leonor Ribeiro⁵⁶². O documento está dividido em seis partes:

⁵⁵⁹ CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2018, transcrição minha.

⁵⁶⁰ CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2018.

⁵⁶¹ No Apêndice, doc. nº 29.

⁵⁶² PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. SUDECAP. *Relatório de Vistoria GINTE/SD nº 029/2019*. Objetivo: Subsidiar a Diretoria de Planejamento e Controle de Empreendimentos – DPLC-SD da SUDECAP, com informações para resposta a ser apresentada pela SUDECAP à solicitação de Naélia Portugal, do Grupo de Inovação em Saúde – GIS, Gabinete do Prefeito, sobre estimativa de custo para conclusão da obra da Maternidade Leonina Leonor Ribeiro (UPA Venda Nova – 2º e 3º pavimentos). Belo Horizonte, 18 jul. 2019b. 22 p.

objetivo; metodologia; constatações; conclusão; anexos; e encerramento – as quais são complementadas por um relatório fotográfico de 20 páginas.

O relatório em questão foi produzido após a realização de uma vistoria técnica na Maternidade no dia 9 de julho de 2019. Nesse dia, a equipe responsável pela observação *in loco* constatou que, no geral, a edificação não apresentava vícios comprometedores de sua estabilidade. Observou, também, que não havia comprometimento do piso, nem das instalações elétricas e que havia um elevador instalado, porém, inativo⁵⁶³.

O que me chama a atenção são as constatações negativas – as quais expõem um cenário piorado em relação ao discutido na audiência pública realizada na CMBH em outubro do ano anterior⁵⁶⁴. Entendo que quase todos os problemas identificados são relativos a um abandono da edificação pela PBH. Portas de madeira estavam comprometidas, por possível infestação de cupins. O gesso estava com partes rompidas e desniveladas, em razão de infiltrações e vazamentos. Não foi encontrada boa parte dos metais sanitários, das barras de apoio, dos chuveiros, dos sanitários e dos lavatórios, além de que quase todos os tubos de gases medicinais haviam sido arrancados, sinalizando a ocorrência de furtos no local⁵⁶⁵.

Na conclusão do Relatório de Vistoria GINTE/SD nº 029/2019, consta que os achados dessa vistoria basearam a elaboração de uma estimativa de custos para a conclusão das obras da Leonina, a qual foi enviada para a solicitante⁵⁶⁶. A partir desse cálculo, a SMSA produziu um documento intitulado “Estudos Espaço Leonina Leonor”⁵⁶⁷, o qual foi encaminhado ao CMS-BH e compilado no dossiê⁵⁶⁸.

Depois da sua capa, o documento expõe o que seria o contexto de sua elaboração. Nesse momento, a SMSA, no meu entender, coloca questões que determinam a sua posição perante a Leonina, dentre as quais destaco: uma necessidade de manter a maternidade do HRTN; uma suficiência de leitos obstétricos no Município (após a conclusão das obras no HMOB); uma diretriz para privilegiar as maternidades já existentes na rede assistencial; e o fato de a gestão não apoiar a implantação de CPN do tipo peri-hospitalar⁵⁶⁹.

Em seguida, é apresentado um histórico das obras e dos investimentos feitos na Leonina, tendo como referência o Relatório DVCEM 005/2019. Logo após, constam

⁵⁶³ PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2019b, p. 1-2.

⁵⁶⁴ CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2018.

⁵⁶⁵ PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2019b, p. 1-2.

⁵⁶⁶ PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2019b, p. 1-2.

⁵⁶⁷ No Apêndice, doc. nº 30.

⁵⁶⁸ PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. *Estudos Espaço Leonina Leonor*. Belo Horizonte, jul. 2019. 11 p.

⁵⁶⁹ PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2019, p. 1-2.

informações sobre a vistoria executada pela SUDECAP em 9 de julho de 2019 e sobre questões financeiras, estas com fundamento no Relatório de Vistoria GINTE/SD nº 029/2019, uma planilha de estudos de investimentos da Maternidade e um modelo de custos da Diretoria de Regulação de Média e Alta Complexidade (DRMAC) e do HSF⁵⁷⁰. Tem-se que quase todos os custos apresentados para implantar a Leonina como uma maternidade são compatíveis com os informados pela representante da Coordenação Perinatal cerca de um ano antes, durante a audiência pública realizada na CMBH.

Isto é: naquela ocasião foi dito que, em valores aproximados, a compra de equipamentos custaria R\$ 5.000.000,00 (cinco milhões de reais) e que o custeio mensal do serviço seria de R\$ 2.000.000,00 (dois milhões de reais), totalizando R\$ 30.000.000,00 (trinta milhões de reais) de custeio anual⁵⁷¹. Já no “Estudos Espaço Leonina Leonor” consta que a compra de equipamentos custaria R\$ 5.400.000,00 (cinco milhões e quatrocentos mil reais), o custeio mensal seria de R\$ 2.598.561,00 (dois milhões, quinhentos e noventa e oito mil e quinhentos e sessenta e um reais), totalizando R\$ 31.182.732,00 (trinta e um milhões, cento e oitenta e dois mil e setecentos e trinta e dois reais) de custeio anual⁵⁷².

Quanto ao montante exigido para a reforma do espaço, as informações são muito discrepantes. Os “mais ou menos” R\$ 8.000.000,00 (oito milhões de reais) apontados como necessários para reformar o local na audiência pública em questão⁵⁷³ correspondem ao valor indicado no Relatório DVCEM 005/2019 na anotação relativa ao dia 16 de março de 2018⁵⁷⁴. Contudo, no “Estudos Espaço Leonina Leonor”, consta que a quantia necessária para concluir o espaço da Leonina e fazê-lo funcionar seria R\$ 977.000,00 (novecentos e setenta e sete mil reais)⁵⁷⁵.

Em se tratando de um estudo de caso de base documental, essa comparação das informações sobre os valores é importante, pois ela demonstra uma incredibilidade dos materiais avaliados. Afinal, a meu ver, tamanha diferença entre os montantes apresentados só pode ser atribuída a uma desonestidade ou a uma grande imprecisão das fontes⁵⁷⁶.

É preciso destacar, ainda, que, no “Estudos Espaço Leonina Leonor”, a indicação desse valor para reforma do equipamento veio acompanhada da informação de que “para

⁵⁷⁰ PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2019, p. 3-11.

⁵⁷¹ CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2018.

⁵⁷² PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2019, p. 9-11.

⁵⁷³ CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2018.

⁵⁷⁴ PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2019a, p. 13.

⁵⁷⁵ PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2019, p. 6.

⁵⁷⁶ Cf. SCOTT, 1990, p. 22 *apud* REGINATO, 2017, p. 202.

atender a proposta do CAM será o mesmo valor”⁵⁷⁷. Ou seja, nesse momento, a SMSA propôs e passou a defender a inauguração de um novo serviço de saúde a ser prestado nos segundo e terceiro andares da UPA Venda Nova, denominado CAM. Para apresentá-lo, mobilizo duas fontes constantes em um mesmo arquivo compilado no dossiê⁵⁷⁸: o Ofício nº 439/19 – CMSBH/SMSA⁵⁷⁹ ⁵⁸⁰ e o Ofício Interno Coordenação Perinatal e Atenção à Saúde da Mulher/Dias/Nº 005/2019⁵⁸¹ ⁵⁸².

O Ofício nº 439/19 – CMSBH/SMSA foi enviado do primeiro-secretário do CMS-BH para o secretário municipal de Saúde de Belo Horizonte em 5 de agosto de 2019, solicitando dados detalhados sobre o projeto do CAM. A solicitação foi feita na forma de tópicos, abrangendo indagações a respeito, por exemplo, dos serviços a serem oferecidos no equipamento, dos valores de investimentos e custeio, dos resultados epidemiológicos pretendidos e dos objetivos da SMSA com a implantação do CAM, haja vista que a finalidade do prédio era ser um CPN⁵⁸³.

O Ofício Interno Coordenação Perinatal e Atenção à Saúde da Mulher/Dias/Nº 005/2019, por sua vez, é de autoria das Coordenações Perinatal e de Atenção Integral à Saúde da Mulher e foi enviado para o gabinete da SMSA em 31 de outubro de 2019⁵⁸⁴. Posteriormente, Jackson Machado Pinto, secretário municipal de Saúde, o encaminhou para Carla Anunciatta de Carvalho, presidenta do CMS-BH, como resposta ao Ofício nº 439/19.

Nesse sentido, o Ofício Interno Coordenação Perinatal e Atenção à Saúde da Mulher/Dias/Nº 005/2019 dispõe que a proposta do novo serviço visava a ser uma referência municipal destinada a atender às necessidades de saúde da mulher, ampliando a oferta de atendimentos especializados, bem como incentivando e fortalecendo boas práticas obstétricas e ginecológicas no SUS. O documento traz mais das premissas e da proposta do CAM e apresenta as especialidades médicas que serão ofertadas pelo serviço, tais como pré-natal de

⁵⁷⁷ PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2019, p. 6.

⁵⁷⁸ Nesse arquivo há um terceiro documento, o Ofício SMSA/CMS-BH nº 1080/2019, que apenas encaminha a resposta da SMSA ao CMS-BH. Sendo assim, não vi motivos para mobilizá-lo.

⁵⁷⁹ CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE. *Ofício 439/19 – CMSBH/SMSA*. [Assunto: Projeto do Centro de Atendimento à Mulher]. Belo Horizonte, 5 ago. 2019.

⁵⁸⁰ No Apêndice, doc. nº 31.

⁵⁸¹ PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. *Ofício Interno Coordenação Perinatal e Atenção à Saúde da Mulher/Dias/Nº 005/2019*. [Assunto: Projeto do Centro de Atendimento à Mulher]. Belo Horizonte, 31 out. 2019c.

⁵⁸² No Apêndice, doc. nº 32.

⁵⁸³ CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE, 2019.

⁵⁸⁴ PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2019c.

alto risco, puerpério patológico, ginecologia do climatério, reabilitação pélvica e apoio de diagnóstico com ultrassonografia, com urodinâmica e com raio X⁵⁸⁵.

A fonte apresenta também que os estudos para previsão orçamentária do CAM não estavam prontos, mas que, a despeito disso, não seriam necessários muitos recursos para reforma, já que a estrutura existente poderia ser adaptada para o novo serviço. Quanto aos recursos humanos, o CAM contaria com uma série de médicas especialistas, além de equipes multidisciplinares⁵⁸⁶.

O Ofício Interno Coordenação Perinatal e Atenção à Saúde da Mulher/Dias/Nº 005/2019 também traz algumas considerações sobre a assistência hospitalar de Belo Horizonte, reforçando o argumento da SMSA sobre a suficiência de leitos obstétricos no Município e acrescentando que o CAM contribuiria para reduzir as filas de espera de subespecialidades ginecológicas e obstétricas e para educação em saúde não só para as usuárias da rede assistencial, como também para as profissionais da APS. Ao final, as autoras da fonte apresentam uma lista dos critérios que basearam a nova proposta e dois gráficos com dados sobre o número de gestantes aguardando a primeira consulta de pré-natal de alto risco⁵⁸⁷.

A meu ver, nas fontes mobilizadas, destaca-se o fato de que, para atestar a impossibilidade de inaugurar a Leonina como CPN ou como maternidade, a gestão providenciou estudos de viabilidade contemplando os recursos necessários para reformar o espaço, para comprar equipamentos e para custear o funcionamento mensalmente. Contudo, além da já apresentada inconsistência dos custos de reforma da edificação, tem-se que o CAM passa a ser proposto sem que, deliberadamente, a SMSA providenciasse um estudo de viabilidade para o novo serviço. A gestão só comparou a necessidade de recursos para os dois serviços no tocante aos necessários para a reforma e, nesse ponto, afirmou que eles seriam muito similares⁵⁸⁸.

Assim, compreendo que sem consistência nem transparência na apresentação dos custos da Leonina e do CAM, todas as fontes mobilizadas perdem credibilidade⁵⁸⁹ e, mais do que isso, que faltam fundamentos para o argumento da SMSA de que não haveria recursos para inaugurar o prédio seja como maternidade, seja como CPN. Importa, então, conhecer

⁵⁸⁵ PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2019c, p. 1.

⁵⁸⁶ PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2019c, p. 2.

⁵⁸⁷ PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2019c, p. 2-3.

⁵⁸⁸ Cf. PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2019, p. 6; PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2019c, p. 2.

⁵⁸⁹ Cf. SCOTT, 1990, p. 22 *apud* REGINATO, 2017, p. 202.

algumas das reações de outras atrizes intervenientes perante a alteração da finalidade do equipamento.

6.1.3.1 *Leonina Leonor é Nossa: a resistência à decisão de implantação do CAM*

Em 26 de setembro de 2019, houve mais uma audiência pública que discutiu a implantação da Leonina no Município – dessa vez, realizada na ALMG. O evento se deu durante a 13ª Reunião Ordinária da Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher e foi requerido pela deputada estadual Beatriz Cerqueira (PT) e pela então deputada estadual e atual prefeita de Contagem, Marília Campos (PT). A audiência pública será discutida a partir da gravação da sua íntegra, disponível no *site* da ALMG^{590 591}.

A reunião foi presidida pela Marília Campos (PT), que aproveitou a presença do quórum mínimo de parlamentares para, nos minutos iniciais, aprovar os requerimentos em pauta. Em seguida, começou a audiência pública, na qual, outra vez, não houve a presença de representantes dos Poderes Executivos de Belo Horizonte ou de Minas Gerais⁵⁹².

Considerando as reuniões da CMBH já estudadas, boa parte dos debates – particularmente os referentes à segurança de CPN e às lutas pela humanização da assistência ao parto e ao nascimento e pelo combate às violências obstétricas – ocorridos durante a audiência pública em análise reiterava discussões anteriores. Por esse motivo, vou priorizar os pontos que me parecem mais se relacionar ao momento histórico do caso: as discussões sobre pressupostos e implicâncias da decisão da SMSA de não implantar a Maternidade Leonina Leonor Ribeiro e inaugurar o CAM nos segundo e terceiro andares da UPA Venda Nova.

Uma primeira questão foi a compreensão do abandono da Leonina pela gestão como parte de um processo de perda do pioneirismo de Belo Horizonte e Minas Gerais no movimento nacional de mudanças de paradigmas de assistência ao parto e ao nascimento. A primeira participante a tratar disso foi Maria Esther de Albuquerque Vilela, ex-coordenadora nacional de Saúde das Mulheres do MS e da Rede Cegonha, que afirmou que o referido Ministério sempre se reportou ao que as mineiras produziam em termos de inovações

⁵⁹⁰ ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DE MINAS GERAIS. [13ª Reunião Ordinária – Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher]. Finalidade da reunião: apreciar a matéria constante na pauta, receber, discutir e votar proposições da comissão e realizar audiência pública. Finalidade da audiência: *Debater a abertura, estrutura e funcionamento da Maternidade Leonina Leonor Ribeiro*. Belo Horizonte, 26 set. 2019. Disponível em: https://www.almg.gov.br/atividade_parlamentar/comissoes/internaPauta.html?idCom=1132&dia=26&mes=09&ano=2019&hr=09:30&tpCom=1&aba=js_tabPauta. Acesso em: 9 nov. 2020.

⁵⁹¹ No Apêndice, doc. nº 33.

⁵⁹² ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DE MINAS GERAIS, 2019.

benéficas para a saúde das mulheres⁵⁹³. Porém, quando questionada sobre a existência de Estados que avançaram mais na implantação de CPN em seus territórios, ela disse:

Nós temos é... Estados que avançaram mais. A Bahia é um Estado que avançou mais, [interrupção] não, são mais estados do Nordeste e do Norte. Né, nós temos o Ceará, despontando aí com um grande quantitativo, talvez por uma decisão gestora, né, de que o desenho da atenção obstétrica no Ceará é... ele precisava ser mudado, o João vai falar um pouco sobre o desenho, mas o Ceará habilitou é... seis, é tem seis habilitados e outros em fase de habilitação, centros de parto normal. Alguns intra-hospitalar, como é... o Sofia possui, um intra-hospitalar, o Risoleta Neves também, e alguns extra hospitalares. O extra-hospitalar em relação ao intra-hospitalar ele tem vantagens, porque as mulheres são mais protegidas da, daquela questão da intervenção, né, já habituada dentro de hospitais, rotinas mais rígidas, é... claro que como lá existem os riscos, né, então as mulheres todas elas acabam entrando nessa noção do risco obstétrico⁵⁹⁴.

Em sua fala, a ativista Polly do Amaral reforçou o entendimento de que Belo Horizonte estava perdendo o seu pioneirismo na transformação do modelo obstétrico no Brasil⁵⁹⁵ e, sobre as decisões de Jackson Machado Pinto quanto à Maternidade, afirmou:

A Esther explanou muito bem sobre o centro de parto normal. Existe, né, esse mito, né, o Secretário de Saúde do Município ele sempre fala isso. Ah, não, inclusive, ele faz campanha para não abrir a Leonina e eu acho isso lamentável, é... porque, inclusive, eu acho que nem ele e nem o prefeito se deram conta do tanto que isso vai ser benéfico, inclusive, para um projeto político para a cidade. Isso pode ser usado, inclusive, para promover a eles próprios, inclusive. Então assim, é uma oportunidade que eles estão perdendo de revolucionar mesmo, de fazer essa reforma obstétrica, né. Porque não consigo conceber alguém que seja contra abrir uma maternidade, que vai trazer melhor assistência para as mulheres, para as crianças, que vai melhorar os indicadores, que vai reduzir custo, que vai proporcionar para as mulheres terem um bom parto perto de suas casas. Não, é inconcebível, como que alguém vai ser contra isso? Não tem como ser contra isso! Deve ser porque não sabe, né? Então, por isso que deveria estar aqui para poder escutar e nos convidar a participar dessas discussões para a gente participar, né⁵⁹⁶.

Tratando dos problemas das justificativas da gestão para abandonar a implantação da Leonina, a Polly do Amaral fez alguns apontamentos sobre o estudo de viabilidade apresentado pela PBH⁵⁹⁷. Nesse sentido, a ativista questionou os pressupostos do material produzido, uma vez que ele se baseia nos dados de maternidades de alto risco quando, na verdade, a Leonina foi estruturada para ser uma maternidade de risco habitual, podendo funcionar também como um CPN. A consequência da adoção dessa premissa equivocada seria

⁵⁹³ ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DE MINAS GERAIS, 2019.

⁵⁹⁴ ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DE MINAS GERAIS, 2019, transcrição minha.

⁵⁹⁵ ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DE MINAS GERAIS, 2019.

⁵⁹⁶ ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DE MINAS GERAIS, 2019, transcrição minha.

⁵⁹⁷ Embora o estudo em questão não tenha sido nomeado pela ativista em sua fala, compreendo que ela se refere ao “Estudos Espaço Leonina Leonor”. Cf. PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2019.

uma superestimação dos custos do serviço, uma vez que, na assistência de alto risco, a taxa de permanência das pacientes nos leitos é muito maior, o que torna os partos e os nascimentos mais onerosos⁵⁹⁸.

O problema das fragilidades das justificativas da gestão não recaem apenas sobre a decisão do abandono da Maternidade, mas também da própria implantação do CAM. É o que se vê da fala de Juliana Maria Almeida do Carmo, presidenta da seccional de Minas Gerais da ABENFO, a qual afirmou que a associação por ela representada acredita que as mulheres precisam de espaços para se consultar, tal como proposto para o CAM. Entretanto, que tais espaços necessitam estar nos postos e nos centros de saúde e ter muitas ações a eles vinculadas – inclusive, CPN⁵⁹⁹.

Em face dos debates que demonstravam a não promoção em Belo Horizonte – mas não só – de políticas em prol da humanização da assistência ao parto e ao nascimento apesar das muitas vantagens do modelo, a então deputada Marília Campos (PT) questionou quais seriam as razões disso ao ginecologista e obstetra João Batista Marinho de Castro Lima, referência sobre segurança do paciente na assistência obstétrica e neonatal da Rede Cegonha⁶⁰⁰. O seguinte trecho da resposta merece ser destacado:

Há sobreutilização de recursos, do mesmo jeito que a gente vive numa sociedade altamente medicalizada, todo mundo toma remédio, a maioria toma sem precisar, sabe. Sem precisar tomar remédio. Assim como usa muitos equipamentos de saúde, é submetido a uma porrada de exames e uma série de coisas, sem necessidade também, do ponto de vista científico, que aquilo não vai trazer benefício nenhum. “Ah, tá bom. Tem um CTI, o menino ficou um pouquinho [inaudível], ah tá, o trem dura, ah, põe ele lá dentro do CTI”. Porque o CTI tá perto. Então essa questão da conveniência não é só dos médicos, existem isso também, mas os médicos eles fazem parte de um sistema, gente, existe um sistema econômico. O... o... são 3.000.000, 3.000.000 de nascimentos no Brasil por ano. Isso é um nicho de mercado para indústria de equipamentos, indústria farmacêutica etc. enorme! Enorme. Então, alguém tem que lucrar com isso. E se um parto, num centro de parto normal organizado da forma que ele tem que ser, centro de parto normal, de acordo com as recomendações internacionais [inaudível] não tem médico. Não é que eu seja contra médico não, eu estou falando, eu falo muito da sobreutilização. Eu sou médico, médico é muito bom! É uma maravilha ter médico quando você tá precisando dele para salvar sua vida, sabe. Em algumas situações não precisa de médico! Aí que é a mesma coisa quando eu falei da hipermedicalização, utilização de medicamentos sem necessidade: muitas vezes usa médico sem precisar, sabe. Então, assim, num sistema racional organizado, eu estou dizendo racional, logicamente que a questão ideológica ela vem é de como eu vou aplicar a evidência, quem vai se beneficiar com ela e quem... ou, ou não vai. Aí que vem a questão ideológica, mas a ciência já produziu os seus resultados, o que eu vou fazer com esses resultados é que vai depender da minha concepção de política pública. Se isso vai beneficiar mais a

⁵⁹⁸ ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DE MINAS GERAIS, 2019.

⁵⁹⁹ ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DE MINAS GERAIS, 2019.

⁶⁰⁰ ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DE MINAS GERAIS, 2019.

maioria da população, ou vai beneficiar uma minoria, né, vamos pegar de representantes da indústria farmacêutica, da indústria de equipamentos etc., de planos privados de seguros de saúde etc. Aí é que vem a questão ideológica de como implementar políticas. Então não é só os médicos, não. Os gestores públicos também têm a sua responsabilidade, porque eles também servem a interesses, tem que saber quais, né, que eles estão servindo⁶⁰¹.

Em se tratando de sujeitas beneficiadas e prejudicadas pelas políticas públicas, é preciso transcrever parte da fala de Iza, ativista que estava na plateia. Ao microfone, ela se apresentou como mulher, negra e gestante que morou durante toda a vida em Venda Nova⁶⁰² e disse:

Sempre quando a gente fala sobre a maternidade, sempre quando a gente fala de políticas de é... parto ativo, a resposta é que é muito caro. Eu tive essa resposta de várias pessoas. Ah, mas é muito caro fazer isso! E aí eu queria discutir então o que é caro? [...] Tudo para Venda Nova é caro. É caro reformar... não tem dinheiro para reformar avenida, não tem dinheiro para saúde, os centros de saúde aí podem, as mulheres falaram sobre como é, não tem dinheiro para o transporte bom lá, não tem dinheiro para saneamento básico em Venda Nova, não tem dinheiro para nada. Agora, você pergunta se num bairro da zona sul tem enchente, você pergunta se alguém morre na enchente num bairro da zona sul. Lá ninguém morre de enchente. E para nós tudo é caro, e para a periferia tudo é caro. E eu estou falando isso principalmente porque quero dizer o seguinte: as mortes femininas, as mortes maternas, a violência obstétrica, ela atinge as mulheres e atinge principalmente mulheres de deter... que têm raça, mulheres que têm classe social e mulheres que têm endereço, que são mulheres negras, mulheres pobres, trabalhadoras e mulheres que moram nas periferias. É essas são as mulheres as mais atingidas. [...] Então, gente, eu estou falando isso sabe por quê? Porque agora que eu estou pesquisando sobre como ter um parto respeitoso em Belo Horizonte, como fazer isso? [interrupção] A gente percebe o seguinte: quem tem dinheiro, infelizmente, a política é assim. Quem tem dinheiro, paga. Quem tem dinheiro, paga. Quem tem dinheiro paga o médico particular, e aí é não sei quantos mil reais. Quem tem dinheiro paga enfermeira particular e é não sei mais quantos. Quem tem dinheiro paga, gente. E quem não tem dinheiro? E quem não tem dinheiro? Fica à mercê, fica à mercê dos planos de saúde, que são uma bosta, que não são bons os tratamentos dos planos de saúde, esses que a gente tem condição de ter, e fica à mercê dos corredores, tendo trabalho de parto em corredor. [...] Fica à mercê das cesáreas, de procedimentos cirúrgicos desnecessários, de intervenções desnecessárias, ou seja, nós ficamos sem direito ao nosso corpo, porque nós não temos como decidir sobre nada. Então essa é a política que a gente tem hoje. [...] Então, eu queria dizer que por isso, eu acho fundamental a abertura da Leonina Leonor. Acho fundamental, porque isso é política pública feita pelo SUS, é política pública para as mulheres que não tem como pagar, é política pública para as mulheres que mais precisam⁶⁰³.

No fim da audiência pública, houve uma divergência importante. Arline, que estava na plateia e que afirmou estar com algumas lideranças de Venda Nova, foi ao microfone afirmar que as conselheiras e as representantes da regional não queriam a Leonina nos segundo e

⁶⁰¹ ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DE MINAS GERAIS, 2019, transcrição minha.

⁶⁰² ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DE MINAS GERAIS, 2019.

⁶⁰³ ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DE MINAS GERAIS, 2019, transcrição minha.

terceiro andares da UPA Venda Nova, mas sim o CAM. A razão disso seria a necessidade de ampliar o número de leitos para atendimentos de urgência e emergência. Nesse sentido, não houve uma manifestação contrária à humanização da assistência ao parto e ao nascimento, mas sim a favor de que ela seja implementada nos serviços já em funcionamento⁶⁰⁴.

Em seguida, a Deonara, que igualmente estava na plateia, foi ao microfone para se contrapor ao posicionamento da Arline. Para tanto, afirmou que também é residente de Venda Nova e que participou de vários espaços de participação popular – entre eles, as conferências de saúde – nos quais a população da regional sempre se manifestou a favor da implantação da Maternidade Leonina Leonor Ribeiro e aprovou isso nos fóruns máximos de deliberação⁶⁰⁵.

Após, Carla Anunciatta de Carvalho, que estava na mesa, dirigiu-se à Arline dizendo que a implantação da Leonina atenderia a muitas das demandas por ela colocadas, havendo mais consensos do que divergências entre ela e as integrantes do movimento Nasce Leonina. Inclusive, acrescentou que a Maternidade foi uma demanda da população de Venda Nova em 2008, mas que parece que algumas pessoas de lá mudaram o seu posicionamento, o que ela não conseguia entender. Então, a audiência pública foi encerrada com os encaminhamentos de realizar uma manifestação na frente da PBH e uma plenária em Venda Nova para debater sobre a Leonina^{606 607}.

Isso tudo posto, o restante de 2019 e 2020 foram anos em que a gestão da PBH buscou a oficialização e a legalização da implementação do CAM nas Programações Anuais em Saúde (PAS) e nos Relatórios Anuais de Gestão (RAG)⁶⁰⁸. E o fez violando as prerrogativas do controle social da saúde. É o que consta no Ofício 062/2021 – CMSBH/EXTERN/ 1ª PJ

⁶⁰⁴ ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DE MINAS GERAIS, 2019.

⁶⁰⁵ ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DE MINAS GERAIS, 2019.

⁶⁰⁶ ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DE MINAS GERAIS, 2019.

⁶⁰⁷ Em agosto de 2021, solicitei à presidenta do CMS-BH a ata dessa plenária de mulheres. Fui informada que poderia acessar a gravação e o chat da ocasião, de modo que solicitei esse acesso por e-mail. Em resposta, fui informada que não há esses registros, porque as reuniões eram realizadas presencialmente na época. A demanda ficou de ser verificada, mas não obtive mais retornos, nem retomei a tratativa.

⁶⁰⁸ Os planos de saúde são os instrumentos do SUS que, em cada ente da federação, apresentam os resultados a serem alcançados em um período de quatro anos. As PAS anualizam e operacionalizam as metas constantes nos referidos planos e os RAG apresentam os resultados alcançados, bem como indicam mudanças que se façam necessárias (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. *Plano de Saúde, Programação Anual em Saúde e Relatório Anual de Gestão*. Disponível em: <https://www.epsvj.fiocruz.br/plano-de-saude-programacao-anual-em-saude-e-relatorio-de-gestao#:~:text=A%20Programa%C3%A7%C3%A3o%20Anual%20de%20Sa%C3%BAde,mudan%C3%A7as%20que%20se%20mostrarem%20necess%C3%A1rias>. Acesso em: 30 abr. 2022).

SAÚDE MPMG⁶⁰⁹, que foi enviado pelo CMS-BH para a Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde de Belo Horizonte⁶¹⁰ e que está compilado no dossiê.

No documento, a mesa diretora do CMS-BH apresenta ao MPMG documentos comprobatórios para a abertura da Leonina e solicita ao Município que cumpra a recomendação exarada pelo referido órgão em 2017. Para tanto, é demonstrado o descumprimento de uma série de deliberações e documentos que determinam a implantação do serviço, entre eles, o relatório final da 14ª Conferência Municipal de Saúde e o PMS-BH 2018-2021⁶¹¹.

Além disso, o CMS-BH expõe problemas na elaboração dos instrumentos jurídicos do SUS. No caso, a gestão suprimiu – sem a devida discussão e aprovação do referido Conselho – a meta de abertura da maternidade das PAS 2019 e 2020. Vale salientar que, quanto à PAS 2020, a SMSA foi instada a corrigi-la por meio de ofícios enviados pelo CMS-BH e em uma reunião da mesa diretora com Jackson Machado Pinto⁶¹².

É importante ressaltar que contra essas ações da administração pública houve resistência não apenas por parte do CMS-BH. Durante o final de 2019 e o ano de 2020, os movimentos sociais seguiram lutando pela Leonina, com a soma de forças do movimento Leonina Leonor é Nossa, constituído sobretudo por moradoras de Venda Nova em prol da abertura do equipamento⁶¹³. A despeito disso, a gestão iniciou a destruição da Maternidade⁶¹⁴.

6.1.4 “Um culto romântico ao ultrapassado”: a destruição da Leonina e a judicialização da questão

Em 2021, o Município resolveu começar a estruturação do CAM. O início das obras não foi comunicado ao CMS-BH, de modo que o desmonte da Leonina só foi descoberto pelo Conselho e por representantes do movimento Leonina Leonor é Nossa no dia 28 de janeiro⁶¹⁵.

⁶⁰⁹ No Apêndice, doc. nº 34.

⁶¹⁰ CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE. *Ofício 062/2021 – CMSBH/EXTERN/ 1ª PJ SAÚDE MPMG*. [Assunto: Maternidade Leonina Leonor]. Belo Horizonte, 12 fev. 2021.

⁶¹¹ CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2021, p. 1.

⁶¹² CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2021, p. 1.

⁶¹³ Reconheço que o tratamento dos movimentos sociais em 2019 e em 2020 está sendo muito superficial. A dificuldade de me aprofundar nele se relaciona às escolhas metodológicas desta dissertação, uma vez que, em se tratando de um período histórico recente, não há tantos documentos já sistematizados e organizados quanto há em relação a momentos anteriores. Então, dadas as dificuldades de trabalhar com o volume de fontes inicialmente previsto e a decisão de não recorrer a outras metodologias de pesquisa de campo, optei por não buscar mais materiais que viabilizassem um aprofundamento nesse ponto.

⁶¹⁴ CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2021, p. 2.

⁶¹⁵ CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2021, p. 2.

No dia seguinte, foi publicado um artigo no jornal *O Tempo*⁶¹⁶ com uma pequena síntese de acontecimentos e declarações posteriores à descoberta do começo da estruturação do CAM⁶¹⁷⁶¹⁸, o qual será mobilizado para apresentar o ocorrido.

Na primeira parte da matéria, logo abaixo do título, consta que o Município, por meio da SMSA, informou ter identificado a falta de necessidade inaugurar a Leonina e que, por isso, decidiu implantar o CAM no local. Há uma breve descrição do que seria o novo serviço e a exposição de algumas das razões que o Município reivindica como fundamentos da mudança de destinação do equipamento: a ausência de demanda por uma nova maternidade em Belo Horizonte; o não comprometimento da gestão de Alexandre Kalil (PSD) com a implantação da maternidade; e a desconformidade de parte do material que estava no local com as normas da VISA. É dito, ainda, que o CMS-BH teria sido comunicado da nova destinação dos segundo e terceiro andares da UPA Venda Nova⁶¹⁹.

A seção seguinte do artigo trata de uma entrevista coletiva dada pelo secretário municipal de Saúde sobre a situação. Merece destaque o fato de que, além de reforçar o argumento da falta de necessidade de mais leitos obstétricos em Belo Horizonte, tendo em vista os índices de ocupação das maternidades já existentes, Jackson Machado Pinto, referindo-se à Leonina, acrescentou que “[...] o padrão de maternidade que se quer fazer lá é [sic] um culto romântico ao ultrapassado”⁶²⁰.

Tratando da oposição de grupos à mudança de destinação da edificação, o artigo traz as refutações do CMS-BH às afirmações da gestão. Nesse sentido, por meio de comunicado oficial, o referido órgão afirmou que em 2017 o prefeito se comprometeu a inaugurar a Leonina, mas que, de 2019 em diante, o CMS-BH e os movimentos de mulheres não conseguiram mais se reunir com a gestão para tratar da importância da implantação do CPN. Além disso, as justificativas técnicas apresentadas pela SMSA quanto à desnecessidade da Maternidade e à necessidade do CAM foram refutadas; especificamente em relação a esta, o

⁶¹⁶ É importante explicitar um viés na escolha da fonte. Recorri a essa matéria jornalística uma vez que, tendo vivido os acontecimentos de 2021, identifiquei que ela registrava informações sobre o momento de forma relativamente completa. Isso não quer dizer que a mobilização de reportagens a respeito de outros fatos que compõem o caso não teria sido agregadora para o trabalho, mas sim que a seleção dessa fonte em razão da característica “estratégica” de seu conteúdo – como explicado na Introdução – é influenciada pela minha experiência como pesquisadora, ativista e advogada em prol da Leonina nos últimos anos.

⁶¹⁷ MORAES, Gabriel. Prefeitura de BH não abrirá maternidade Leonina Leonor, construída em 2009. Em contrapartida, Conselho Municipal de Saúde e grupo social que pede abertura do local afirmam que não houve diálogo, e que espaço é importante para mães e bebês carentes. *O Tempo*, 29 jan. 2021. Disponível em: <https://www.otempo.com.br/cidades/prefeitura-de-bh-nao-abrira-maternidade-leonina-leonor-construida-em-2009-1.2441168>. Acesso em: 7 fev. 2021.

⁶¹⁸ No Apêndice, doc. nº 35.

⁶¹⁹ MORAES, 2021.

⁶²⁰ MORAES, 2021.

referido Conselho defendeu que os tratamentos especializados para a saúde das mulheres devem ser ofertados nas unidades básicas de saúde, por profissionais da APS⁶²¹.

Mais do que isso, Carla Anunciatta de Carvalho afirmou para o jornal *O Tempo* que o CMS-BH só ficou sabendo das obras de estruturação do CAM por meio de uma denúncia do movimento Leonina Leonor é Nossa (o qual, inclusive, *ocupou os segundo e terceiro andares da UPA Venda Nova*) e que esperava a abertura de uma negociação imediata com a SMSA⁶²². No artigo, há, ainda, a transcrição de uma manifestação de Mônica Aguiar, uma das lideranças do referido movimento, que disse o seguinte sobre a necessidade da Leonina:

Ela atenderia uma demanda que é real, mas não é enxergada pelo setor público. Nós nos deparamos com centenas de casos de mulheres que têm dificuldade em conseguir atendimento na hora do parto. É uma peregrinação, porque o acesso de Venda Nova à região Central de Belo Horizonte depende de vias públicas com grande contingente de carros [...]. Então, muitas vezes a mulher começa o trabalho de parto e, quando chega ao Centro, o neném já nasceu. A maternidade aqui criaria uma relação de aproximação com a população não só de Venda Nova, mas de todo o vetor Norte de Belo Horizonte, e que precisa de assistência médica mais próxima [...]⁶²³.

Após essa descoberta, as tratativas entre a gestão, o controle social da saúde e os movimentos sociais não foram exitosas. Em razão disso, representando judicialmente os interesses do movimento Leonina Leonor é Nossa, a Carla Anunciatta de Carvalho ajuizou uma Ação Popular contra Alexandre Kalil (PSD) e Jackson Machado Pinto, e a ReHuNa ajuizou uma Ação Civil Pública (ACP) contra o Município de Belo Horizonte, ambas perante o TJMG⁶²⁴. Cada qual com os seus fundamentos e com as suas especificidades, nas duas ações foi requerida a condenação dos réus à paralisação da estruturação do CAM e à implementação da Leonina nos termos do PMS-BH 2018-2021.

A partir daqui encerro a construção do caso apenas com esses processos. Isso se justifica, em primeiro lugar, porque o meu envolvimento com as lutas pela abertura e pelo funcionamento da Maternidade Leonina Leonor Ribeiro se deu principalmente por meio da minha atuação como advogada, pois fui constituída como uma das procuradoras das autoras nessas duas ações. Nesse sentido, compreendo que, apesar das dificuldades de me deslocar do

⁶²¹ MORAES, 2021.

⁶²² MORAES, 2021.

⁶²³ MORAES, 2021.

⁶²⁴ O número do processo da referida Ação Popular é 5022744-57.2021.8.13.0024 e o do Agravo de Instrumento no curso dela interposto é 1.0000.21.052083-9/001. Já o número do processo da ACP em comento é 5022674-40.2021.8.13.0024, enquanto o do Agravo de Instrumento a ela referente é 1.0000.21.052035-9/001.

papel de advogada para analisar documentos dos processos como pesquisadora nesta dissertação⁶²⁵, as decisões judiciais foram suficientemente importantes para o caso e na minha relação com a pesquisa. Por isso, não poderia deixar de considerá-las na construção da narrativa.

Ocorre que a judicialização da situação da Maternidade não foi o único acontecimento relevante de 2021 e 2022. A título de exemplificação, nesse período, os movimentos sociais ocuparam o equipamento e realizaram atos na sua fachada, o caso foi discutido em várias reuniões do CMS-BH, o espaço recebeu visitas técnicas de parlamentares e ativistas. Contudo, não há uma sistematização de documentos que narrem essas ações. Desse modo, para mobilizá-los, seria necessário empreender uma busca que se mostrou incompatível com a presente pesquisa, tanto por fugir à regra proposta para as bases documentais, quanto por representar um grande volume de trabalho, que prejudicaria o meu tempo de escrita e aumentaria muito o tamanho do texto.

Isso posto, também é necessário considerar que, para a elaboração das peças, tanto eu e as demais advogadas das autoras quanto a PGM de Belo Horizonte nos pautamos por muitas das fontes compiladas no dossiê do CMS-BH – algumas delas, inclusive, foram juntadas aos autos como documentos comprobatórios.

Assim, a fim de evitar a construção de uma narrativa repetitiva, me apropriarei apenas das três decisões já proferidas no curso dos processos sobre os pedidos liminares de concessão de tutela provisória de urgência para que os réus paralisassem o desmonte da Leonina e apresentassem todos os documentos relativos à reforma do equipamento desde 2007, as quais não se embasaram de forma tão imediata nas fontes analisadas neste trabalho. Muito embora tenham sido prolatadas outras decisões importantes para o andamento das ações – por exemplo, as que rejeitaram as preliminares de mérito requeridas pelos réus e que designaram a realização de tentativa de conciliação, atendendo a um interesse das autoras/agravantes –, elas não contribuem para construir a narrativa do caso. Por esse motivo, não serão mobilizadas.

⁶²⁵ Remontando o que a Diniz compartilhou da sua visão sobre o envolvimento com a questão da saúde das mulheres a partir dos movimentos sociais e da prática acadêmica, trata-se de um caminho que tanto amplia horizontes quanto inspira cautela. Segundo a autora, é um desafio manejar o delicado equilíbrio entre essas duas esferas para aproveitar os seus distintos potenciais críticos e transformadores. Cf. DINIZ, 1997, p. ix. Compartilho da sua percepção, pois, para mim, foi muito bom me tornar advogada das referidas ações já sendo uma pesquisadora sobre a Leonina, ao mesmo tempo que foi muito bom prosseguir nesta pesquisa podendo advogar contra o desmonte da Maternidade. Apesar disso, para discutir o caso: na advocacia, às vezes foi difícil me desvencilhar dos rigores que o trabalho acadêmico exige; na pesquisa, às vezes foi difícil renunciar ao lugar de defesa dos interesses para o qual fui constituída. Assim, falar das ações como pesquisadora é muito desafiador, mas, pelos motivos expostos, entendo que não posso deixar de fazê-lo.

Visando a uma simplificação da apresentação e da análise desses documentos, faço uma síntese de seus pontos centrais no quadro a seguir. Informo que houve o reconhecimento da conexão entre as duas ações e os dois agravos de instrumento interpostos contra a primeira decisão interlocutória, o que fez com que as decisões e o acórdão relativos ao pedido liminar de cada processo tivessem idêntico teor, com diferenças apenas em aspectos formais. Por conseguinte, em vez de mobilizar seis documentos com conteúdo repetitivo, mobilizarei apenas uma decisão proferida na Ação Popular e uma decisão e o acórdão prolatado no Agravo de Instrumento em que Carla Anunciatta de Carvalho figurou como autora e agravante.

Quadro 2 – Decisões nos autos da Ação Popular nº 5022744-57.2021.8.13.0024 e do Agravo de Instrumento nº 1.0000.21.052083-9/001

	Ação Popular nº 5022744-57.2021.8.13.0024	Agravo de Instrumento nº 1.0000.21.052083-9/001	
Identificação	Decisão nº 2638666407 ⁶²⁶ ⁶²⁷	Decisão nº 100002105 2083900120213685482 ⁶²⁸ ₆₂₉	Acórdão nº 100002105 208390012022339845 ⁶³⁰ ₆₃₁
Data	08 de março de 2021	16 de abril de 2021	15 de março de 2022
Relatório	Em resumo, para a contraposição à destruição da Leonina, a autora alegou: a adequação do espaço e a inadequação das demais maternidades da cidade à boa assistência obstétrica; o desperdício do erário com a não inauguração e com a destruição; o desrespeito às prerrogativas do CMS-BH e ao dever de publicidade; a previsão legal de implantação da Leonina; a improcedência das justificativas já apresentadas pela gestão para implantar o CAM. Os réus, além de requererem a conexão processual, alegaram: a suficiência de leitos obstétricos; a existência de dois CPN em construção; a menor adequação do CPN Leonina Leonor à normativa federal e a não prontidão da sua estrutura; o aproveitamento do prédio para as obras do CAM; a adequação das tratativas com o CMS-BH; a proteção do patrimônio público e da moralidade administrativa.	Além do já citado na decisão de primeiro grau e do requerimento da antecipação da tutela de urgência, a agravante alegou: a desobediência à Resolução nº 441/2018 do CMS-BH (que homologou o PMS-BH 2018-2021), de natureza vinculante; o perigo de dano configurado pelo desmonte quase consumado; a não anuência do CMS-BH com as obras; a implantação da Leonina como fruto de deliberações ascendentes do controle social da saúde e a ausência de desejo da população do CAM; o histórico de desrespeito a deliberações de conselhos ensejando a intervenção do Poder Judiciário; a insuficiência quantitativa e qualitativa de leitos obstétricos no Município; a possibilidade de Belo	O desembargador relator praticamente transcreveu a decisão sintetizada à esquerda. Após, apresentou as contrarrazões de agravo, em que os agravados arguíram a inadequação da via eleita e – além dos pontos já sintetizados na tabela – alegaram: localização da Leonina comprometedora da economicidade da implantação de uma maternidade na região; não homologação da Resolução nº 441/2018 do CMS-BH; e o risco de dano reverso. Após, foram relatados outros andamentos processuais, entre os quais se destacam a realização de audiência de conciliação sem acordo e a manifestação da Procuradoria-Geral de Justiça (PGJ) favorável ao provimento do

⁶²⁶ MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça de Minas Gerais (Comarca de Belo Horizonte). Decisão. *Processo nº: 5022744-57.2021.8.13.0024*. Classe: [Cível]. Ação Popular (66). Assunto: [Improbidade Administrativa]. 2ª Vara de Feitos da Fazenda Pública Municipal da Comarca de Belo Horizonte. 8 mar. 2021 a. Disponível em: <https://pje-consulta-publica.tjmg.jus.br/pje/ConsultaPublica/DetalheProcessoConsultaPublica/documentoSemLoginHTML.seam?ca=dc0178c2348fd2aef070a2d1af4ee2a51a1e2f7621406f8dfc5bc3451e9bb123f6e6ccc855c68227add6d24be0c940db347d9401c486e507&idProcessoDoc=2638666407>. Acesso em: 2 maio 2022.

⁶²⁷ No Apêndice, doc. nº 36.

⁶²⁸ MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça de Minas Gerais (Comarca de Belo Horizonte). Decisão. *Agravo de Instrumento-CV nº 1.0000.21.052083-9/001*. 1ª Câmara Cível. Agravante: Carla Anunciatta de Carvalho. Agravado: Alexandre Kalil e Jackson Machado Pinto. Relator: Des. Armando Freire, 16 abr. 2021b. Disponível em: https://www4.tjmg.jus.br/juridico/sf/proc_movimentacoes2.jsp?listaProcessos=10000210520839001. Acesso em: 3 maio 2022.

⁶²⁹ No Apêndice, doc. nº 37.

⁶³⁰ MINAS GERAIS, 2022.

⁶³¹ No Apêndice, doc. nº 38.

		Horizonte se consolidar como referência em obstetrícia e em ensino com a implantação da Leonina.	recurso.
Fundamentos	Não reconhecimento da probabilidade do direito: documentos acostados não comprovam a ilegalidade na alteração da destinação do espaço; o Município conta com leitos obstétricos suficientes e prevê inaugurar dois novos CPN; impossibilidade de o Poder Judiciário interferir no mérito de atos administrativos.	Reconhecimento da probabilidade do direito e do perigo de dano: obras de transformação da maternidade podendo implicar desrespeito para/com o erário e estando em dissonância com a Resolução nº 441/2018 do CMS-BH; decisão abrupta do Município sem observar princípios constitucionais e trâmites legais, administrativos e burocráticos; início da derrubada da edificação sendo de grave e difícil reparação.	Conclusão de que a insurgência recursal não prospera: suficiência de leitos obstétricos no Município; concordância com o parecer do CRM-MG; não homologação da Resolução nº 441/2018 do CMS-BH; a Leonina sem prontidão para funcionar, exigindo obras mais caras que as do CAM; adequação das tratativas com o CMS-BH; inadequação do CPN Leonina Leonor à Portaria nº 11/2015; serviços do CAM melhor atenderiam à população.
Dispositivo	Indeferiu a tutela de urgência, reconheceu a conexão com a ACP nº 5022674-40.2021.8.13.0024 e deixou de designar audiência de conciliação.	Concedeu parcialmente a antecipação da tutela de urgência. Determinou que o Município suspendesse imediatamente as atividades de destruição/desmante da Leonina, sob pena de multa diária e negou o pedido de apresentação de documentos naquela oportunidade.	Por unanimidade, negou provimento ao recurso.

Fonte: Elaborada pela autora.

Nota: O conteúdo das células tem como referência a decisão judicial identificada na coluna em que cada uma delas se encontra.

Para além do disposto no quadro, há algumas nuances desses documentos – e da judicialização do caso como um todo – que me parecem importantes de serem discutidas. Isso está desenvolvido na seção 6.3. Por ora, resalto apenas que os dois processos seguem tramitando perante a 2ª Vara da Fazenda Pública da Comarca de Belo Horizonte. Entretanto, com a negativa de provimento dos recursos interpostos, o Município foi autorizado a prosseguir com o desmante da Maternidade Leonina Leonor Ribeiro.

Ainda que as ações originárias não tenham transitado em julgado, a meu ver, a permanência da tutela de urgência deferida em abril de 2021 era imprescindível. Afinal, do ponto de vista fático, a perda decorrente da estruturação do CAM nos segundo e terceiro andares da UPA Venda Nova para as lutas pela humanização da assistência ao parto e ao

nascimento em Belo Horizonte pode ser irreversível (ou seja, o perigo de dano judicialmente alegado era real). A consumação – ou não – desse grave retrocesso é algo que ainda caberá ao porvir.

6.2 Considerações teóricas

Antes de subdividir a apresentação destas considerações teóricas em seções, quero destacar um ponto da narrativa. Embora o estudo “Nasce Leonina: a busca pela ampliação de um modelo obstétrico humanizado em Belo Horizonte” registre a luta pela abertura da Leonina em Conferências de Saúde⁶³², de modo geral, as fontes mobilizadas não demonstram a influência dessas deliberações para o caso até o começo da gestão de Alexandre Kalil (PSD). Nesse sentido, os documentos trabalhados neste capítulo sugerem um aumento da interveniência do controle social da saúde no período histórico trabalhado, o que se refletirá em um maior destaque dessa atriz interveniente nas considerações teóricas a seguir.

6.2.1 A humanização desacreditada, distorcida e prejudicada

A meu ver, as fontes mobilizadas para a construção desta seção a princípio indicavam, mas depois demonstraram de forma incontestável a vontade política da administração pública belo-horizontina de não implantar a Leonina.

Primeiramente, não me parece ser uma coincidência o fato de que a gestão que iniciou a destruição da Maternidade é a mesma que desarticulou a Comissão Perinatal, responsável por propulsionar a humanização da assistência ao parto e ao nascimento em Belo Horizonte. Mesmo que a interveniência da nova Coordenação Perinatal⁶³³ tenha aparecido no material mobilizado para a dissertação com o discurso da valorização do parto normal, da monitorização de indicadores de saúde materno-infantil e de incentivo da assistência obstétrica multidisciplinar⁶³⁴, a promoção do retrocesso de destruir a Leonina me parece desvelar um grande recuo da gestão na transformação da obstetrícia belo-horizontina.

Nesse panorama, para que a gestão pudesse justificar a alteração da destinação dos segundo e terceiro andares da UPA Venda Nova, identifico que foram adotadas as estratégias

⁶³² A referida fonte afirma a luta pela abertura da Leonina como um “[...] resultado das Conferências Municipal de Saúde de 2008, 2010, 2013, 2015, 2017 [...]”, além das Conferências Estadual de Saúde e Nacional de Mulheres de 2017 (NASCE..., [2019?], p. 17).

⁶³³ Cf. BELO HORIZONTE, 2017.

⁶³⁴ Cf. CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2018.

de desqualificar o equipamento e descreditar a proposta de humanização da assistência ao parto e ao nascimento para a qual ele foi construído.

A depreciação da edificação em si foi alegada com base em alguns argumentos, como a inadequação das banheiras e do elevador instalados no local⁶³⁵. O que implicitamente me parece ter a ver com essa intenção de desqualificar a Maternidade foi a situação de deterioração em que ela se encontrava antes do início das obras de construção do CAM. Afinal, em se tratando de um prédio público, era devido que a administração municipal tivesse trabalhado pela sua preservação, o que não ocorreu nesse caso – no sentido do que disse a defensora pública Júnia Roman Carvalho durante a audiência pública realizada na CMBH no dia 9 de outubro de 2018:

Uma pergunta para o vereador Gilson Reis, porque eu sei que ele acompanha muito é... essas questões dos gastos públicos. Os investimentos em segurança e em guarda municipal têm aumentado ou reduzido nos últimos anos em Belo Horizonte? Porque o que eu tenho escutado é que os investimentos têm aumentado muito, muito em segurança e... e na guarda municipal. Se os investimentos têm aumentado em segurança, por que deixou depredar um... um espaço público, que pelo jeito não deve ter custado pouco, né? É... qual foi... e principalmente considerando que esse espaço está em cima de uma UPA que funciona! Como assim? Não tinha ninguém lá pra ver? As pessoas entrando e subindo e depredando? Como foi que isso aconteceu? Como foi que isso aconteceu? Quantos boletins de ocorrência foram feitos nesse tempo? Porque eu entendo que se, que se furtou uma torneira, tinha que fazer um boletim de ocorrência. Ou entraram num determinado dia, furtaram tudo e o que que estava acontecendo? É uma responsabilidade do gestor público⁶³⁶.

Ainda que não se possa fazer nenhuma afirmação categórica quanto a isso, entendo ser razoável considerar a possibilidade de a administração municipal não ter buscado impedir a depredação da Leonina, para, posteriormente, afirmar que ela não estaria em condições de ser inaugurada para a realização de assistência obstétrica. Somando-se a isso, conforme já desenvolvido neste capítulo, houve toda a mobilização – muito contestada por outras atrizes intervenientes no caso – do discurso do risco de assistir partos e nascimentos em um CPN ou em uma maternidade de risco habitual, seguida da defesa de que a Maternidade só seria segura com uma estrutura completa, a qual, “infelizmente”, seria muito onerosa para o erário.

Quanto à suposta necessidade de um hospital complexo para a segurança da assistência obstétrica, considero importante reforçar o descolamento dessa ideia dos debates referentes a impactos negativos que a própria possibilidade de oferta de tecnologia pesada no atendimento à maioria dos partos pode ter, já que parir é um evento fisiológico que, na

⁶³⁵ CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2018.

⁶³⁶ CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2018, transcrição minha.

maioria dos casos, não se relaciona a situações de morbidade. Como exposto pela Bara Maia, o que organizações hospitalares de alta complexidade têm para oferecer não é, em geral, uma assistência voltada para a fisiologia da parturição. Desse modo, é falsa a ideia de uma necessária vantajosidade do atendimento a gestantes e a parturientes em serviços que possuem equipamentos e profissionais à disposição para assistência a casos raros e difíceis⁶³⁷.

Quanto à necessidade de mais recursos para inaugurar e para manter a Leonina, realmente não se pode perder de vista que tais despesas poderiam ser significativas para o erário municipal. Não obstante, chama-me a atenção o fato de a gestão deliberadamente desconsiderar as perspectivas de financiar os investimentos e o custeio do serviço com recursos da Rede Cegonha – argumento que, muitas vezes, foi invocado pelas mulheres em luta pelo funcionamento da Leonina contra as alegações de inviabilidade financeira alegadas pelas gestoras⁶³⁸. Além disso, outra questão relevante, no entanto ignorada pela gestão, é o fato de que inaugurar o CPN Leonina Leonor Ribeiro seria uma política de saúde que, no médio/longo prazo, teria o potencial de reduzir despesas⁶³⁹ para o Município.

Nesse panorama, trabalhando com a tipologia de sentidos da humanização desenvolvida pela Diniz, volto a considerar a proposta de humanizar como referida à legitimidade financeira do modelo. Assim como narrado no capítulo anterior, as atrizes intervenientes em resistência pela implantação da Leonina seguiram defendendo a sua vantajosidade pela possibilidade de economizar recursos escassos e – por meio da redução dos procedimentos desnecessários e das suas complicações – pautar ações de saúde com mais alcance e com menos gastos⁶⁴⁰.

⁶³⁷ Cf. BARA MAIA, 2008, p. 98.

⁶³⁸ Por ex.: NASCE..., [2019?], p. 11.

⁶³⁹ No segundo capítulo desta dissertação, já foram apresentadas referências teóricas que tratam de como o intervencionismo excessivo da assistência obstétrica hegemônica provoca agravos de saúde iatrogênicos em mulheres e em bebês. Ao propor um modelo de cuidados humanizados para partos de risco habitual, a Leonina potencialmente evitaria essas intervenções, como também a necessidade de tratar as suas consequências e, assim, poderia diminuir despesas do Município. Por ora, para que se tenha uma ideia desse potencial de economia do ponto de vista financeiro, trago um dado apresentado em um artigo das Diniz e Chacham. Segundo as autoras, há a referência a um estudo que foi conduzido na América Latina ao final dos anos 1990, o qual demonstrou que a realização de episiotomias em aproximadamente 90% dos partos vaginais – ou seja, a contraindicada prática rotineira de um procedimento invasivo – representava um desperdício anual de US\$134.000.000,00 (cento e trinta e quatro milhões de dólares), referentes apenas aos custos da intervenção, sem contar os de suas complicações. Ainda que as taxas de episiotomia nas maternidades do SUS de Belo Horizonte sejam hoje muito inferiores a 90%, entendo que esse dado ajuda a visualizar o potencial econômico inerente à promoção de modelo de assistência ao parto pouco intervencionista. Cf. ALTHABE; BELIZÁN; BERGEL, 2002, p. 945-946 *apud* DINIZ; CHACHAM, 2006, p. 85-86.

⁶⁴⁰ DINIZ, 2001, p. 91-92.

Contudo, existiu uma disputa sobre os argumentos econômicos relativos à Maternidade, pois compreendo que as gestoras à frente da Coordenação Perinatal e da Saúde da Mulher da SMSA mobilizaram o sentido da desvantagem do modelo, definindo a assistência menos intervencionista como uma economia de recursos e como uma sonegação da oferta de cuidados adequados às populações mais carentes – uma “medicina para pobres”⁶⁴¹. E, mesmo que de forma implícita, atribuindo às partidárias do funcionamento da Leonina como um CPN peri-hospitalar uma pecha de defensoras de práticas inseguras⁶⁴².

Nesse ponto, é importante dizer que, dada a quantidade de fatos e a multiplicidade de interveniências no caso descritas neste capítulo, seria possível identificar e discutir, de modo mais aprofundado, todos os outros sentidos da humanização mapeados pela Diniz identificados e discutidos nos capítulos anteriores⁶⁴³. Não obstante, rompendo com um padrão das considerações teóricas já desenvolvidas, aqui me parece mais interessante trabalhar a ideia de que, nas fontes mobilizadas nesta pesquisa, aparentemente a gestão passou a invocar um *discurso retórico* de defesa do modelo humanizado de cuidados obstétricos.

Isso se desvela nas contradições narradas no texto. Por exemplo, na audiência pública realizada na CMBH em 2018, durante a qual representantes da gestão afirmavam que a SMSA defendia uma assistência obstétrica sustentada em alguns dos pilares da humanização, como a prestação de serviços por equipes multiprofissionais. Não obstante, ao mesmo tempo, para tratar da Leonina, mobilizavam o discurso médico hegemônico que defende a necessidade de uma estrutura hospitalar de alto-risco, com base em uma superestimação dos riscos de se parir pela vagina⁶⁴⁴ – algo que se mostra incompatível com a definição de humanização proposta neste trabalho, a qual, contra a patologização do parto normal, tem como alicerce a defesa do direito à tecnologia apropriada na assistência⁶⁴⁵.

Outra contradição emblemática são os fatos de que Alexandre Kalil (PSD) prometeu que Belo Horizonte seria a “capital nacional do parto humanizado”⁶⁴⁶, mas era prefeito da cidade quando do desmonte da Leonina. Isso se soma ao fato de que a SMSA defendeu a

⁶⁴¹ DINIZ, 2001, p. 91-92.

⁶⁴² Cf. CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2018.

⁶⁴³ Mais especificamente, da humanização como referida às legitimidades: política da reivindicação e da defesa dos direitos e das crianças durante ao ciclo gravídico-puerperal; científica da MBE; epidemiológica da mudança de modelos de cuidados obstétricos; e profissional e corporativa de um redimensionamento de papéis na cena do parto e da mudança do local preferencial de atendimento. Cf. DINIZ, 2001, p. 83-98; Quadro 1.

⁶⁴⁴ Cf. CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2018.

⁶⁴⁵ Cf. seção 2.2.1.

⁶⁴⁶ Cf. CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2018.

destruição da Maternidade afirmando que uma das premissas do CAM seria a humanização⁶⁴⁷. Ou seja, parece-me que, no momento histórico em análise, a gestão se colocava como partidária de um paradigma assistencial humanizado quando conveniente – diante da pressão de atrizes intervenientes como o CMS-BH e os movimentos sociais.

Com tantas disputas pelo sentido de um projeto de mudança de paradigmas de atendimento ao parto e ao nascimento para Belo Horizonte e com todas as partes nelas envolvidas mobilizando, de distintas formas, a palavra “humanização” – e instaurando e explicitando um conjunto de relações sociais, como apontado pela Diniz em sua tese⁶⁴⁸ –, fertilizou-se um espaço para vários, a meu ver, *falsos dilemas, questionamentos e receios quanto à implantação da Leonina* (como CPN ou maternidade de risco habitual).

Por exemplo: a população precisa de um CPN em Venda Nova? É possível expandir o atendimento especializado à saúde das mulheres e, ao mesmo tempo, implantar o CPN Leonina Leonor Ribeiro? A desospitalização de partos é segura? O Município pode prescindir de uma estrutura de atendimento de alto risco para gestantes e para parturientes selecionadas, saudáveis, de risco habitual? Ou – como sugerido pela fala da Arline na audiência pública realizada na ALMG⁶⁴⁹ – a implantação da Leonina inviabiliza a humanização das demais maternidades públicas de Belo Horizonte?

Esse panorama de contradições e disputas no seio das lutas pela implementação de um modelo obstétrico humanizado na cidade tem, no meu entender, o potencial de demonstrar a possibilidade de leitura – partindo da Teoria Crítica da Constituição – das políticas públicas de assistência ao parto e ao nascimento como um campo de tensões constitutivas ao direito positivo e, portanto, de disputas e controvérsias sobre o que são direitos e sobre o que é de direito⁶⁵⁰.

Nessa toada, tem-se, por um lado, a SMSA adotando um discurso que reivindicava como sendo *de direito* de todas as parturientes de Belo Horizonte o acesso a um atendimento ao parto e ao nascimento seguro. Esse sentido de direito, segundo a concepção assistencial encampada pela referida Secretaria, implicaria uma *responsabilidade* do Município por oferecer uma estrutura hospitalar capaz de intervir no acontecimento das mais graves e raras intercorrências obstétricas em todos os equipamentos da rede pública⁶⁵¹. Assim, por parte da

⁶⁴⁷ PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2019c, p. 1.

⁶⁴⁸ DINIZ, 2001, p. 83.

⁶⁴⁹ Cf. ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DE MINAS GERAIS, 2019.

⁶⁵⁰ Cf. CATTONI DE OLIVEIRA, 2021a, p. 131.

⁶⁵¹ Cf. CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2018.

gestão, não haveria uma *obrigação* de implantar a Maternidade, seja nos seus termos originalmente concebidos⁶⁵², seja nas condições pactuadas em 2015⁶⁵³.

Por outro lado, o controle social da saúde e os movimentos de mulheres organizadas disputavam um *direito* de participação democrática nas decisões sobre as políticas de saúde do Município, reivindicação que, no seu bojo, defende como sendo *de direito* da população a implementação de uma proposta prioritária aprovada na 14ª Conferência Municipal de Saúde de Belo Horizonte⁶⁵⁴ e incorporada ao PMS-BH 2018-2021. Essas noções de direito implicariam, como consequência, um *dever* do Município de fazer a Leonina nascer.

Esse panorama de tensionamento e contradições ao direito positivo no contexto político, social e econômico em que o caso se insere confirma, na minha concepção, como a vivência da normatividade constitucional é um processo de aprendizagem social falível, como defendido pelo Cattoni de Oliveira⁶⁵⁵. Afinal, todos os anos de luta não impediram que o projeto de transformação de paradigmas de assistência ao parto e ao nascimento em Belo Horizonte sofresse um grave retrocesso com o desmonte da Maternidade.

6.2.2 *Quem se beneficia?*

Por mais que a decisão do Município de implantar o CAM nos segundo e terceiro andares da UPA Venda Nova tenha, publicamente, sustentado-se em justificativas como a economia de recursos do erário e a beneficiação das mulheres usuárias do SUS belo-horizontino⁶⁵⁶, considerando a falta de consistência nos dados apresentados pelas gestoras, é possível, no mínimo, supor que outras questões permearam essa decisão. Trata-se de uma suposição que se sustenta tanto em aspectos já desenvolvidos pela literatura que trata dos movimentos pela humanização da assistência ao parto e ao nascimento, quanto em elementos da narrativa do caso, que passo a expor.

Na audiência pública realizada na ALMG, o médico João Batista Marinho de Castro Lima ressaltou a dimensão ideológica das políticas públicas de assistência ao parto e ao nascimento. Isso porque a implementação de um atendimento baseado nas evidências científicas – que respeita e promove o processo fisiológico de parturição e que intervém

⁶⁵² Cf. BELO HORIZONTE, [2007?].

⁶⁵³ Cf. CÂMARA TÉCNICA, 9ª; REUNIÃO ORDINÁRIA DA CIRA CENTRO, 70ª, 2015.

⁶⁵⁴ Cf. CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE, 2017.

⁶⁵⁵ Cf. CATTONI DE OLIVEIRA, 2021a, p. 132.

⁶⁵⁶ Cf. CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2018; PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2019, p. 6; PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2019c, p. 2.

apenas quando necessário – colide com os interesses da indústria farmacêutica-hospitalar (e da classe médica, enquanto parte desse meio), a qual pauta uma superutilização de recursos tecnológicos na assistência em saúde para obter lucro. Assim, a decisão de promover ou não políticas de humanização dos cuidados obstétricos revela a ideologia de gestoras públicas, que escolhem quais setores beneficiar com as suas decisões⁶⁵⁷.

Essa fala conflui com produções de estudiosas do campo que apontam que o modelo de assistência obstétrica ainda hegemônico é histórico e ideológico. Nesse sentido, os feminismos e os movimentos da MBE tiveram e ainda têm o importante papel de denunciar como as práticas obstétricas – e as políticas públicas a elas afetas – pouco se sustentam em evidências de efetividade e segurança e, concomitantemente, muito se alicerçam na reprodução de discriminações de gênero e nas influências de poderes econômicos e corporativos⁶⁵⁸.

Esse diagnóstico está, a meu ver, bastante relacionado ao retrocesso vivido nas lutas pela humanização da assistência ao parto e ao nascimento em Belo Horizonte. Afinal, quando Jackson Machado Pinto definiu – de forma bastante desdenhosa – a concepção assistencial original da Leonina como “um culto romântico ao ultrapassado”⁶⁵⁹, os seus pontos de partida parecem ser as ideias de a-historicidade e neutralidade do modelo obstétrico hegemônico, como se a luta das mulheres por outro paradigma de cuidados fosse fútil e irreal e buscasse o resgate de um modo de parir incompatível com as tecnologias do presente. A pretendida linha de chegada seria, por sua vez, o impedimento da continuidade dos anos de esforços do Município para superar esse modelo.

Assim, o descarte da possibilidade de implantação do CPN Leonina Leonor e a implementação do CAM são decisões ideológicas. Quanto a elas, a partir das fontes analisadas, parece-me haver indícios de uma pretensão das gestoras de privilegiar a indústria farmacêutica-hospitalar e o empresariado médico em detrimento da saúde das mulheres.

Afinal, dialogando com a dissertação da Bara Maia, na escolha política de mudar a destinação dos segundo e terceiro andares da UPA Venda Nova, é possível ver um movimento na direção de preterir a APS e as ações de baixa tecnologia e valorizar a especialização médica e as intervenções de alta tecnologia. Portanto, desmontar a Leonina e inaugurar o CAM, aparentemente, relacionam-se a um esforço da administração municipal no sentido de consolidar as tendências da saúde brasileira de: valorização de práticas curativas médico-

⁶⁵⁷ ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DE MINAS GERAIS, 2019.

⁶⁵⁸ DINIZ, 1997, p. viii; 2005, p. 630.

⁶⁵⁹ MORAES, 2021.

hospitalares, em detrimento de ações de promoção da saúde⁶⁶⁰; e hierarquização entre medicina e enfermagem enquanto categorias profissionais⁶⁶¹.

Isso posto, não se pode ignorar que, mesmo que a Leonina fosse um equipamento planejado para integrar a rede assistencial de Belo Horizonte em sua totalidade, ela favoreceria as moradoras de Venda Nova. Por conseguinte, a decisão de não a inaugurar prejudica especialmente as mulheres dessa regional – como bem pontuado pela fala da ativista Iza durante a audiência pública da ALMG⁶⁶² e pela entrevista de Mônica Aguiar ao jornal *O Tempo*⁶⁶³ –, muitas das quais, por suas condições de raça e classe social, estão mais suscetíveis às intervenções obstétricas desnecessárias, às violências obstétricas, a parir nos corredores de maternidades ou nas vias urbanas e à mortalidade materna.

Especificamente na fala da ativista Iza, é interessante observar a denúncia de que a humanização da assistência ao parto e ao nascimento é hoje uma realidade excludente, que privilegia as poucas que podem pagar caro por cuidados de saúde⁶⁶⁴. Nesse ponto, é preciso ressaltar que, por mais que as profissionais da obstetrícia majoritariamente afirmem lucro sendo intervencionistas e cesaristas, como a Diniz já indicava em 2001, o atendimento humanizado é um “[...] filão do mercado cada vez mais importante [...]”⁶⁶⁵. Logo, é crescente o número de equipes adeptas à humanização da assistência obstétrica em Belo Horizonte, todavia, a maioria da população ainda não consegue ter acesso a esse modelo de atendimento.

A meu ver, a influência da força da indústria farmacêutica-hospitalar e do empresariado da medicina demonstra, outra vez, como as disputas por direitos e seus sentidos identificadas ao longo da dissertação ocorreram sob pressão dos imperativos sistêmicos da economia capitalista⁶⁶⁶. Para as que batalharam para que a Leonina abrisse, funcionasse e viabilizasse a assistência de mulheres parindo com segurança, respeito e prazer, o futuro anuncia a necessidade de prosseguir lutando para que raça e classe (entre outros marcadores sociais) não sejam condições que determinem as sujeitas que – parafraseando a ativista Iza – podem ter o direito ao próprio corpo durante o parto e o nascimento⁶⁶⁷.

⁶⁶⁰ BARA MAIA, 2008, p. 35.

⁶⁶¹ BARA MAIA, 2008, p. 63-66.

⁶⁶² Cf. ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DE MINAS GERAIS, 2019.

⁶⁶³ Cf. MORAES, 2021.

⁶⁶⁴ Cf. ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DE MINAS GERAIS, 2019.

⁶⁶⁵ DINIZ, 2001, p. 104.

⁶⁶⁶ Cf. CATTONI DE OLIVEIRA, 2021a, p. 132.

⁶⁶⁷ Cf. ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DE MINAS GERAIS, 2019.

6.3 Notas da advogada-pesquisadora, pesquisadora-advogada

Primeiramente, exponho a minha compreensão de que seria importante que, para falar da minha atuação como advogada nas ações ajuizadas com a intenção de impedir o desmonte da Maternidade Leonina Leonor Ribeiro, eu relatasse o meu engajamento como ativista nessa história, o que se deu essencialmente a partir do envolvimento e da colaboração com o movimento Leonina Leonor é Nossa. Entretanto, como desenvolvido na Introdução deste trabalho, fiz a opção metodológica de construir o estudo de caso a partir de documentos de acesso público, nos termos definidos pela Resolução nº 510/2016 do CNS⁶⁶⁸. Conseqüentemente, não obtive o consentimento livre e informado das integrantes do referido movimento para tratar, nesta dissertação, da minha vivência como ativista com elas.

Nesse panorama, é relevante dizer que, nas ações do Leonina Leonor é Nossa de que participei, havia uma coletividade numericamente pequena e, portanto, facilmente identificável de pessoas. Esse é um fator que contribui para que elas estejam ainda mais sujeitas a uma exposição não autorizada de sua privacidade, que é protegida como um direito das participantes de pesquisas pelo CNS⁶⁶⁹. Por esses motivos, deixo de falar sobre o meu engajamento com o referido movimento – e o faço com pesar, pois ele atravessa e, em certa medida, conforma a minha atuação como advogada nos processos mencionados.

Além disso, outro ponto que me parece digno de nota é o fato de a situação do equipamento não ter sido judicializada antes (por mais que eu saiba que a minha aproximação das lutas pela Maternidade tenha sido tardia e que, dessa forma, a minha visão de como os movimentos sociais e o controle social da saúde se articularam com órgãos e instituições de justiça seja limitada). Mesmo que as fontes mobilizadas demonstrem que a Defensoria Pública de Minas Gerais (DPMG) também tinha ciência da situação da Leonina⁶⁷⁰, destaca-se a inércia do MPMG, que, a despeito das suas competências funcionais, não acionou o Poder Judiciário após o descumprimento das duas recomendações analisadas neste trabalho⁶⁷¹.

Isso posto, a partir das três decisões mobilizadas, teço considerações sobre as ações em questão, trazendo um pouco da minha atuação como advogada nelas constituída.

Pelo relatório da Decisão nº 2638666407, é possível perceber que a autora, por meio da petição inicial, e os réus, por meio da manifestação sobre o pedido liminar, levaram, em

⁶⁶⁸ BRASIL, 2016a.

⁶⁶⁹ Cf. BRASIL, 2016a.

⁶⁷⁰ Cf. CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2018.

⁶⁷¹ MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2016a; 2017.

grande medida, ao Poder Judiciário discussões sobre fatos que, previamente à judicialização do caso, já haviam sido – e seguem sendo – exaustivamente disputados na esfera pública. Exemplos disso são os distintos argumentos trazidos sobre a adequação e a prontidão da Leonina para a assistência ao parto e ao nascimento, sobre a necessidade de mais leitos obstétricos em Belo Horizonte e sobre a regularidade das tratativas da SMSA com o CMS-BH no tocante à implantação do CAM⁶⁷². O diferencial das alegações desenvolvidas nos autos é a sua fundamentação jurídica e, particularmente no momento processual em questão, o seu entretencimento com argumentos sobre a regularidade e a legalidade dos atos da gestão.

Nesse sentido, entendo que dois pontos trazidos pela parte ré se destacam. Primeiramente, a alegação de que o CPN Leonina Leonor Ribeiro seria menos adequado à normativa federal do que os demais CPN intra-hospitalares previstos ou existentes no Município, uma vez que aquele não pertenceria ou não se localizaria em nenhuma unidade hospitalar⁶⁷³. Trata-se de uma inverdade, porque nunca se pretendeu que o CPN Leonina Leonor Ribeiro fosse do tipo extra-hospitalar, mas sim peri-hospitalar (segundo o artigo 6º, inciso III, da Portaria nº 11/2015⁶⁷⁴), pertencendo ao HRTN. Esses termos foram, inclusive, pactuados pelo Município na CIRA em 2015⁶⁷⁵. Além disso, porque a referida portaria não privilegia o modelo de CPN intra-hospitalares em detrimento dos tipos extra e peri-hospitalares⁶⁷⁶.

O outro ponto de destaque é a igualmente falsa argumentação no sentido de que a relação entre a SMSA e o CMS-BH sempre foi pautada pela transparência, pela publicidade e pela disponibilidade, exemplificando isso com a documentação da alteração da destinação do prédio na PAS⁶⁷⁷. Pela decisão em comento, é possível ver que, em sua manifestação, os réus omitiram os incontáveis questionamentos do controle social da saúde sobre a ausência de transparência quanto ao CAM – particularmente no que se refere aos seus custos⁶⁷⁸ –, e o fato de que a gestão suprimiu a implementação da Maternidade das PAS 2019 e 2020 sem a devida deliberação com o CMS-BH⁶⁷⁹.

⁶⁷² Cf. MINAS GERAIS, 2021a.

⁶⁷³ MINAS GERAIS, 2021a.

⁶⁷⁴ BRASIL, 2015.

⁶⁷⁵ CÂMARA TÉCNICA, 9ª; REUNIÃO ORDINÁRIA DA CIRA CENTRO, 70ª, 2015.

⁶⁷⁶ BRASIL, 2015.

⁶⁷⁷ Cf. MINAS GERAIS, 2021a.

⁶⁷⁸ Cf. CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2018; PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2019, p. 6; PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2019c, p. 2.

⁶⁷⁹ CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2021, p. 1.

Somado ao argumento da suposta suficiência de leitos obstétricos em Belo Horizonte – que é bastante controverso, vide, por exemplo, a Recomendação nº 06/2017 do MPMG⁶⁸⁰ –, a alegação da adequação das tratativas da SMSA com o referido conselho foi determinante para que o magistrado não vislumbrasse o preenchimento dos elementos necessários à concessão da tutela antecipada de urgência⁶⁸¹. Dessa forma, a interposição do Agravo de Instrumento contra essa decisão se orientou bastante pelo propósito de demonstrar aos desembargadores que o juízo de primeira instância foi induzido a erro pelo modo de construção dos argumentos dos agravados.

Então, a partir do relatório da Decisão nº 1000021052083900120213685482 – proferida com base exclusivamente nas razões do recurso interposto –, é possível ver que a apresentação dos fatos e dos fundamentos da agravante seguiu aportando na esfera judicial as disputas políticas que constituíram e que ainda constituem a história da Leonina⁶⁸². Nesse Agravo de Instrumento, houve um esforço grande no sentido de demonstrar ao desembargador relator que, embora o CMS-BH soubesse da pretensão do Município de inaugurar o CAM, tal conhecimento nunca significou uma concordância com a gestão.

As razões apresentadas foram suficientes para que fosse concedida a antecipação dos efeitos da tutela de urgência⁶⁸³. Ainda que, do ponto de vista jurídico-processual, essa tenha sido uma decisão bastante precária, do ponto de vista político, ela teve extrema importância. Evidentemente, por barrar o desmonte da Maternidade – o que foi muito celebrado não apenas pelo movimento Leonina Leonor é Nossa, como também por diversas outras ativistas das lutas pela humanização da assistência ao parto e ao nascimento. Além disso, por reconhecer a necessidade de observância da Resolução nº 441/2018 do CMS-BH (a qual homologou o PMS-BH 2018-2021) pelo Município – o que foi tido como a criação de um precedente muito importante para o exercício do controle social da saúde.

Os efeitos da tutela recursal tiveram vigência por praticamente 11 meses, período durante o qual as lutas pela implantação da Leonina prosseguiram, até que em 15 de março de 2022 houve o julgamento do Agravo de Instrumento. No relatório do Acórdão nº 100002105208390012022339845, que revogou a decisão antecipatória, é possível ver que a

⁶⁸⁰ MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2017.

⁶⁸¹ Cf. MINAS GERAIS, 2021a.

⁶⁸² Cf. MINAS GERAIS, 2021b.

⁶⁸³ MINAS GERAIS, 2021b.

agravante e os agravados continuaram pautando fatos e argumentos sobre a situação da Maternidade seguindo o padrão descrito nas notas sobre as outras duas decisões⁶⁸⁴.

O que se destaca na construção desse documento é, a meu ver, uma valoração de peças processuais mais favorável aos interesses dos agravados. Em específico, o desembargador relator cita que a PGJ peticionou um parecer em favor do provimento do recurso, mas não enfrenta nenhum dos argumentos por ela apresentados. Além disso, ao passo que o parecer da Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia do CRM-MG (que, considerando apenas as informações obtidas a partir de documentos mobilizados neste trabalho, mais uma vez⁶⁸⁵ se aliou à gestão na oposição à inauguração da Leonina) juntado pelos agravados é incorporado na fundamentação do acórdão e, inclusive, tem um trecho transcrito, o parecer técnico apresentado pela agravante – escrito a muitas mãos por profissionais da saúde e por pesquisadoras da obstetrícia brasileira – foi apenas mencionado⁶⁸⁶.

A essa valoração diferenciada se soma o fato de que os fundamentos da decisão constituem, em grande medida, uma replicação das contrarrazões recursais, sem uma comparação mais aprofundada com as razões de recurso interpostas⁶⁸⁷. Isso, inclusive, fez com que um argumento inverídico dos agravados prevalecesse e se destacasse nos fundamentos da decisão. No caso, o da não homologação da Resolução nº 441/2018 do CMS-BH, que não condiz com a verdade, pois, de acordo com o artigo 54 do regimento interno do referido conselho⁶⁸⁸, se a resolução foi publicada no DOM, necessariamente o prefeito a homologou antes. Por esses motivos, ainda que a Decisão nº 2638666407⁶⁸⁹ tenha negado provimento ao pedido liminar requerido pela parte autora, entendo que ela e a Decisão nº 1000021052083900120213685482⁶⁹⁰ foram mais bem construídas do que o acórdão em comento.

Ao fim e ao cabo, na ementa da fonte consta, entre outros pontos, o fato de que a alteração da destinação dos segundo e terceiro andares da UPA Venda Nova se justificaria em

⁶⁸⁴ Cf. MINAS GERAIS, 2022.

⁶⁸⁵ A outra vez foi durante a 5ª Reunião Extraordinária da Comissão de Saúde e Saneamento da CMBH do ano de 2018. Cf. CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2018.

⁶⁸⁶ Cf. MINAS GERAIS, 2022.

⁶⁸⁷ Cf. MINAS GERAIS, 2022.

⁶⁸⁸ CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE. *Resolução CMS/BH – 391/16*. Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte. 31 jan. 2018. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/conselho/normatizacao/regimento-interno>. Acesso em: 7 maio 2022.

⁶⁸⁹ MINAS GERAIS, 2021a.

⁶⁹⁰ MINAS GERAIS, 2021b.

razão de uma demanda populacional comprovada e da primazia do interesse público⁶⁹¹. Esses entendimentos chamam a atenção, pois a implantação do CAM não foi uma demanda das belo-horizontinas nas instâncias de deliberação do SUS, diferentemente do que foi a Maternidade. Além disso, como amplamente discutido neste capítulo, pois nunca houve transparência, robustez e completude nos dados apresentados pela SMSA para fundamentar a vantajosidade financeira e a necessidade epidemiológica do novo serviço. Por essas razões, considero que as conclusões a que chegou a 1ª Câmara Cível do TJMG são muito descoladas das pautas e dos anseios de movimentos sociais e do CMS-BH em anos de luta.

Por todo o exposto, a judicialização do caso da Maternidade Leonina Leonor Ribeiro me parece um interessante arremate para as discussões no campo da Teoria Crítica da Constituição desenvolvidas neste trabalho. Afinal, nos processos judiciais em comento, foram e estão sendo discutidas várias questões próprias da *legalidade constitucional*⁶⁹², tais como o direito à saúde – imiscuído com a proteção à maternidade e à infância –, a diretriz de participação da comunidade no SUS e os princípios da publicidade e da eficiência da administração pública⁶⁹³.

As razões trazidas pelas partes são, portanto, disputas públicas e interpretativas por sentidos e fundamentos da constituição, do que são direitos e do que é de direito e demonstram a *legitimidade* da constituição, na medida em que é vivida como tensão constitutiva ou contradição interna ao direito positivo. Sendo essas disputas sempre vividas sob pressão dos imperativos sistêmicos do capitalismo e da administração burocrática, entendo que o acórdão que negou provimento ao pedido liminar na Ação Popular representa para as muitas sujeitas há anos em lutas pela humanização da assistência ao parto e ao nascimento em Belo Horizonte uma sucumbência ao risco de autoprogramação da administração municipal⁶⁹⁴.

Isso porque a decisão de desmontar a Leonina e implantar o CAM não correspondeu ao processo vanguardista de mudar paradigmas de cuidados obstétricos vivido por muitos anos na cidade – quando a gestão era permeável aos anseios e às demandas da comunidade científica, dos movimentos sociais e do controle social da saúde. A correspondência foi aos anos recentes de retrocessos, em que as decisões da administração pública foram tomadas de

⁶⁹¹ Cf. MINAS GERAIS, 2022.

⁶⁹² Cf. CATTONI DE OLIVEIRA, 2021a, p. 130.

⁶⁹³ As questões próprias da legalidade constitucional acima referidas estão previstas na CR/88 em seus artigos 6º, *caput*, 37, *caput*, e 198, *caput*, inciso III. Cf. BRASIL, 1988.

⁶⁹⁴ Cf. CATTONI DE OLIVEIRA, 2021a, p. 130-131.

forma mais alheia e negligente com as disputas políticas encabeçadas por essas atrizes intervenientes.

Nesse panorama, pensando no caso em estudo como ilustrativo da vivência da normatividade constitucional como um processo de aprendizagem social falível, espero – para muito além do provimento dos pedidos das ações originárias que ainda tramitam na primeira instância – que as lutas políticas e sociais pela humanização da assistência ao parto e ao nascimento sigam tensionando o caráter aberto dos princípios do Estado de Direito e dos direitos fundamentais e corrijam o retrocesso do desmonte da Maternidade Leonina Leonor Ribeiro⁶⁹⁵.

⁶⁹⁵ Cf. CATTONI DE OLIVEIRA, 2021a, p. 132.

Parte 3

**AS LUTAS PELA HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA E AO NASCIMENTO NO
BRASIL E O CASO EM ESTUDO**

7 OS TRAÇADOS DAS ROTAS NACIONAIS E MUNICIPAIS

Este capítulo pretende pautar uma reflexão sobre *se e em que medida* o caso da Maternidade Leonina Leonor Ribeiro pode ser compreendido como *exemplar* dos processos históricos das lutas pela humanização da assistência ao parto e ao nascimento no Brasil. Ainda que o estudo de caso empreendido na Parte 2 se justifique por si só – haja vista o que ele diz sobre a não implementação, em nível local, de uma política pública de saúde destinada à garantia e à promoção de direitos fundamentais de mulheres e bebês durante o atendimento ao parir e ao nascer –, entendo que discutir o seu potencial de exemplaridade é importante.

Essa importância se funda, a meu ver, em duas razões. A primeira diz respeito à percepção de que parte das conquistas, das resistências e das derrotas vividas localmente *não se descola* das vividas nacionalmente⁶⁹⁶. Inclusive, algumas das fontes mobilizadas para a análise documental empreendida apresentam elementos que indicam isso. Dessa forma, parece-me relevante ao menos iniciar uma reflexão sobre *se e em que medida*, por exemplo, as políticas do MS influenciaram as decisões da SMSA e a organização de mulheres em luta por seus direitos na assistência ao parto e ao nascimento no Brasil reverberou nos movimentos sociais locais. A segunda é o entendimento de que o aporte de considerações sobre a realidade nacional para a dissertação pode contribuir para um maior alcance desta pesquisa.

Isso posto, nas seções a seguir desenvolverei um emparelhamento histórico desses processos nacionais – sem a pretensão de realizar uma apresentação exaustiva de todos os fatos acontecidos nos anos em discussão – com o caso em estudo. O executarei a partir do marco temporal em que a contextualização das lutas pela humanização da assistência ao parto e ao nascimento em agendas políticas brasileiras se encerrou no Capítulo 2, isto é, da virada do milênio. Nesse sentido, ressalto que não pretendo indicar nenhuma relação de causa e consequência entre acontecimentos e processos nacionais e locais; busco apenas apontar e discutir relações entre esses dois cenários para esboçar alguma compreensão sobre o potencial de exemplaridade do caso da Maternidade Leonina Leonor Ribeiro.

⁶⁹⁶ Essa percepção não apenas foi identificada e discutida em muitas conversas com o meu orientador e com a minha coorientadora, como também foi destacada pela Professora Juliana Cesário Alvim Gomes durante a sua arguição na banca de qualificação do meu projeto pesquisa, a quem agradeço pelas generosas e precisas contribuições.

7.1 “Belo Horizonte e Minas Gerais sempre foram pioneiras nas políticas públicas”

7.1.1 “A Comissão Perinatal [...] trabalhou e foi exemplo para o país todo”

Como exposto no Capítulo 3, no começo dos anos 2000, no que se refere à elaboração e à implementação de políticas públicas destinadas à melhoria da assistência ao parto e ao nascimento, Belo Horizonte vivia várias mudanças pautadas pela Comissão Perinatal. Algumas delas foram: a redução e a interrupção do atendimento em maternidades de baixa qualidade conveniadas ao ou contratadas pelo SUS, com o posterior descredenciamento dessas instituições⁶⁹⁷; a vinculação de gestantes, desde o pré-natal à organização hospitalar em que seriam assistidas durante o parto⁶⁹⁸; o incentivo à humanização da assistência⁶⁹⁹; e a incorporação do Comitê Municipal de Prevenção à Mortalidade Materna à referida Comissão⁷⁰⁰, atrelada à constituição do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal⁷⁰¹.

Nesse momento prévio à desapropriação do prédio do Hospital Dom Bosco e ao início das obras de construção da Leonina, compreendo que havia uma consonância entre as ações pautadas pela Comissão Perinatal em Belo Horizonte e as políticas promovidas pelo MS para todo o Brasil, além de outros avanços vividos em nível nacional. Isso porque, como já antecipado no Capítulo 2, a partir da virada do milênio, o governo federal adotou o paradigma da humanização como estratégia privilegiada para garantir a saúde de mães e bebês e para reduzir a incidência da mortalidade materna⁷⁰².

Antes de tratar de políticas instituídas pelo MS nessa época, parece-me importante trazer um fato ocorrido no Congresso Nacional que compõe o contexto das atuações governamentais federais: a criação da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) destinada a investigar a incidência de mortalidade materna no Brasil⁷⁰³, mais conhecida como a CPI da

⁶⁹⁷ LANSKY, 2010, p. 195-196.

⁶⁹⁸ PORTO, 2003, p. 10.

⁶⁹⁹ FIGUEIREDO; LANSKY, 2014, p. 90; LANSKY, 2010, p. 196.

⁷⁰⁰ BARA MAIA, 2008, p. 109.

⁷⁰¹ LANSKY, 2010, p. 196.

⁷⁰² BRASIL, 2002; JORNAL DO CNS, 2006; LEÃO, 2000, 2003; REDESAÚDE, 1999; SANTOS; ARAÚJO, 2006; SERRUYA, 2003; SERRUYA, LAGO; CECATTI, 2004 *apud* BARA MAIA, 2008, p. 50.

⁷⁰³ Para a investigação pretendida, a referida CPI se pautou pelos seguintes objetivos: diagnosticar a situação da mortalidade materna no Brasil da época; analisar as normas, os procedimentos e as políticas envolvendo a saúde das mulheres; identificar as práticas de combate à mortalidade materna nas diferentes regiões do País, averiguando as negligências, as omissões e as insuficiências na execução das políticas públicas, bem como os impactos dessas políticas e de experiências sobre a mortalidade materna nacional e internacionalmente; e apresentar subsídios e contribuições para a revisão da política do setor saúde na área em comento (BRASIL. Congresso Nacional. *Relatório Final da CPI da Mortalidade Materna*. Relatora: Deputada Elcione Barbalho. Brasília, DF: Congresso Nacional, ago. 2001. 288 p. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade->

Mortalidade Materna. Ela foi requerida em 1996 pela então deputada federal Fátima Pelaes – na época filiada ao PSDB, hoje filiada ao Movimento Democrático Brasileiro (MDB) –, instalada em abril de 2000 e encerrada em agosto de 2001⁷⁰⁴.

Com o apoio do MS⁷⁰⁵, a CPI da Mortalidade Materna promoveu diversas audiências públicas, durante as quais foram debatidos temas como a saúde materna, o aborto, o planejamento reprodutivo e a qualidade da assistência em saúde. Nessas ocasiões, houve a participação de representantes do MS, conselhos profissionais, ativistas pelos direitos das mulheres, professoras universitárias e usuárias do SUS⁷⁰⁶.

No Capítulo X do relatório final da CPI, constam as conclusões alcançadas a partir dos trabalhos desenvolvidos. Destaca-se a compreensão de que as mortes maternas são uma realidade muito evitável e que acomete desproporcionalmente as mulheres mais pobres e de menor escolaridade. Nesse panorama, a conclusão principal foi a necessidade de qualificação da assistência ao ciclo gravídico-puerperal e, para tanto, foram propostas uma série de medidas⁷⁰⁷, sendo que muitas delas já tinham sido implementadas ou estavam em implementação pela Comissão Perinatal em Belo Horizonte.

São exemplos: o resgate das premissas do PAISM⁷⁰⁸, especialmente no que se refere à integralidade da assistência; a monitorização dos resultados assistenciais; a valorização da enfermagem obstétrica, como indispensável à humanização do atendimento aos processos reprodutivos; e a expansão dos trabalhos dos Comitês de Morte Materna pelo Brasil, atrelada a uma aproximação institucional com o Ministério Público⁷⁰⁹.

No ínterim dos trabalhos da CPI da Mortalidade Materna – mais precisamente, em junho de 2000 –, foi criado o PHPN, já citado no Capítulo 2. Esse Programa foi instituído no âmbito do SUS por meio da Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000 do MS, para ser executado de forma articulada pelo MS e pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios⁷¹⁰.

legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/parlamentar-de-inquerito/51-legislatura/cpimater/relatoriofinal.pdf. Acesso em: 15 maio 2022).

⁷⁰⁴ BRASIL, 2001; CENTRO FEMINISTA DE ESTUDOS E ASSESSORIA. CPI da mortalidade materna. *Coleção Fêmea*, Brasília, ano 8, n. 97, fev. 2001. Disponível em: <https://www.cfemea.org.br/index.php/colecao-femea/80-numero-097-fevereiro-de-2001/382-cpi-da-mortalidade-materna>. Acesso em: 15 maio 2022.

⁷⁰⁵ DINIZ, 2001, p. 18.

⁷⁰⁶ CENTRO FEMINISTA DE ESTUDOS E ASSESSORIA, 2001.

⁷⁰⁷ BRASIL, 2001, p. 190-191.

⁷⁰⁸ Para mais sobre o programa, cf. Capítulo 2.

⁷⁰⁹ BRASIL, 2001, p. 192-196.

⁷¹⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. *Diário Oficial da União*, Brasília, 8 jun. 2000. Disponível em:

Nos considerandos desse ato normativo, há várias disposições interessantes. Por exemplo, o reconhecimento da necessidade de ampliar esforços e adotar medidas para assegurar uma melhoria do acesso, da qualidade e da cobertura da assistência ao ciclo gravídico-puerperal e ao nascimento, visando à redução dos elevados índices de morbimortalidades maternas, perinatais e neonatais no Brasil. Ainda, a consideração do acesso das gestantes e das recém-nascidas a cuidados dignos e de qualidade nessas fases da vida como um *direito inalienável de cidadania*⁷¹¹.

O PHPN foi instituído com o objetivo de desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência à saúde dessa população mediante a ampliação do acesso, o incremento da qualidade e da capacidade assistencial e a organização e a regulação no âmbito do SUS. Entre os princípios e as diretrizes para a execução do Programa, é definida uma série de *direitos* das gestantes, tais como: ao atendimento digno e de qualidade durante o ciclo gravídico-puerperal; ao conhecimento e à garantia do acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; e à assistência *humanizada* e segura durante o parto e o puerpério, de acordo com as determinações da Portaria nº 569/2000. Além disso, às recém-nascidas é estabelecido o direito à assistência neonatal *humanizada* e segura e às autoridades sanitárias é determinada a *responsabilidade* pela garantia de todos esses direitos⁷¹².

O PHPN tem três componentes: o do incentivo à assistência pré-natal, o da organização, da regulação e de investimentos no atendimento obstétrico e neonatal e o da nova sistemática de pagamento da atenção ao parto. A Portaria nº 569/2000 estabeleceu, ainda, recursos para o desenvolvimento desses componentes, bem como competências e atribuições na implementação do Programa para cada nível de gestão do SUS⁷¹³. De acordo com a Diniz, o PHPN compôs uma série de iniciativas do MS ocorridas em 2000, como a reedição do prêmio Galba de Araújo, a distribuição de 40.000 exemplares da tradução das orientações mais recentes da OMS para a assistência ao parto normal e a publicação de meio milhão de unidades de uma cartilha sobre direitos das gestantes, em parceria com a Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos⁷¹⁴.

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso em: 16 maio 2022. Também será referida como Portaria nº 569/2000.

⁷¹¹ BRASIL, 2000.

⁷¹² BRASIL, 2000.

⁷¹³ BRASIL, 2000.

⁷¹⁴ DINIZ, 2001, p. 78-79.

Nos anos seguintes, o MS deu continuidade às inovações no âmbito do SUS. Em 2003, foi lançada a Política Nacional de Humanização (PNH)⁷¹⁵ visando a estimular a

[...] comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si⁷¹⁶.

Para tanto, a PNH apostou na inclusão de trabalhadoras, usuárias e gestoras na produção e na gestão tanto dos cuidados quanto dos processos de trabalho no SUS⁷¹⁷. Nesse sentido, embora a referida política não seja diretamente relacionada à assistência ao parto e ao nascimento, é importante que ela seja destacada, pois, de acordo com a Figueiredo e a Lansky, os fóruns perinatais do Brasil – para os quais a Comissão Perinatal de Belo Horizonte foi precursora e exemplo, como já exposto nesta dissertação⁷¹⁸ – são dispositivos de implementação da PNH⁷¹⁹.

Ainda segundo as autoras, tais espaços viabilizam a compreensão e a análise dos indicadores de saúde das mulheres e das crianças, a partilha de decisões, a realização de escolhas coletivas, o surgimento das dúvidas e a explicitação e o trabalho dos conflitos. O compromisso dos fóruns perinatais com a laterização de trocas – aposta da PNH – permite a criação conjunta das condições para que as ações de saúde impliquem transformações dos modelos de cuidados obstétricos e neonatais⁷²⁰, como propulsionado pela Comissão Perinatal em Belo Horizonte.

Em 2004 – no marco de vinte anos após criação do PAISM e uma década depois da Conferência de Cairo –, o governo federal criou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)⁷²¹. Essa política foi proposta em um contexto de reconhecimento das dificuldades de implementação do PAISM, que, embora tenha avançado ao propor uma atenção mais integral e ao romper com ações verticalizadas do passado, priorizou ações para a redução da mortalidade materna e, assim, dificultou a atuação em outras demandas que

⁷¹⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização*. 1. ed. 1. reimp. Brasília, DF: 2013. p. 3. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 16 maio 2022.

⁷¹⁶ BRASIL, 2013, p. 3.

⁷¹⁷ BRASIL, 2013, p. 4.

⁷¹⁸ FIGUEIREDO; LANSKY, 2014, p. 85.

⁷¹⁹ FIGUEIREDO; LANSKY, 2014, p. 82.

⁷²⁰ FIGUEIREDO; LANSKY, 2014, p. 82.

⁷²¹ BRASIL, 2004a.

compõem uma agenda mais ampla da saúde da população feminina. Nesse panorama, também faltou uma transversalidade de gênero e raça na sua atuação⁷²².

A PNAISM visou, portanto, a incidir sobre lacunas dos processos de implementação do PAISM, referentes à assistência ao climatério e à menopausa, aos tratamentos para infertilidade, à reprodução assistida, à atenção à saúde das adolescentes, entre outras. Além disso, a Área Técnica de Saúde da Mulher do MS buscou uma articulação com outras áreas técnicas para propor novas ações que contemplassem mulheres rurais, pretas, indígenas, homossexuais, com deficiência e em situação de cárcere⁷²³.

Assim, a PNAISM foi criada com os objetivos gerais de: melhorar as condições de vida e saúde das mulheres brasileiras por meio da *garantia de direitos legalmente constituídos* e da ampliação do acesso aos meios e aos serviços de recuperação, prevenção e promoção da saúde; contribuir para a redução de morbimortalidades femininas no Brasil, em todas as fases da vida e nos vários grupos populacionais; ampliar, qualificar e *humanizar* a assistência integral à saúde das mulheres no SUS⁷²⁴.

É importante dizer que o reconhecimento, por parte do governo federal, da necessidade de integralizar mais a atenção à saúde das mulheres não significou uma negação da imprescindibilidade de ampliar e qualificar a assistência ao ciclo gravídico-puerperal e, não menos relevante, ao nascimento. Tanto é que, ainda em 2004, o MS lançou o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal⁷²⁵.

A proposição do referido pacto partiu do pressuposto de que, primeiramente, a desigualdade social é uma realidade que gera uma disparidade nas possibilidades de vida de mulheres e recém-nascidas e, assim sendo, de que as mortalidades materna e neonatal são indicadores sensíveis das condições de vida e saúde da população. Dessa forma, a elevada incidência desses óbitos no Brasil foi compreendida como um reflexo da insuficiência das políticas de saúde afetas aos processos reprodutivos e ao nascimento e, além disso, como uma *violação de direitos humanos* de mulheres e crianças e um grave problema de saúde pública. Nessa compreensão, reduzir essas mortalidades foi medida vindicada como necessária para garantir o próprio *exercício de cidadania* pela população⁷²⁶.

⁷²² BRASIL, 2004a, p. 18.

⁷²³ BRASIL, 2004a, p. 19.

⁷²⁴ BRASIL, 2004a, p. 67.

⁷²⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica. *Informe da Atenção Básica 22*, Brasília, ano V, maio-jun. 2004b. Disponível em: <https://rblh.fiocruz.br/sites/rblh.fiocruz.br/files/usuario/80/pactopsfinfo22.pdf>. Acesso em: 18 maio 2022.

⁷²⁶ BRASIL, 2004b.

O Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal tratou-se, portanto, de um movimento político destinado a executar ações articuladas das diferentes esferas de governo, em conjunto com a sociedade civil organizada, visando à qualificação da assistência obstétrica e neonatal no Brasil. Diversas foram as ações estratégicas assumidas pelo pacto, dentre as quais destaco: o estímulo ao controle social da saúde; a garantia do *direito à acompanhante* e ao alojamento conjunto durante o atendimento obstétrico; o asseguramento da não peregrinação para assistência por gestantes e por recém-nascidas; a *humanização da assistência ao parto e ao nascimento* – incluindo o abortamento legal ou clandestino; o apoio aos CPN; a implementação de ações de vigilância de mortes materno-infantis; e o investimento na qualificação de maternidades e estabelecimentos congêneres que prestem atendimento ao ciclo gravídico-puerperal⁷²⁷.

Nesta primeira apresentação de medidas implementadas pelo governo federal, merece destaque, por fim, a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, instituída pelo MS por meio da Portaria nº 1.067, de 4 de julho de 2005⁷²⁸. Em seus princípios e em suas diretrizes, a referida política pautou a implementação de várias práticas assistenciais como *direitos* de gestantes e recém-nascidas e como *reponsabilidades* das autoridades sanitárias⁷²⁹. Além disso, como destacado pela Bara Maia, a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal teve o propósito de *consolidar* um novo paradigma de assistência fundado na *humanização*⁷³⁰.

É o que se vê na afirmação de que a atenção obstétrica e neonatal deve ser essencialmente caracterizada pela qualidade e pela humanização⁷³¹ e, nesse sentido, de que

A atenção com qualidade e humanizada depende da provisão dos recursos necessários, da organização de rotinas com procedimentos comprovadamente benéficos, evitando-se intervenções desnecessárias e do estabelecimento de relações baseadas em princípios éticos, garantindo-se a privacidade, a autonomia e compartilhando-se com a mulher e sua família as decisões sobre as condutas a serem adotadas⁷³².

⁷²⁷ BRASIL, 2004b.

⁷²⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.067, de 4 de julho de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 6 jul. 2005b. Disponível em: <https://www legisweb.com.br/legislacao/?id=193664>. Acesso em: 18 maio 2022.

⁷²⁹ BRASIL, 2005b.

⁷³⁰ Cf. BARA MAIA, 2008, p. 49.

⁷³¹ BRASIL, 2005b.

⁷³² BRASIL, 2005b.

Pelo exposto, entendo que a consonância dos processos de mudança de paradigmas da assistência ao parto e ao nascimento em Belo Horizonte com os movimentos impulsionados em nível nacional se demonstra não só pela compatibilidade de medidas reivindicadas na conclusão da CPI da Mortalidade Materna com ações da Comissão Perinatal. Trata-se de uma harmonia que decorre da adequação das formas empregadas pela referida Comissão para organizar e gerir a rede assistencial às proposições da PNH, bem como da identificação entre medidas que a Comissão Perinatal buscou implementar e princípios e objetivos do PHPN, da PNAISM, do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal e da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal.

No período histórico em questão, parece-me importante destacar que a gestão belo-horizontina das políticas de assistência à saúde materno-infantil não apenas caminhou junto das proposições do MS. Em algumas questões – como já ocorrido com o planejamento reprodutivo durante a década de 1990⁷³³ –, as ações da Comissão Perinatal se adiantaram em relação à publicação de leis federais sobre direitos de gestantes e parturientes.

É o que ocorreu em relação ao direito à acompanhante. Não obstante ele tenha passado a ser defendido enquanto tal pelo MS e pela referida Comissão desde a virada do milênio, a “Lei do Acompanhante”⁷³⁴ só foi aprovada pelo Congresso Nacional e sancionada pela Presidência da República em abril de 2005. Nesse sentido, como destacado pela Figueiredo e pela Lansky, a lei municipal que assegurou o direito à acompanhante em Belo Horizonte foi publicada alguns meses antes da legislação federal⁷³⁵, o que provavelmente se relaciona ao trabalho intensivo da Comissão Perinatal pela humanização da assistência ao parto e ao nascimento na cidade.

Além do mais, a referida Comissão também se antecipou no que se refere ao direito das gestantes à vinculação a uma maternidade. Segundo a Lansky, no SUS belo-horizontino, tem-se que o referenciamento dessas mulheres a uma maternidade para a assistência ao parto e ao nascimento começou a ser praticado pelos centros de saúde em maio de 2000⁷³⁶. Não

⁷³³ Cf. LANSKY, 2010, p. 195.

⁷³⁴ “Lei do Acompanhante” é o nome pelo qual a Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005 é mais conhecida. Cf. BRASIL, 2005a.

⁷³⁵ FIGUEIREDO; LANSKY, 2014, p. 90. O direito à acompanhante em Belo Horizonte foi garantido pela Lei nº 9.016, de 3 de janeiro de 2005 (BELO HORIZONTE. Lei nº 9.016, de 3 de janeiro de 2005. Dispõe sobre a garantia de acompanhamento à parturiente. *Diário Oficial do Município*, Belo Horizonte, 3 jan. 2005. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/mg/b/belo-horizonte/lei-ordinaria/2005/901/9016/lei-ordinaria-n-9016-2005-dispoe-sobre-a-garantia-de-acompanhamento-a-parturiente>. Acesso em: 19 maio 2022).

⁷³⁶ LANSKY, 2010, p. 195.

ignoro que essa prática já era preconizada, por exemplo, como um direito pelo PHPN⁷³⁷ e como uma ação estratégica no âmbito do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal⁷³⁸. Apesar disso, a legislação só passou a garantir o direito ao conhecimento e à vinculação prévia a uma maternidade para o acompanhamento pré-natal e para a assistência ao parto no SUS quando da publicação da Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007⁷³⁹ – mais de sete anos após a implementação dessa política na capital mineira⁷⁴⁰.

Nesse cenário de incentivo e promoção do paradigma assistencial da humanização tanto em nível nacional quanto em nível local, a Maternidade Leonina Leonor Ribeiro foi construída em Venda Nova. De acordo com o disposto no documento “Maternidade Pública Venda Nova”⁷⁴¹, apresentado e avaliado principalmente no Capítulo 4, a proposta do equipamento se coadunava com a implementação do pacto, do programa e das políticas já referidas. Além disso, considero relevante destacar que a concepção da Leonina foi bastante vanguardista em se tratando da regulamentação técnica para o funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal no Brasil.

Refiro-me ao fato de que o planejamento da Maternidade, realizado em 2006 e 2007, e o começo da sua construção, em maio de 2008⁷⁴², precederam a publicação da Resolução nº 36, de 3 de junho de 2008, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)⁷⁴³.

Considerando diversas normativas anteriores, além do PHPN, da PNH e do Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Infantil, tem-se que a ANVISA aprovou a RDC nº 36/08 – um marco das lutas pela humanização da assistência ao parto e ao nascimento no Brasil –, aplicável, sem distinções, a todos os serviços destinados à atenção obstétrica e neonatal. O seu

⁷³⁷ BRASIL, 2000.

⁷³⁸ BRASIL, 2004b.

⁷³⁹ BRASIL. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, 28 dez. 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/lei/11634.htm. Acesso em: 19 maio 2022.

⁷⁴⁰ Como já exposto no Capítulo 3, em Belo Horizonte, a política de vinculação de gestantes a uma maternidade de referência não se consumou sem contradições ou resistências. Afinal, apesar de resolver o problema da peregrinação obstétrica, mulheres se queixaram da perda da possibilidade de escolher o estabelecimento em que iriam parir. Cf. PORTO, 2003, p. 10. Nesse sentido, a vinculação das gestantes a maternidades do SUS por todo o Brasil também não é livre de problemas, pois muitas mulheres acabam vinculadas à atenção em organizações com práticas assistenciais violentas e inadequadas (Informação fornecida pela Adele Valarini, no Congresso Nacional Nascer Direito, durante a palestra “Políticas Públicas atuais na assistência ao parto e em situações de abortamento”, proferida em 23 de março de 2019).

⁷⁴¹ BELO HORIZONTE, [2007?], p. 1.

⁷⁴² Cf. PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2019a, p. 3-4.

⁷⁴³ BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução nº 26, de 3 de junho de 2008*. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Brasília, 3 jun. 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html. Acesso em: 19 maio 2022. Neste trabalho, a resolução também será referida como RDC nº 36/08.

descumprimento constitui infração de natureza sanitária e pode ensejar a instauração de processos e a aplicação de penalidades⁷⁴⁴.

A relevância dessa resolução para os movimentos em questão se deve, especialmente, às suas disposições sobre os processos operacionais assistenciais e sobre a infraestrutura física dos serviços. Nesse sentido, no que se refere à assistência, a RDC nº 36/08 tem muito valor em razão das práticas que pormenorizou como sendo necessárias para a oferta de cuidados humanizados. A título de exemplificação, elenco as previsões de que *os serviços devem*: garantir privacidade à parturiente e à sua acompanhante; possibilitar a deambulação e a movimentação ativa das mulheres; estimular a evolução fisiológica do trabalho de parto; proporcionar o acesso a métodos não farmacológicos e não invasivos de alívio da dor; garantir a liberdade de escolha de posições durante o parto; apoiar o contato pele a pele com e a amamentação da recém-nascida após o nascimento; e promover o alojamento conjunto⁷⁴⁵.

Em se tratando de infraestrutura física, a RDC nº 36/08 trouxe várias determinações em seu Anexo II. De acordo com ele, todos os equipamentos em que se assistem o parto e o nascimento são obrigados a ter CPN. Além disso, esses serviços devem, entre outros, ter quartos PPP (ambientes com capacidade para um leito e um banheiro anexo, destinado à assistência durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto imediato, de modo a garantir mais privacidade e a evitar o deslocamento da parturiente entre recintos), área de deambulação, leitos de alojamento conjunto, além de prever a instalação de barra fixa e/ou escada de Ling⁷⁴⁶. Em relação aos quartos PPP, a referida resolução apresenta, por exemplo, quais devem ser a área mínima e as dimensões dos boxes com chuveiros e como deve ser a instalação opcional de banheiras⁷⁴⁷.

Nesse panorama, considerando a regulamentação técnica de serviços de atendimento obstétrico e neonatal no Brasil, a Leonina foi vanguardista por ter sido construída em adequação à RDC nº 36/08 antes mesmo da sua vigência. Afinal, como já exposto principalmente no Capítulo 4, além de propor os processos operacionais acima descritos, a Maternidade foi estruturada com espaço para deambulação, com leitos de alojamento conjunto e com quartos PPP que viabilizariam o uso de métodos não farmacológicos de alívio

⁷⁴⁴ BRASIL, 2008.

⁷⁴⁵ BRASIL, 2008.

⁷⁴⁶ A barra fixa e/ou a escada de Ling são um tipo de escada – em regra de madeira – que é afixada em paredes, comumente vista em academias de ginástica e espaços afins. Durante a assistência ao parto e ao nascimento, ela serve de apoio para a livre movimentação da paciente.

⁷⁴⁷ BRASIL, 2008.

da dor (como a hidroterapia, inclusive com banheiras em seis dos sete leitos) e a presença de uma acompanhante de livre escolha da parturiente⁷⁴⁸.

A importância da adequação da Leonina à regulamentação técnica em discussão foi evidenciada em várias das fontes mobilizadas nesta pesquisa – por exemplo, as Recomendações nº 04/2016⁷⁴⁹ e nº 06/2017⁷⁵⁰ do MPMG, o relatório “Avaliação de viabilidade da Maternidade / Centro de Parto Normal Leonina Leonor”⁷⁵¹, o estudo “Nasce Leonina: a busca pela ampliação de um modelo obstétrico humanizado em Belo Horizonte”⁷⁵², além das gravações da 5ª Reunião Extraordinária da Comissão de Saúde e Saneamento da CMBH⁷⁵³ e da 13ª Reunião Ordinária da Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher da ALMG⁷⁵⁴ –, pois quase todas as demais maternidades públicas de Belo Horizonte não atendem aos seus requisitos básicos.

7.1.2 Um caminho de vanguarda

Isso posto, a breve recuperação da atuação da Comissão Perinatal após a virada do milênio e, como parte dela, da construção da Maternidade, a meu ver ilustra não só um alinhamento entre os governos federal e municipal no propósito de promover a humanização da assistência ao parto e ao nascimento, como também o vanguardismo das ações conduzidas na capital mineira. Afinal, conforme dito pela Maria Esther de Albuquerque Vilela na ALMG em 2019, o MS sempre tomou Belo Horizonte e Minas Gerais como referência nas políticas públicas⁷⁵⁵ e, confluindo com uma fala da Sônia Lansky na CMBH em 2018, a Comissão Perinatal foi um exemplo para todo o Brasil⁷⁵⁶.

Além disso, pensando nos movimentos ocorridos em nível nacional desde os anos 2000 como ilustrativos da vivência da normatividade constitucional, parece-me que os sentidos da constituição bem como de direitos e do que é de direito tensionados e disputados⁷⁵⁷ se coadunam com os identificados nos Capítulos 3 e 4 desta dissertação.

⁷⁴⁸ GRUPO DE TRABALHO, 2016, p. 8-14.

⁷⁴⁹ MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2016a.

⁷⁵⁰ MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2017.

⁷⁵¹ GRUPO DE TRABALHO, 2016.

⁷⁵² NASCE..., [2019?].

⁷⁵³ CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2018.

⁷⁵⁴ ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DE MINAS GERAIS, 2019.

⁷⁵⁵ ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DE MINAS GERAIS, 2019.

⁷⁵⁶ CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2018.

⁷⁵⁷ Cf. CATTONI DE OLIVEIRA, 2021a, p. 130-131.

Primeiramente, porque o processo de pautar a humanização como o paradigma de atenção ao parto e ao nascimento capaz de promover a melhoria de indicadores de saúde e reduzir os índices de morbimortalidades materno-infantis no Brasil foi, a meu ver, uma *disputa do sentido dos direitos fundamentais à saúde e à proteção à maternidade e à infância* assumida pelo Congresso Nacional e, principalmente, pelo governo federal. Na minha percepção, tratou-se de identificar a propulsão do modelo de cuidados humanizados com a garantia e a promoção desses direitos – tanto é que, nas normativas citadas, a humanização da assistência foi afirmada como um direito das mães e das recém-nascidas algumas vezes.

Nesse sentido, a determinação de medidas a serem implementadas para que o atendimento ao ciclo gravídico-puerperal e ao nascimento se humanizasse foi também um tensionamento do que seria *de direito da população* e – correlatamente – de quais seriam *as responsabilidades e os deveres das gestoras e dos serviços de saúde*⁷⁵⁸. Todos os atos normativos que propuseram, por exemplo, a presença de uma acompanhante de livre escolha durante todo o processo de parturição, a oferta de métodos não invasivos de alívio da dor e a estruturação de leitos de alojamento conjunto ilustram disputas por sentidos do que é *de direito de gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidas*.

Pensando, mais especificamente, em *sentidos da constituição*, ao defender a imprescindibilidade de adotar medidas para reduzir as mortalidades materna e neonatal, o Congresso Nacional e o governo federal tensionaram os sentidos de cidadania e redução de desigualdades sociais – fundamentos e objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil⁷⁵⁹. Isso por causa do reconhecimento de como essas mortes acometem desproporcionalmente a população mais pobre e de menor escolaridade e da afirmação de que o acesso a uma assistência à saúde digna é devida para que mulheres e bebês consigam exercer a sua condição de cidadãs.

Em nível nacional, houve, ainda, a defesa de um modelo de gestão da saúde alinhado às práticas da Comissão Perinatal – que, nas suas muitas frentes de atuação, abraçava *a natureza conflitiva e contraditória dos processos de garantia e promoção de direitos fundamentais*; no caso, de humanização dos cuidados obstétricos e neonatais. Assim, compreendo que, da virada do milênio até a construção da Leonina, o caso em estudo é exemplar das lutas pela humanização da assistência ao parto e ao nascimento vividas nacionalmente.

⁷⁵⁸ Cf. CATTONI DE OLIVEIRA, 2021a, p. 131.

⁷⁵⁹ BRASIL, 1988. Cf. artigo 1º, inciso II, e artigo 3º, inciso IV.

7.2 O desvelamento da realidade das violências obstétricas e o fortalecimento da humanização da assistência obstétrica e neonatal no Brasil

7.2.1 *Não pariremos com dor!*

A segunda década dos anos 2000 começou, de certa forma, com uma continuidade dos esforços do governo federal para promover uma mudança de paradigmas de cuidados obstétricos e neonatais. Paralelamente a isso, na esfera dos debates nacionais sobre a atenção ao parto e ao nascimento, as discussões sobre o sofrimento e as violações de direitos vividas pelas mulheres ganharam espaço. Nesse sentido, em agosto de 2010, foi publicada a pesquisa “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado”, realizada pela Fundação Perseu Abramo, a qual trouxe, em números, um cenário de violências sofridas durante o atendimento ao parto no Brasil⁷⁶⁰.

Entre as mulheres entrevistadas, 25% afirmaram ter sofrido algum tipo de violência durante o atendimento ao parto, tais como a negativa ou a ausência de oferta de algum método de alívio da dor, a falta da obtenção de informações sobre a realização de procedimentos e o recebimento de gritos, xingamentos e humilhações⁷⁶¹. Além disso, 23% dessas sujeitas afirmaram ter ouvido despropósitos durante o parto, por exemplo, as seguintes frases: “não chora que ano que vem você está aqui de novo” ou “na hora de fazer não chorou/não chamou a mamãe, por que está chorando agora?”⁷⁶².

Por desvelar uma realidade pouco discutida, essa pesquisa teve uma considerável repercussão. Os seus achados são importantes, apesar de, muito provavelmente, subestimados, pois, como dito pela ativista Fabiana durante a audiência pública sobre a Leonina realizada na CMBH em 2018, “25% das mulheres têm consciência de que elas sofreram essa violência, mas, na verdade, essa violência, ela é maior”⁷⁶³.

Então, em 2011, em um movimento de continuidade e confluência dos esforços anteriores do governo federal, houve a criação da Rede Cegonha pela Portaria nº 1.459/2011⁷⁶⁴, fato já citado no Capítulo 5. A Rede Cegonha agregou um conjunto de ações

⁷⁶⁰ FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado. Ago. 2010. Disponível em: https://fpabramo.org.br/publicacoes/wp-content/uploads/sites/5/2017/05/pesquisaintegra_0.pdf. Acesso em: 22 maio 2022.

⁷⁶¹ FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010, p. 173.

⁷⁶² FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010, p. 177.

⁷⁶³ Cf. CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2018.

⁷⁶⁴ BRASIL, 2011.

novas e outras já experimentadas pelo MS no âmbito do PQM, instituído em 2008 para reduzir a mortalidade materna e infantil na Amazônia Legal e no Nordeste. O referido plano contou com várias frentes de atuação, entre elas, a qualificação dos serviços de atendimento obstétrico e neonatal e a mudança nos cuidados⁷⁶⁵.

Nesse contexto, considerando outros marcos como o PHPN, o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, a Lei do Acompanhante e a Lei de Vinculação à Maternidade, o MS instituiu a Rede Cegonha no âmbito do SUS para garantir e promover os *direitos* ao planejamento reprodutivo e à assistência humanizada ao ciclo gravídico-puerperal às mulheres, como também os *direitos* ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis das crianças⁷⁶⁶. A referida política se destacou e recebeu reconhecimento da OMS e da Organização Pan-Americana de Saúde por ser uma estratégia sistêmica, integrada e integradora de cuidado, que articulou prevenção, promoção, cura e assistência nos componentes pré-natal e atendimento à saúde⁷⁶⁷.

Os componentes, as ações por eles compreendidas e a operacionalização da Rede Cegonha são detalhados na Portaria nº 1.459/2011⁷⁶⁸. Para apresentar a atuação da referida Rede, destaco um trecho da fala da Maria Esther de Albuquerque Vilela na audiência pública realizada na ALMG em 2019:

Exatamente, o que que a Rede Cegonha é... propôs? Ela, ela... tendo em vista o modelo inadequado e violento, a Rede Cegonha propõe mudança desse modelo. É... naquele momento, em 2011, sabíamos das altas taxas de cesariana, mas a opção foi por é... construir uma oferta de bom parto para que a cesárea não virasse uma rota de fuga das mulheres. Então, não é reduzir a cesárea é... de uma forma a empurrar as mulheres pro parto violento, mas alterar esse parto. Então, a Rede Cegonha, ela investiu na mudança das estruturas em ambientes que atendem parto. Ela investiu recursos financeiros pra que as maternidades pudessem transformar a tradicional sala de parto, trabalho de parto, parto, puerpério, com mesa ginecológica, com salas impessoais, né, salas que não é... respeitavam a privacidade e a fisiologia do parto, em... quartos PPPs, porque pela RDC 2008 de número... RDC 36 de 2008, não existe mais sala de parto. Não existe, gente, mesa ginecológica pra assistência ao parto não existe pela ANVISA, regulamentação dos ambientes hospitalares. Além disso, a Rede Cegonha investiu nos centros de parto normal intra-hospitalares e peri-hospitalares. E nas casas de gestante, bebê e puérpera. É, esses foram os ambientes necessários naquele momento e estão em... hoje, em implantação pra se mudar o ambiente do parto em rede, tá? Nós investimos também na elaboração de protocolos clínicos, João Batista foi inclusive o... João Batista aqui presente, foi o... é quem

⁷⁶⁵ PASCHE, Dário. Rede Cegonha é a Oferta do Ministério da Saúde para o Parto Humanizado. *Caderno HumanizaSUS*, Brasília, v. 4, p. 445-452, 2014. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/humanizacao-do-parto-e-do-nascimento/>. Acesso em 31 mar. 2020. p. 446.

⁷⁶⁶ BRASIL, 2011.

⁷⁶⁷ PASCHE, 2014, p. 451.

⁷⁶⁸ BRASIL, 2011.

presidiu é... a construção do protocolo clínico de assistência ao parto normal e investimos na mudança da formação dos novos profissionais⁷⁶⁹.

Assim como a RDC nº 36/08⁷⁷⁰ enquanto regulação, a Rede Cegonha⁷⁷¹ foi uma política nacional cuja importância para o contexto local e para o caso em estudo é evidente nos documentos mobilizados na pesquisa. Isso não apenas porque ela foi debatida em audiências públicas cujas gravações foram analisadas⁷⁷², ou porque ela foi considerada pelo MPMG nas Recomendações nº 04/2016⁷⁷³ e nº 06/2017⁷⁷⁴, ou porque o seu descumprimento foi discutido no estudo “Nasce Leonina: a busca pela ampliação de um modelo obstétrico humanizado em Belo Horizonte”⁷⁷⁵.

De acordo com o relatório “Avaliação de viabilidade da Maternidade / Centro de Parto Normal Leonina Leonor”, em 2011 foi elaborado o Plano de Ação da Rede Cegonha de Belo Horizonte, o qual foi aprovado pelos Poderes Executivos do Município e do Estado e por instâncias de deliberação do SUS e no qual constava a Maternidade Leonina Leonor Ribeiro⁷⁷⁶. Na parte final da fonte em questão, foram expostas as propostas de funcionamento do serviço, sendo que, na condição de CPN peri-hospitalar, foi apresentada a possibilidade de ser custeada pela Rede Cegonha⁷⁷⁷. Portanto, a vigência dessa política nacional tem importância na compreensão da tentativa de implementação da Leonina não apenas porque ambas propunham a humanização da assistência ao parto e ao nascimento, mas também porque o governo federal poderia ter contribuído com o custeio do equipamento.

No ano seguinte⁷⁷⁸ ao da criação da referida rede, os movimentos de mulheres pautaram ações que tiveram visibilidade nacional, levando para o debate público o problema

⁷⁶⁹ ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DE MINAS GERAIS, 2019, transcrição minha.

⁷⁷⁰ BRASIL, 2008.

⁷⁷¹ Apesar de não citada na fala de Maria Esther de Albuquerque Vilela, uma importante metodologia empregada pela Rede Cegonha foi a do apoio institucional (em continuidade ao PQM, que também a empregava). As apoiadoras institucionais eram profissionais que atuavam dentro dos serviços oferecendo várias estratégias, desafios, ferramentas e conceitos para produzir transformações nas organizações de saúde. Em ações que não eram episódicas, mas sim que se sustentavam no tempo, essas apoiadoras trabalhavam – por meio de dispositivos como as rodas de conversa – para produzir uma nova linha de cuidado e tornavam-se referências para o serviço, para o SUS e para o MS, com as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde (PASCHE, 2014, p. 447).

⁷⁷² ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DE MINAS GERAIS, 2019; CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2018.

⁷⁷³ MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2016a.

⁷⁷⁴ MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2017.

⁷⁷⁵ NASCE..., [2019?].

⁷⁷⁶ GRUPO DE TRABALHO, 2016, p. 11.

⁷⁷⁷ GRUPO DE TRABALHO, 2016, p. 16.

⁷⁷⁸ Ainda em 2011, mesmo que não diretamente relacionado à implementação de políticas destinadas à melhoria da assistência obstétrica e neonatal e à redução de morbimortalidades materno-infantis, houve um fato que não pode ser ignorado nesta dissertação: a responsabilização do Estado brasileiro pelo caso de Alyne da Silva

das *violências obstétricas*. Segundo a Rattner *et al.*, nos dias 16 e 17 de junho de 2012, com manifestações em 31 cidades do Brasil e em uma do exterior, mulheres se organizaram – com destaque para a articulação promovida pela entidade “Parto do Princípio – Mulheres em rede pela maternidade ativa”⁷⁷⁹ ⁷⁸⁰ – e promoveram a Marcha do Parto em Casa (MPC), que foi televisionada e que fez com que as lutas pela humanização estivessem no programa vespertino dominical mais assistido do País⁷⁸¹.

Ainda segundo as autoras, tratou-se de uma mobilização em repúdio à decisão de Conselhos de Medicina que se articularam para punir profissionais que defendem que as mulheres têm o direito de escolher onde parir, inclusive em casa. Nesse contexto, a MPC se orientou pela defesa dos direitos à liberdade de escolha e opinião, da humanização da assistência ao parto e ao nascimento e da adoção de medidas para a redução das taxas de cesáreas no Brasil. Além disso, nos atos foram afirmados os direitos das mulheres a escolhas informadas, à integridade física e à experiência saudável de parturição⁷⁸².

Pimentel Teixeira (Alyne v. Brasil) pelo Comitê da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW). Esse é um caso paradigmático, pois foi o primeiro sobre mortalidade materna a ser decidido por um órgão internacional de direitos humanos. Em linhas gerais, Alyne Pimentel era uma brasileira preta, pobre e gestante que, em 2002, aos 28 anos, faleceu em razão da ausência de assistência adequada a uma intercorrência da sua gestação, deixando uma filha de cinco anos de idade. Quase uma década depois, período em que não houve êxito nas ações ajuizadas perante o Poder Judiciário do Brasil, o Comitê CEDAW emitiu sua decisão e declarou o Estado brasileiro responsável por violar obrigações referentes ao acesso à justiça e à saúde, à regulamentação de atividades de provedores de saúde e à discriminação contra as mulheres. Em sede de reparações, o referido comitê recomendou que o Brasil reparasse adequadamente a mãe e a filha de Alyne Pimentel, inclusive com compensações financeiras. Além disso, que o Estado adotasse medidas para: a garantia do direito das mulheres à maternidade segura e do acesso, de valor razoável, aos serviços de emergência obstétrica adequada, do acesso a recursos efetivos em caso de violações aos direitos de saúde reprodutiva das mulheres, do cumprimento de padrões nacionais e internacionais de assistência por parte de instituições privadas de saúde e da imposição de sanções adequadas às profissionais que violam os direitos de saúde reprodutiva das mulheres; o provimento de treinamento técnico adequado às profissionais da saúde; e a redução dos óbitos maternos evitáveis por meio da implementação do Pacto Nacional pela redução da Mortalidade Materna e Neonatal nos âmbitos municipais e estaduais, inclusive estabelecendo comitês de mortalidade materna onde não houver (CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS. *Alyne v. Brasil*. Caso de Alyne da Silva Pimentel Teixeira (“Alyne”) v. Brasil. Disponível em: https://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2018/08/LAC_Alyne_Factsheet_Portuguese_10-24-14_FINAL.pdf. Acesso em: 21 maio 2022).

⁷⁷⁹ A “Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa” é uma rede que, em 2012, era composta por mais de 300 mulheres de quase todos os Estados brasileiro, as quais trabalhavam voluntariamente com a divulgação de informações sobre gestação, parto e nascimento baseadas em evidências científicas e nas recomendações da OMS. A referida entidade defende que gestantes e parturientes devem ser protagonistas de suas histórias e, para tanto, que devem ter acesso à assistência humanizada à saúde. Acreditando que outras formas de dar à luz e vir ao mundo são possíveis e devem ser ofertadas a todas, a “Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa” defende intervenções urgentes na atenção ao parto e ao nascimento (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 7).

⁷⁸⁰ A “Parto do Princípio – Mulheres em rede pela maternidade ativa” também será referida apenas como “Parto do Princípio” nesta dissertação.

⁷⁸¹ RATTNER *et al.*, 2014, p. 125.

⁷⁸² RATTNER *et al.*, 2014, p. 125.

Em dezembro de 2012, a Parto do Princípio (que, inclusive, tem integrantes de Belo Horizonte que estavam na luta pela Leonina⁷⁸³) entregou o Dossiê da Violência Obstétrica “Parirás com Dor” para a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) sobre violência contra as mulheres no Brasil, presidida pela então deputada federal Jô Moraes (PCdoB). A entrega desse documento compôs uma série de denúncias que a CPMI recebeu sobre o tema “violência no parto”, praticada particularmente contra mulheres pretas e indígenas⁷⁸⁴.

No relatório final dessa CPMI, consta que os conteúdos dos relatos dos movimentos de mulheres e do referido Dossiê têm conformidade com os achados da pesquisa da Fundação Perseu Abramo. Além disso, o documento entregue pela Parto do Princípio, em específico, pautou a persistência dos elevados índices de cesarianas no Brasil, a existência de legislações de outros países que dispõem sobre a violência obstétrica, o descumprimento da Lei do Acompanhante, entre outros problemas. Nesse cenário, a CPMI entendeu que as ações do MS não vinham sendo suficientes para transformar a realidade da obstetrícia brasileira⁷⁸⁵.

Por meio do Dossiê, a Parto do Princípio propôs a implementação de várias medidas perante a CPMI. Além do alinhamento das práticas obstétricas nacionais à MBE e às recomendações da OMS, a referida entidade reivindicou, por exemplo, a atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e da ANVISA para normatizar a oferta de plantões obstétricos adequados (com observância à RDC nº 36/08), a publicização de índices de partos normais, cesáreas e intervenções obstétricas praticadas e assistidas por instituição e por profissional de saúde e a capacitação de canais como o Disque 180 para registrar denúncias de violências obstétricas e para orientar as vítimas⁷⁸⁶.

Todos esses movimentos no sentido de demonstrar que, apesar dos esforços do governo federal para a transformação da realidade obstétrica, as mulheres e as recém-nascidas prosseguiram recebendo uma assistência insatisfatória, insegura e violenta, aparentemente desencadearam um processo interessante. Valendo-me da apresentação sintética da Flávia

⁷⁸³ Refiro-me à presença de ativistas – Carolina Giovannini e Polly do Amaral – nas audiências públicas sobre a Maternidade que se apresentaram como integrantes da Parto do Princípio. Cf. CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2015; ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DE MINAS GERAIS, 2019.

⁷⁸⁴ BRASIL. Senado Federal. Secretaria Geral da Mesa. Secretaria de Comissões. Subsecretaria de Apoio às Comissões Especiais e Parlamentares de Inquérito. *Relatório Final*. Comissão Parlamentar Mista de Inquérito “Com a finalidade de investigar a situação da violência contra a mulher no Brasil e apurar denúncias de omissão por parte do poder público com relação à aplicação de instrumentos instituídos em lei para proteger as mulheres em situação de violência”. Relatora: Senadora Ana Rita. Brasília, DF: Senado Federal, jun. 2013. p. 62. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/relatorio-final-da-comissao-parlamentar-mista-de-inquerito-sobre-a-violencia-contra-as-mulheres>. Acesso em: 21 maio 2022.

⁷⁸⁵ BRASIL, 2013, p. 62-63.

⁷⁸⁶ PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 155.

Siqueira, tem-se que, em 8 de novembro 2013, o Município de São Paulo sancionou a Lei nº 15.894, que dispõe sobre a humanização da assistência ao parto e ao nascimento. No Brasil, essa foi uma legislação pioneira no sentido de garantir às gestantes e às parturientes o acesso a procedimentos respaldados pelas evidências científicas e o *direito* de optar por intervenções eletivas. Depois dela, outros Estados e Municípios editaram leis específicas sobre o tema, por exemplo Santa Catarina, Goiás, Rondônia, Minas Gerais e Mato Grosso do Sul⁷⁸⁷.

Ainda referenciando a Siqueira, em 2014, houve a apresentação do primeiro PL com o intuito de regular questões referentes ao atendimento obstétrico e neonatal do Congresso Nacional. Trata-se do PL 7.633/14, que dispõe sobre a humanização da atenção ao ciclo gravídico-puerperal, assim como o PL 878/19. Há também o PL 7.867/17 e o PL 8.219/17, que tratam, mais especificamente, das violências obstétricas, bem como o PL 2.693/19, que propõe uma Política Nacional de Atendimento à Gestante⁷⁸⁸. Até o momento, nenhuma dessas propostas legislativas se transformou em lei federal.

Nesse período⁷⁸⁹, o MS seguiu propulsionando orientações técnicas para a humanização da assistência ao parto e ao nascimento. Refiro-me à publicação da Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014, que instituiu diretrizes para a atenção integral e humanizada à recém-nascida no âmbito do SUS. Além de estabelecer protocolos de cuidados com as bebês que confluem com medidas destinadas à humanização da assistência propostas em outros atos normativos analisados – como o estímulo ao aleitamento materno e ao contato pele a pele na primeira hora de vida –, resalto a *descentralização da figura da médica* nessas diretrizes⁷⁹⁰.

⁷⁸⁷ SIQUEIRA, 2021, p. 65.

⁷⁸⁸ SIQUEIRA, 2021, p. 64.

⁷⁸⁹ Assim como a decisão do caso *Alyne v. Brasil*, há um fato ocorrido em abril de 2014 que, apesar de não ter relação direta com processos nacionais de mudanças de paradigmas de assistência obstétrica e neonatal, é considerado emblemático das violências a que as mulheres brasileiras rotineiramente são sujeitadas durante os seus processos reprodutivos. Trata-se do caso da Adelir, que era gestante e que fazia acompanhamento pré-natal no centro de saúde. De acordo com o Tesser *et al.*, com 39 semanas de gestação, ela abandonou esse acompanhamento, por receio de ser induzida à realização de uma cesárea. Duas semanas depois, em início de trabalho de parto, dirigiu-se ao hospital para fazer uma avaliação de vitalidade da bebê, que estava bem e em apresentação pélvica. Por esse posicionamento fetal e pelo fato ter duas cesarianas prévias, a médica que atendeu Adelir indicou a cirurgia cesariana, mas ela a recusou, assinou um termo de responsabilidade e voltou para casa, aguardando a evolução do trabalho de parto. Algumas horas depois, foi surpreendida com policiais que – cumprindo uma ordem judicial expedida por uma magistrada após provocação do Ministério Público – coercitivamente a conduziram ao hospital para a realização da cesárea. A cirurgia foi feita sem que Adelir pudesse estar acompanhada pelo marido. Esse caso foi objeto de cobertura midiática no exterior e despertou espanto e indignação por parte de ativistas das lutas pela humanização da assistência ao parto e ao nascimento no Brasil, mas não gerou maiores manifestações sociais, nem posicionamentos de entidades médicas brasileiras (TESSER *et al.*, 2015, p. 2).

⁷⁹⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014*. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sas/Links%20finalizados%20SAS%202014/prt0371_07_05_2014.html. Acesso em: 22 maio 2022. Também será referida como Portaria nº 371/2014.

Em específico, em seus artigos 1º, parágrafo único, e 2º, a portaria dispõe que a profissional capacitada para o atendimento humanizado à recém-nascida pode ser uma médica ou uma enfermeira, desde que capacitada em reanimação neonatal⁷⁹¹. Essa disposição me parece confluir com um movimento do MS de defender a desospitalização de partos e nascimentos e o atendimento por equipe multidisciplinar, o qual se vê também na já apresentada Portaria nº 11/2015⁷⁹².

Um dia antes de a portaria supracitada ser publicada, houve outra publicação de grande relevância: a da Resolução Normativa nº 368, de 6 de janeiro de 2015 da ANS^{793 794}. Esse ato normativo é uma vitória da luta das mulheres em uma disputa iniciada anos antes. Mais especificamente, em 2007, integrantes da Parto do Princípio fizeram uma representação contra a ANS perante o Ministério Público Federal (MPF), em razão das altíssimas taxas de cesarianas nas maternidades particulares do Brasil. Em 2010, contemplando parte das solicitações e das propostas apresentadas pela entidade, o MPF ajuizou uma ACP⁷⁹⁵ contra a referida agência⁷⁹⁶.

Quatro anos depois, foi proferida a sentença no âmbito dessa ação, a qual determinou que a ANS apresentasse, em 60 dias, uma minuta com a proposta de medidas concretas para transformar o grave cenário vivido pelas usuárias do sistema de saúde suplementar⁷⁹⁷. A Resolução nº 368/2015 foi, então, publicada em sede desse cumprimento de sentença. Eis a vitória da luta das mulheres que, há anos, denunciavam que a rede particular de saúde descumpria as legislações e as normativas do MS referentes à assistência ao parto e ao nascimento, argumentando que elas seriam aplicáveis apenas no âmbito do SUS⁷⁹⁸.

⁷⁹¹ BRASIL, 2014.

⁷⁹² BRASIL, 2015.

⁷⁹³ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Resolução Normativa – RN nº 368, de 6 de janeiro de 2015*. Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar. Brasília, 6 jan. 2015. Disponível em: http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=2892. Acesso em 23 maio 2022.

⁷⁹⁴ A Resolução Normativa nº 368, de 6 de janeiro de 2015, da ANS também será referida como Resolução nº 368/2015.

⁷⁹⁵ Trata-se da ACP nº 0017488-30.2010.4.03.6100, que tramitou perante o Tribunal Regional Federal (TRF) da 3ª região (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015).

⁷⁹⁶ PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 8.

⁷⁹⁷ ARTEMIS. *Resolução Normativa 368 ANS*. [19 jan. 2015?]. Disponível em: <https://www.artemis.org.br/single-post/2015/01/19/resolu%C3%A7%C3%A3o-normativa-368-ans>. Acesso em: 23 maio 2022.

⁷⁹⁸ PARTO DO PRINCÍPIO, 2012.

Nesse panorama, tem-se que a resolução em questão determina que o acesso à informação sobre os percentuais de cesarianas e partos normais por operadora, por estabelecimento de saúde e por médica é um *direito das usuárias do sistema de saúde suplementar* e estabelece modos como essa informação deve ser disponibilizada. Além disso, traz disposições sobre o Cartão da Gestante – que é um documento pertencente às mulheres, cuja ausência não pode implicar negativa de atendimento – e a utilização do partograma, um documento gráfico no qual se registram o desenvolvimento do trabalho de parto e as condições maternas e fetais⁷⁹⁹.

Igualmente no ano de 2015, em Belo Horizonte, foi publicado o documento “Assistência ao Parto e Nascimento: Diretrizes para o cuidado multidisciplinar”⁸⁰⁰, cuja coordenação geral foi da Comissão Perinatal. Trata-se de um fruto de um trabalho multidisciplinar desenvolvido por algumas instituições ao longo de três anos. Discorrendo sobre várias questões abrangendo princípios e pressupostos da organização da rede e da assistência, atribuições da equipe e aspectos gerais do cuidado às gestantes, essas diretrizes tiveram como objetivos: promover o respeito à fisiologia de mulheres e bebês e a adequada assistência ao parto e ao nascimento com envolvimento multiprofissional compartilhado; viabilizar o protagonismo das mulheres; implementar práticas baseadas em evidências; e qualificar ambiência e logística no atendimento ao ciclo gravídico-puerperal⁸⁰¹.

Depois de Belo Horizonte, o governo federal publicou a Portaria nº 306, de 28 de março de 2016, que aprovou as “Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana”⁸⁰², a qual foi acompanhada da publicação da Portaria nº 353, de 14 de fevereiro de 2017, que aprovou as “Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal”⁸⁰³. Partindo de um esforço do MS, esses documentos foram construídos de forma conjunta com diversas sociedades,

⁷⁹⁹ Mais detalhes sobre o que é um partograma estão dispostos no artigo 8º da Resolução nº 368/2015 (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015).

⁸⁰⁰ PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. *Assistência ao Parto e Nascimento: Diretrizes para o cuidado multidisciplinar*. Belo Horizonte, 2015. Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/protocolo-assistencia_parto_nascimento-13-01-2016.pdf. Acesso em: 12 jul. 2022.

⁸⁰¹ PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2015.

⁸⁰² BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. *Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Relatório de recomendação*. Brasília: Ministério da Saúde, mar. 2016b. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes-Cesariana_final.pdf. Acesso em: 12 jul. 2022. p. 8.

⁸⁰³ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. *Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico]*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. p. 5. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 22 jan. 2021.

instituições, associações profissionais (tanto de médicas quanto de enfermeiras) e movimentos de mulheres e, inclusive, publicados após a realização de consultas públicas⁸⁰⁴.

Neste momento, entendo que não convém adentrar nos protocolos clínicos estipulados por essas diretrizes. Por ora, parece-me importante apresentar que os documentos adotaram como pressuposto a necessidade reverter o cenário brasileiro em que a operação cesariana é a via de nascimento mais comum⁸⁰⁵. Além disso, de superar o modelo de cuidados obstétricos hegemônico, que patologiza processos fisiológicos e, assim, que desconsidera as dimensões culturais, humanas e sociais envolvidas no parir e no nascer. Para tanto, foi defendida a necessidade de qualificar a assistência às gestantes, a fim de assegurar uma decisão pela via de nascimento claramente informada e compartilhada com as equipes de saúde⁸⁰⁶.

Nesse sentido, as “Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana” visam a “[...] avaliar e sintetizar a informação científica em relação a algumas práticas comuns na atenção à cesariana programada, de modo a fornecer subsídios e orientação a todos os envolvidos no cuidado, no intuito de *promover e proteger a saúde e o bem-estar da mulher e da criança*”⁸⁰⁷. Já as “Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal” têm o objetivo geral de “Sintetizar e avaliar sistematicamente a informação científica disponível em relação às práticas mais comuns na assistência ao parto e ao nascimento fornecendo subsídios e orientação a todos os envolvidos no cuidado, no intuito de *promover, proteger e incentivar o parto normal*”⁸⁰⁸.

O último movimento do MS em prol da humanização da assistência ao parto e ao nascimento que destaco neste capítulo é o lançamento do projeto Apice On – Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia em 2017. Foi uma parceria com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), a Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE), o Ministério da Educação (MEC) e o Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz (IFF/Fiocruz), que teve a UFMG como instituição executora⁸⁰⁹.

⁸⁰⁴ BRASIL, 2016b, p. 5-7; 2017a, p. 4-5.

⁸⁰⁵ BRASIL, 2016b, p. 5.

⁸⁰⁶ BRASIL, 2016b, p. 5; 2017a, p. 4.

⁸⁰⁷ BRASIL, 2016b, p. 20-21, grifos meus.

⁸⁰⁸ BRASIL, 2017a, p. 8, grifos meus.

⁸⁰⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres. Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. *Apice On – Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia*. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, ago. 2017b. p. 7. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/publicacoes/>. Acesso em: 24 maio 2022.

O Apice On foi construído partindo do entendimento de que a mudança e a implementação de um novo modelo de assistência ao parto, ao nascimento e ao abortamento são um dos grandes desafios para a saúde em razão das dificuldades da sua assimilação pelos serviços de saúde, pelas gestoras, pelas profissionais e equipes, pelas usuárias e suas instâncias de controle social⁸¹⁰. Nesse sentido, entre as várias políticas do MS indutoras de uma transformação de paradigmas assistenciais, a Rede Cegonha, em especial, evidenciou a necessidade de atuar na formação de novas profissionais⁸¹¹.

Logo, o Apice On foi formulado com o intuito de promover mudanças no modelo de cuidados pautadas pela integração entre formação, atenção e gestão. Nesse sentido, o projeto propôs que a formação das novas profissionais, na sua interface com a atenção, incorporasse as melhores práticas baseadas em evidências científicas e *garantidoras de direitos* das usuárias; na sua interface com a gestão, promovesse participação e corresponsabilização das sujeitas nos processos de decisão, planejamento e avaliação. Além do mais, o Apice On visou a contribuir com a redução do distanciamento entre a universidade, os serviços e a comunidade⁸¹².

Por isso, o projeto foi uma estratégia para induzir e articular ações de qualificação dos serviços, com foco nos hospitais-escola, de modo a torná-los referências em melhores práticas de assistência aos processos reprodutivos, bem como às mulheres vítimas de violências sexuais. Para tanto, o Apice On pretendeu envolver 96 organizações hospitalares que realizam atividades de ensino nos 26 Estados e no Distrito Federal⁸¹³. Assim, tratou-se de um projeto que possuía muitas interfaces com a proposta da Leonina, a qual, como registrado em várias das fontes mobilizadas⁸¹⁴, pretendia ser um campo de formação profissional baseada em evidências científicas.

7.2.2 A evidência dos embates necessários à mudança de paradigmas assistenciais

Pelo exposto, tem-se que os anos em que se consolidou a conjuntura nacional das lutas pela humanização da assistência ao parto e ao nascimento apresentada nesta seção do capítulo em grande medida coincidem com o período do caso narrado no Capítulo 5 – quando a

⁸¹⁰ FERTONANI *et al.*, 2015 *apud* BRASIL, 2017b, p. 18.

⁸¹¹ BRASIL, 2017b, p. 22.

⁸¹² BRASIL, 2017b, p. 22.

⁸¹³ BRASIL, 2017b, p. 22.

⁸¹⁴ Cf. BELO HORIZONTE, [2007?]; CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2015; CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE, 2017; GRUPO DE TRABALHO, 2016.

Leonina já havia sido construída, mas permaneceu sem ser inaugurada. Dito isso – ressalvada a publicação do “Assistência ao Parto e Nascimento: Diretrizes para o cuidado multidisciplinar”⁸¹⁵, que precedeu a publicação das diretrizes do MS⁸¹⁶ –, diferentemente do ocorrido durante a primeira década do milênio (em que Belo Horizonte era uma referência em termos de políticas públicas no campo da atenção obstétrica e neonatal para o Brasil), não me parece ser possível afirmar uma continuidade do vanguardismo da cidade nessa agenda.

A identificação dessa aparente impossibilidade, contudo, não obsta o reconhecimento de que a capital mineira seguiu sendo pioneira em certos enfrentamentos necessários ao êxito das mudanças de paradigmas assistenciais. Refiro-me ao fato de que, conforme narrado no Capítulo 4, no começo dos anos 2000, a Comissão Perinatal já atuava sobre as organizações hospitalares privadas que, rejeitando a incidência das políticas públicas do MS propulsoras da humanização da assistência ao parto e ao nascimento, expunham as suas usuárias a um atendimento de baixa qualidade, sem que se submetessem aos mecanismos formais de controle e monitoramento próprios dos equipamentos públicos⁸¹⁷. Em razão desse cenário, a gestão de saúde belo-horizontina adotou iniciativas de enfrentamento ao empresariado hospitalar, por exemplo, o descredenciamento de serviços, como a Mater-Clínica em 2007.

Sem ignorar que as dificuldades de implementar o modelo humanizado em instituições e com profissionais que atuam exclusivamente na rede suplementar diferem daquelas próprias das organizações privadas contratadas por ou conveniadas ao SUS, a meu ver, a conquista da Resolução nº 368/2015 da ANS⁸¹⁸ pode ser ilustrativa de um embate com o empresariado hospitalar que, em nível nacional, foi mais tardio ou menos exitoso do que em Belo Horizonte. Nesse sentido, a recapitulação histórica ora desenvolvida tem elementos que ilustram como as disputas por direitos e seus sentidos no campo da assistência ao parto e ao nascimento se deram sob a pressão dos *imperativos sistêmicos da economia capitalista*⁸¹⁹.

Afinal, a realização da MPC após posicionamentos de Conselhos de Medicina contrários a pressupostos dos movimentos pela humanização⁸²⁰ e a articulação da Parto do Princípio com o MPF contra as condições de atendimento de gestantes, parturientes e recém-

⁸¹⁵ PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2015.

⁸¹⁶ BRASIL, 2016b; 2017a.

⁸¹⁷ Cf. BARA MAIA, 2008, p. 52-53.

⁸¹⁸ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015.

⁸¹⁹ Cf. CATTONI DE OLIVEIRA, 2021a, p. 130.

⁸²⁰ Cf. RATTNER *et al.*, 2014, p. 125.

nascidas na rede suplementar de saúde⁸²¹ exemplificam como a luta das mulheres teve (e tem) de enfrentar interesses corporativistas e classistas nas disputas por seus direitos.

Além disso, emparelhando historicamente os acontecimentos vividos no Brasil com os vividos em Belo Horizonte – mesmo que os fatos apresentados não indiquem que, nacionalmente, as dificuldades na promoção de paradigmas de cuidados obstétricos e neonatais esbarrassem em constrições orçamentárias tal como, localmente, a administração pública passou a alegar como justificativa para não implantar a Leonina⁸²² –, entendo que, outra vez, há confluências entre os dois cenários.

Primeiramente, no que se refere a disputas por direitos e seus sentidos, bem como por sentidos da Constituição, porque não se perdeu de vista o propósito de humanizar para garantir e promover o *direito à saúde*, haja vista que a necessidade de, por exemplo, reduzir morbimortalidades materno-infantis seguiu sendo pautada e defendida pelo governo federal. Além do mais, como dito quando da apresentação das Portarias nº 371/2014⁸²³ e nº 11/2015⁸²⁴, porque o MS caminhou mais na direção de “desospitalizar” partos e nascimentos e de legitimar a categoria da enfermagem para a assistência obstétrica e neonatal.

Ainda, porque houve um fortalecimento das disputas pela mudança de modelos de cuidados com o ciclo gravídico-puerperal e com o nascimento alicerçadas nas ideias de garantir e promover direitos fundamentais de mulheres e bebês. Nesse panorama, sobretudo após a divulgação da pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo⁸²⁵ e com as articulações promovidas pela Parto do Princípio⁸²⁶, assim como narrado no Capítulo 5, destaco que a *dimensão da negatividade* dessas lutas tornou-se muito evidente⁸²⁷.

Isto é: as mulheres organizadas galgaram mais espaço não apenas disputando os direitos de serem protagonistas de seus processos reprodutivos e parirem com prazer e segurança, como também a imperatividade de não serem mais vítimas de *violências obstétricas*. Portanto, nacional e localmente, as lutas pautaram uma *negação* da realidade de violações sistemáticas de direitos a que gestantes e parturientes são submetidas durante o atendimento em saúde.

⁸²¹ Cf. PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 8.

⁸²² Cf. CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2015; GRUPO DE TRABALHO, 2016, p. 19-20; PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2019b, p. 6.

⁸²³ BRASIL, 2014.

⁸²⁴ BRASIL, 2015.

⁸²⁵ Cf. FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010.

⁸²⁶ Cf. ARTEMIS, 2015; PARTO DO PRINCÍPIO, 2012; RATTNER *et al.*, 2014.

⁸²⁷ Cf. CATTONI DE OLIVEIRA, 2021a, p. 132.

Ocorre que as aproximações entre as realidades belo-horizontina e brasileira não são evidentes apenas no tocante aos modos de *disputar* e *tensionar* o que são direitos, o que é de direito e quais são as responsabilidades dos poderes públicos e das prestadoras de serviços na seara da atenção ao ciclo gravídico-puerperal e ao nascimento. Nas *contradições* internas a esses processos, os dois panoramas igualmente se assemelham. Afinal, como defendido pelo Cattoni de Oliveira, a vivência da normatividade constitucional não se trata de uma trajetória de progressos implacáveis, mas sim de um percurso permeado por tropeços e retrocessos, ainda que capaz de se autocorrigir⁸²⁸.

Trata-se de algo visível nos fatos ora apresentados, pois, apesar dos muitos anos de esforços do governo federal para implementar o modelo humanizado de assistência ao parto e ao nascimento, o paradigma tecnocrático permaneceu hegemônico – tanto é que o MS prosseguiu incentivando e investindo na mudança de protocolos assistenciais, nas reformas estruturais dos serviços e na formação de novas profissionais, bem como que as mulheres se fortaleceram nas lutas pelos seus direitos. Isso também ocorreu em Belo Horizonte, onde, mesmo com os anos de trabalho intensivo da Comissão Perinatal, a maioria das maternidades prosseguia com assistência e estrutura inadequadas e a Leonina permanecia de portas fechadas.

Pelo exposto, entendo que no período discutido (de 2010 até 2017), há elementos para afirmar que o caso em estudo é exemplar das lutas nacionais pela humanização da atenção ao parto e ao nascimento. Resta saber se isso também pode ser dito do fim da década de 2010 até 2022, o que passo a desenvolver.

7.3 A humanização não mais como um caminho para o governo federal

7.3.1 As transformações das políticas voltadas à saúde materna no Brasil

O panorama já exposto ilustra que desde a virada do milênio, durante os governos de Fernando Henrique Cardoso (PSDB), Luiz Inácio Lula da Silva (PT), Dilma Rousseff (PT) e Michel Temer (MDB), o MS preconizou a humanização da assistência ao parto e ao nascimento como caminho preferencial para qualificar o atendimento obstétrico e neonatal e para reduzir as taxas de morbimortalidades materno-infantis e, com essa intenção, implementou regulações, diretrizes, planos, programas e políticas de abrangência nacional.

⁸²⁸ Cf. CATTONI DE OLIVEIRA, 2021a, p. 132.

No entanto, esse propósito da administração pública federal de transformar paradigmas assistenciais não se sustentou após a eleição de Jair Bolsonaro – atualmente filiado ao Partido Liberal (PL). De 2018 em diante, o próprio MS passou a pautar retrocessos na seara da saúde e dos direitos reprodutivos das mulheres, afetos à ausência de reforço das ações já existentes ou instituição de novas iniciativas em prol da humanização, à protelação e à negação da oferta de cuidados adequados a gestantes e a parturientes durante a pandemia da Covid-19, como também ao enfraquecimento ao combate às violências obstétricas.

Nesse panorama, tem-se que, em 3 de maio de 2019, houve a publicação de um despacho do MS em resposta a uma solicitação de posicionamento do órgão quanto ao uso do termo “violência obstétrica”⁸²⁹. Nesse documento, o referido Ministério afirmou que todas as suas recomendações são pautadas pela melhor evidência científica disponível e que têm fortalecido estratégias voltadas à qualificação do cuidado materno, tais como o PHPN, a PNH e a PNAISM⁸³⁰.

A despeito disso, por meio do despacho em questão, o MS publicizou que o seu posicionamento oficial “[...] é que o termo ‘violência obstétrica’ tem conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado no *continuum* gestação-parto-puerpério”. A justificativa para essa tomada de posição seria que a expressão associa uma intencionalidade na prática dos atos de violência na assistência à saúde das mulheres, enquanto o órgão não acredita que as profissionais do atendimento tenham o intuito de prejudicar ou causar danos⁸³¹.

Quatro dias depois, o MPF em São Paulo emitiu a Recomendação nº 29/2019⁸³², cujos considerandos – além de trazerem vários fatos acerca da realidade da obstetrícia brasileira que justificam um contundente enfrentamento às violências obstétricas – apontam que o MS se valeu de uma interpretação distorcida do referido termo. Nesse sentido, o MPF afirmou que ao negar e ao recomendar a abolição do uso da expressão “violência obstétrica”, o MS se posiciona na contramão da OMS, enfraquece ações positivas do Estado em prol do combate à violência no parto, ampara teses defensivas de médicas e enfermeiras que realizam

⁸²⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Despacho*. DAPES/SAS/MS. Brasília, 3 maio 2019. Disponível em: http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0. Código verificador: 9087621. Código CRC: 1A6F34C4. Acesso em: 20 jul. 2019.

⁸³⁰ BRASIL, 2019a.

⁸³¹ BRASIL, 2019a.

⁸³² MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. Autos nº 1.34.001.007752/2013-81. Inquérito Civil. *Recomendação nº 29/2019*. São Paulo, 7 maio 2019. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/arquivos/2019/5/art20190510-11.pdf>. Acesso em: 26 maio 2022.

atendimentos obstétricos de forma abusiva e desrespeitosa e nega a existência das violências obstétricas, que vitimizam milhares de mulheres no Brasil⁸³³.

Ao final do documento, o MPF trouxe uma série de recomendações ao MS. Em resumo, foram elas: a publicação de uma nota afirmando que “violência obstétrica” já é uma expressão consagrada, sendo o seu uso livremente facultado a despeito da preferência do órgão por outras; a abstenção do emprego de quaisquer iniciativas voltadas à abolição do termo; a adoção de ações positivas que reconheçam a existência de violências durante o parto; e a ampla divulgação da Recomendação nº 29/2019 às unidades de saúde do Brasil⁸³⁴.

Então, em 7 de junho de 2019, o MS encaminhou o Ofício nº 296/2019/COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS em resposta à referida documentação⁸³⁵. Nessa ocasião, o órgão afirmou um compromisso com a humanização da assistência ao parto e ao nascimento, elencando uma série de iniciativas governamentais iniciadas nos governos anteriores. Em se tratando de uma resposta à Recomendação nº 29/2019, o MS afirmou reconhecer “[...] o direito legítimo das mulheres em usar o termo que melhor represente suas experiências vivenciadas em situações de atenção ao parto e nascimento que configurem maus tratos, desrespeito, abusos e uso de práticas não baseadas em evidências científicas [...]”, sem, contudo, mencionar a expressão “violência obstétrica” ou incentivar o seu uso⁸³⁶.

Retomando as apresentações desenvolvidas pela Siqueira, ainda em relação à 2019, destaco mais dois fatos que, a despeito da ausência de relação direta com a administração pública federal, conferem elementos ilustrativos da cena da obstetrícia nacional. O primeiro foi a publicação da Resolução nº 2.232, de 17 de julho de 2019⁸³⁷ do CFM⁸³⁸, que dispõe

⁸³³ MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2019, p. 1-7.

⁸³⁴ MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2019, p. 9-10.

⁸³⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Ciclos da Vida. Coordenação de Saúde das mulheres. *Ofício nº 296/2019/COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS*. Brasília, 7 jun. 2019b. Disponível em <http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/oficio-ms>. Acesso em: 20 jul. 2019.

⁸³⁶ BRASIL, 2019b.

⁸³⁷ A Resolução nº 2.232, de 17 de julho de 2019, também será referida como Resolução nº 2.232/2019.

⁸³⁸ Nesse ponto, me parece importante destacar que a Resolução nº 2.232/2019 e as questões a ela concernentes foram discutidas por ser o CFM uma entidade profissional de abrangência nacional, cujas normativas afetam a prestação de serviços de saúde em todo o Brasil. Não obstante, vale ressaltar que há outros Conselhos de Medicina que, em nível estadual, também agem contrariamente às lutas pela humanização da assistência ao parto e ao nascimento. Dentre eles, se destaca o Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ). Trata-se da associação profissional que, em 2012, se mobilizou pela punição do médico que se manifestou favoravelmente à possibilidade de escolha da mulher de parir em casa, o que deflagrou a MPC. Cf. RATTNER *et al.*, 2014, p. 125. Além disso, em 6 de fevereiro de 2019, o CREMERJ publicou a Resolução nº 293, que proibiu que médicas respeitassem os planos de parto de pacientes, argumentando que essas diretivas antecipadas de vontade restringiriam a autonomia das profissionais na adoção de medidas para assegurar o bem-estar e salvaguardar a saúde do binômio mãe-bebê. Essa resolução foi posteriormente anulada no bojo de uma ACP. Para mais informações, cf. SIQUEIRA, 2021, p. 67.

sobre a recusa terapêutica de pacientes. Especificamente no caso das gestantes e das parturientes, a Resolução nº 2.232/2019 dispõe em seu artigo 5º, parágrafo 2º, que a referida recusa deveria ser analisada pela perspectiva do binômio mãe-bebê, podendo atos de vontades das mulheres configurarem abuso de direito em relação ao feto. Quando configurado, às médicas estaria autorizada a sobreposição à vontade da parturiente e realizar intervenções em seu corpo⁸³⁹.

Como destacado pela autora, essa disposição não trouxe qualquer critério para determinar as situações em que a manifestação de vontade da mulher possa ser sobreposta, o que se tratou de um perigoso subterfúgio para que médicas decidam no lugar de gestantes. Muita polêmica foi gerada em torno dessa resolução, o que ensejou o ajuizamento de duas ACP⁸⁴⁰ contra o CFM, sendo uma de autoria do MPF e outra de autoria das Defensorias Públicas da União e do Estado de São Paulo⁸⁴¹.

Em ambas, às autoras foi deferido um pedido liminar parecido, suspendendo parcialmente os dispositivos da Resolução nº 2.232/2019 que tratam da assistência ao parto e ao nascimento e determinando que a escolha terapêutica da mulher só pode ser desconsiderada quando implicar risco efetivo à vida ou à saúde de mãe-bebê⁸⁴². Entretanto, quando do julgamento do mérito das ações, os pedidos foram julgados improcedentes e as tutelas de urgência foram caçadas, ao fundamento de que a referida resolução não implicaria um risco de realização de cesarianas forçadas e seria necessária para salvaguardar a vida dos fetos⁸⁴³. Assim, a Resolução nº 2.232/2019 está vigente em sua íntegra.

O outro fato foi a sanção da Lei nº 17.137, de 23 de agosto de 2019 do Estado de São Paulo, também conhecida como “Lei das Cesáreas”, de autoria da deputada estadual Janaína Paschoal, atualmente filiada ao Partido Renovador Trabalhista Brasileiro (PRTB). Trata-se de uma legislação estadual que, na contramão dos esforços anteriores do governo federal para reduzir a elevada incidência de cesarianas no Brasil, dispõe, entre outras questões, sobre a ampliação do acesso a essa intervenção cirúrgica⁸⁴⁴. O advento da Lei das Cesáreas é um fato relevante, pois, apesar de ter sido alvo de muitas críticas por parte de defensoras da

⁸³⁹ SIQUEIRA, 2021, p. 66.

⁸⁴⁰ A ACP ajuizada pelo MPF é de nº. 5021263-50.2019.4.03.6100 e a ACP ajuizada pelas das Defensorias Públicas da União e do Estado de São Paulo é de nº. 010468-48.2020.4.03.6100. SIQUEIRA, 2021, p. 66.

⁸⁴¹ SIQUEIRA, 2021, p. 66.

⁸⁴² SIQUEIRA, 2021, p. 66.

⁸⁴³ PEREIRA, 2022, p. 263-264.

⁸⁴⁴ Assim como a Resolução nº 2.232/2019, a Lei das Cesáreas também foi objeto de uma ação judicial. Entretanto, as suas decisões não serão discutidas neste texto, uma vez que não adentram nos debates sobre a ampliação do acesso à cesariana, tratando somente de discussões sobre a competência legislativa do Estado de São Paulo. Para mais informações, cf. BRASILEIRO; PEREIRA, 2021.

humanização da assistência ao parto e ao nascimento⁸⁴⁵, foi replicada em outros Estados, como o Pará (Lei nº 9.016, de 30 de janeiro de 2020), e inspirou um projeto de legislação federal (PL 4.021/19)⁸⁴⁶.

Então, em 2020, começou a pandemia da Covid-19. Não é simples discutir os impactos da disseminação dessa doença na seara da saúde materna no Brasil, pois os estudos ainda estão sendo produzidos e publicados. Não obstante, dados e artigos já disponíveis constataam um aumento expressivo dos óbitos maternos entre as brasileiras após o advento da pandemia⁸⁴⁷, os quais fizeram com que o Brasil se tornasse o país com a maior incidência de mortalidade materna provocada pela Covid-19 do mundo⁸⁴⁸.

Em uma revisão integrativa que analisou as publicações sobre mortes maternas em tempos pandêmicos, a Rafaela Pereira Alves *et al.* apontam que tais óbitos foram mais prevalentes entre mulheres discriminadas em razão de raça e classe e tiveram relação com a assistência inadequada durante a gestação. Nesse sentido, as autoras indicam como impactos preliminares da pandemia da Covid-19 sobre a mortalidade materna – além do exorbitante aumento da sua incidência – fragilidades no acesso e no atendimento à saúde de gestantes e puérperas, por causa do congestionamento das redes de assistência, e deficiências no acompanhamento pré-natal e em consultas puerperais provocadas pelo medo das mulheres de recorrer ao sistema de saúde durante uma pandemia⁸⁴⁹.

Já na apresentação dos dados preliminares de um estudo qualitativo desenvolvido a partir de entrevistas com parentes de 25 gestantes e puérperas brasileiras (quase todas pobres, em interseção com outros marcadores sociais de desigualdades) que morreram em decorrência da Covid-19, a Débora Diniz, a Luciana Brito e a Gabriela Rondon identificaram – no contexto de falhas do sistema de saúde brasileiro no manejo da pandemia, o que inclui o fato de que as vacinas só se tornaram prontamente disponíveis para as gestantes em julho de 2021 – três barreiras no acesso a uma assistência centrada na saúde das mulheres. Elas são

⁸⁴⁵ Para mais informações sobre as críticas à Lei das Cesáreas, cf. BRASILEIRO; PEREIRA, 2021; SIQUEIRA, 2021.

⁸⁴⁶ SIQUEIRA, 2021, p. 67-68.

⁸⁴⁷ ALVES, Rafaela Pereira *et al.* Mortalidade materna em tempos de pandemia de COVID-19: uma revisão Integrativa. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 4, e28711426942, p. 1-8, 18 mar. 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i4.26942>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/26942>. Acesso em: 26 maio 2022.

⁸⁴⁸ DINIZ, Débora; BRITO, Luciana; RONDON, Gabriela. Maternal mortality and the lack of women-centered care in Brazil during COVID-19: preliminary findings of a qualitative study. *The Lancet Regional Health – Americas*, v. 10, 100239, p. 1-3, 10 jun. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100239>. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2667-193X%2822%2900056-4>. Acesso em: 26 maio 2022.

⁸⁴⁹ ALVES, 2022, p. 6.

referentes a atrasos: na identificação dos sintomas da Covid-19 em gestantes e, conseqüentemente, na testagem dessas mulheres; na hospitalização dessas sujeitas após o diagnóstico da doença; e na provisão de cuidados intensivos após a internação⁸⁵⁰.

Nesse panorama de deterioração da assistência à saúde materna no Brasil, em 2022, já aconteceram outras duas ações do MS na direção de mais retrocessos nessa seara. Embora elas sejam posteriores ao dia 15 de março, data do julgamento dos agravos de instrumento interpostos contra o desmonte da Maternidade Leonina Leonor Ribeiro e do marco final do estudo de caso, compreendo que é importante apresentá-las para melhor compreensão do contexto nacional dos movimentos pela humanização da assistência ao parto e ao nascimento e dos desmontes de políticas públicas por parte do governo federal.

A primeira foi a publicação da Portaria nº 715, de 4 de abril de 2022, do MS, que instituiu a Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI)⁸⁵¹. Destaco, desde já, que a sustação desse ato normativo foi proposta no Senado por meio do Projeto de Decreto Legislativo (PDL) nº 80, de 2022, de autoria do senador Humberto Costa (PT)⁸⁵². O motivo de tal proposição é a extrapolação do exercício de poder regulamentar por parte do Poder Executivo, que não pactuou a referida portaria com a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), à qual compete, de acordo com a Lei Orgânica do SUS, a definição das diretrizes de organização das redes de ações e serviços de saúde em nível nacional⁸⁵³.

Esse não é o único problema da instituição da RAMI, que alterou a Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017 do MS, que dispõe sobre as redes temáticas de atenção à saúde no Brasil⁸⁵⁴ e, assim, substituiu a Rede Cegonha. Ao comparar as disposições da Portaria nº 715/2022 com os artigos substituídos, é evidente que a nova rede constitui um retrocesso na política saúde materno-infantil. No texto da RAMI, essa perda se demonstra

⁸⁵⁰ DINIZ; BRITO; RONDON, 2022.

⁸⁵¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 715, de 4 de abril de 2022. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, n. 66, p. 591, abr. 2022a. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-715-de-4-de-abril-de-2022-391070559>. Acesso em: 27 maio 2022.

⁸⁵² SENADO FEDERAL. *Projeto de Decreto Legislativo nº 80, de 2022*. Susta os efeitos da Portaria GM/MS nº 715, de 4 de abril de 2022, do Ministério da Saúde que “Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI)”. Brasília, DF: Senado Federal. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=9130644&ts=1651066238986&disposition=inline>. Acesso em: 27 maio 2022.

⁸⁵³ SENADO FEDERAL, 2022.

⁸⁵⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017*. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html#ANEXOII. Acesso em: 27 maio 2022.

logo no início, pela ausência da garantia dos direitos sexuais e reprodutivos e do enfoque de gênero nos seus princípios, como também pela perda da integralidade da proposta, não mais contemplando crianças até os seus 24 meses de vida⁸⁵⁵.

Além disso, apesar de a implementação de um modelo de atenção humanizado constar em seus objetivos, a Portaria nº 715/2022 tem vários elementos que, no sentido proposto neste trabalho, na verdade prejudicam a humanização. Alguns deles são a propositura da extinção dos CPN do tipo peri-hospitalar – que a Leonina poderia ser –, a afirmação da centralidade das profissionais da medicina na assistência e a desconsideração de indicadores de qualidade dos cuidados para a avaliação dos serviços, como os percentuais da presença das acompanhantes, de partos na água e em posições verticalizadas e da prática de episiotomias⁸⁵⁶. Por essas razões, a criação da RAMI vem sendo objeto de muitas críticas.

Por fim, dando continuidade ao que compreendo ser a promoção de um esfacelamento dos processos de mudança de paradigmas de cuidados obstétricos no Brasil, no dia 4 de maio de 2022, o MS publicou a nova edição da caderneta da gestante⁸⁵⁷ – um documento muito importante para que as mulheres se informem sobre os prognósticos clínicos e os direitos que elas, suas bebês e suas famílias possuem durante o ciclo gravídico-puerperal e o nascimento. Além disso, a caderneta da gestante também é utilizada pelas profissionais da saúde para a realização de anotações sobre a assistência prestada à usuária do SUS.

Não desconsidero que na sexta edição desse documento o MS afirme priorizar a oferta de um atendimento humanizado, seguro e de qualidade, incentive algumas boas práticas assistenciais, bem como apresente informações sobre direitos referentes à atenção aos processos reprodutivos, tais como a presença de uma acompanhante durante toda a internação para o parto e o nascimento, a vinculação a uma maternidade de referência e a inserção de um dispositivo intrauterino (DIU) logo após o parto⁸⁵⁸. Apesar disso, a nova caderneta da gestante é silente quanto a pontos centrais de uma assistência humanizada e tem várias disposições que vêm sendo contestadas justamente por serem incompatíveis com um processo de mudança de modelos assistenciais.

No que se refere aos silêncios desse documento proposto pelo atual governo federal, tem-se a ausência de previsões sobre o consentimento da mulher à realização de intervenções

⁸⁵⁵ BRASIL, 2022a.

⁸⁵⁶ BRASIL, 2022a.

⁸⁵⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderneta da gestante*. 6. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_gestante_versao_eletronica.pdf. Acesso em: 27 maio 2022.

⁸⁵⁸ BRASIL, 2022b, p. 44.

durante o trabalho de parto e o parto, como se elas dependessem exclusivamente da identificação de uma indicação clínica por parte da equipe de saúde⁸⁵⁹. A nova caderneta também não faz qualquer menção à possibilidade de elaboração de um plano de parto – recurso importantíssimo para a manifestação das vontades da paciente –, nem aos benefícios do acompanhamento da gestante e da parturiente por uma doula.

Além disso, a nova caderneta da gestante afirma a possibilidade de indicação clínica da realização de episiotomia⁸⁶⁰, embora esse seja um procedimento que, como exposto no Capítulo 2, é entendido por alguns grupos como uma violência obstétrica⁸⁶¹. Por fim, o documento afirma que o aleitamento exclusivo funciona como método contraceptivo até o sexto mês de vida da bebê, desde que a mãe esteja amamentando em livre demanda e que não tenha voltado a menstruar⁸⁶². No caso, a informação sobre a possibilidade de prevenir uma nova gestação por meio da amamentação está apresentada de forma muito superficial e pode induzir as mulheres a um erro, contribuindo para a frustração do exercício do direito ao planejamento reprodutivo.

7.3.2 Uma mudança de rota em direção ao retrocesso

A partir de um emparelhamento histórico do que ocorreu em níveis nacional e local na seara de mudanças de paradigmas de atenção ao ciclo gravídico-puerperal, especialmente após as eleições presidenciais de 2018, compreendo que há proximidades relevantes entre as duas conjunturas. Nesse sentido, assim como identificado quanto à SMSA durante o governo de Alexandre Kalil (PSD) em Belo Horizonte, parece-me que o MS, no governo de Jair Bolsonaro (PL), também passou a realizar um uso retórico do discurso da humanização da assistência ao parto e ao nascimento.

Isso porque (consoante o exposto na seção 6.2.1 desta dissertação) a administração pública belo-horizontina afirmava defender o modelo assistencial humanizado, mas, ao mesmo tempo, desarticulou a Comissão Perinatal e deu início ao desmonte da Leonina – ensejando, inclusive, a afirmação do secretário municipal de Saúde de que a proposta inicial do equipamento seria um “um culto romântico ao ultrapassado”⁸⁶³. De forma parecida, o

⁸⁵⁹ Cf. BRASIL, 2022b, p. 32.

⁸⁶⁰ BRASIL, 2022b, p. 32.

⁸⁶¹ Cf. AMORIM; DELGADO; KATZ, 2020; DINIZ; CHACHAM, 2006, p. 85; SANTOS; SHIMO, 2008, p. 646.

⁸⁶² BRASIL, 2022b, p. 44.

⁸⁶³ Cf. MORAES, 2021.

governo federal também permaneceu dizendo ser um propulsor da humanização dos cuidados obstétricos e neonatais – como se vê no Ofício nº 296/2019/COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS⁸⁶⁴ e na nova caderneta da gestante⁸⁶⁵ –, mas, entre outras medidas, posicionou-se contrariamente ao emprego da expressão “violência obstétrica”⁸⁶⁶ e deu fim à Rede Cegonha⁸⁶⁷.

Assim, em ambas as esferas governamentais, vejo um falso apoio à humanização da assistência ao parto e ao nascimento, visto que acompanhado de medidas que mantêm e promovem o modelo tecnocrático, bem como que favorecem a violação de direitos de mulheres e bebês durante o atendimento aos processos reprodutivos.

Além disso, em se tratando da implementação de políticas públicas de saúde, é importante destacar que os retrocessos aqui discutidos são particularmente prejudiciais para parcelas mais vulneráveis da população. No Capítulo 6, isso se evidenciou pela mobilização de documentos com falas de ativistas que denunciaram que o acesso a uma boa assistência ao parto e ao nascimento em Belo Horizonte é muito mais fácil para quem tem condições de pagar por isso⁸⁶⁸, como também que o desmonte da Leonina foi uma medida agravadora de desigualdades sociais do Município. Afinal, a Maternidade seria inaugurada e melhoraria o atendimento ao ciclo gravídico-puerperal em Venda Nova, onde muitas das mulheres são pretas, pobres e, portanto, mais expostas à desassistência em seus processos reprodutivos, às violências obstétricas e à mortalidade materna⁸⁶⁹.

Nesse panorama, nacionalmente, a pandemia da Covid-19 escancarou como o desmantelamento das políticas voltadas para a saúde materna foi pior para as sujeitas atravessadas por múltiplos eixos de discriminação. Isso se demonstra pelos achados das pesquisas já existentes, que quantificam o exorbitante aumento de óbitos maternos em decorrência dessa doença – demonstrando como o gênero por si só enseja certa vulnerabilidade social – e que denunciam o pertencimento da maioria dessas gestantes e puérperas falecidas a grupos discriminados com base em raça e classe⁸⁷⁰.

No Capítulo 6, sugeri ainda que elementos do caso em estudo desvelaram uma pretensão da SMSA de favorecer a indústria farmacêutica-hospitalar e o empresariado médico

⁸⁶⁴ BRASIL, 2019b.

⁸⁶⁵ BRASIL, 2022b.

⁸⁶⁶ BRASIL, 2019a.

⁸⁶⁷ BRASIL, 2022a.

⁸⁶⁸ Cf. ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DE MINAS GERAIS, 2019.

⁸⁶⁹ Cf. MORAES, 2021.

⁸⁷⁰ Cf. ALVES, 2022; DINIZ; BRITO; RONDON, 2022.

em detrimento da saúde das mulheres belo-horizontinas. De maneira próxima, o contexto apresentado na seção anterior também indica uma aproximação das medidas implementadas pelo MS com interesses classistas e corporativistas. Trata-se de algo que não apenas foi apontado pelo MPF na Recomendação nº 29/2019⁸⁷¹, mas que me parece perceptível sobretudo na instituição da RAMI, que, entre outras disposições, propôs a extinção de CPN peri-hospitalares e atribuiu às médicas-obstetras a centralidade na assistência ao parto e ao nascimento⁸⁷².

Nessa reflexão, inclusive, parece-me importante pontuar que o estudo de caso demonstrou ao menos dois momentos em que o CRM-MG se posicionou em suporte às decisões da SMSA: na 5ª Reunião Extraordinária da Comissão de Saúde e Saneamento da CMBH do ano de 2018⁸⁷³ e nos agravos de instrumento interpostos⁸⁷⁴. Em nível nacional, vejo que, nos últimos anos, as ações do MS se aproximaram às articulações de Conselhos de Medicina, que, desde a década anterior, já se posicionavam contra a humanização da assistência ao parto e ao nascimento⁸⁷⁵.

Por fim, embora a mobilização das muitas fontes para a construção do Capítulo 6 tenha permitido uma melhor visualização das resistências às decisões da SMSA, na apresentação dos acontecimentos posteriores à eleição de Jair Bolsonaro (PL) também se vê que as ações do MS enfrentaram questionamentos⁸⁷⁶, os quais constituíram *disputas por direitos e seus sentidos*. Apesar deles, no âmbito do governo federal, compreendo – com a Teoria Crítica da Constituição – que as mais recentes ações do MS desvelam uma *autoprogramação da administração pública federal*, que (apesar de algumas contradições) busca se fechar às demandas históricas dos movimentos de mulheres e da comunidade científica⁸⁷⁷.

Vejo, por todo o exposto, que a cena nacional da humanização da assistência ao parto e ao nascimento igualmente é ilustrativa da falibilidade da vivência da normatividade constitucional, haja vista os retrocessos sofridos nos últimos anos, mas também da sua capacidade de autocorreção, considerando a permanência dos enfrentamentos e das resistências às políticas do MS⁸⁷⁸. Por isso, no período aqui discutido, o caso da Maternidade

⁸⁷¹ Cf. MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2019.

⁸⁷² Cf. BRASIL, 2022a.

⁸⁷³ Cf. CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2018.

⁸⁷⁴ Cf. MINAS GERAIS, 2022.

⁸⁷⁵ Cf. RATTNER *et al.*, 2014, p. 125; SIQUEIRA, 2021, p. 66-67.

⁸⁷⁶ Cf. SENADO FEDERAL, 2002; MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2019.

⁸⁷⁷ Cf. CATTONI DE OLIVEIRA, 2021a, p. 130-131.

⁸⁷⁸ Cf. CATTONI DE OLIVEIRA, 2021a, p. 132.

Leonina Leonor Ribeiro também me parece exemplar das lutas nacionais pela humanização da atenção ao parto e ao nascimento.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nestas considerações finais, avaliando os caminhos percorridos e respeitando a complexidade das lutas pela humanização da assistência ao parto e ao nascimento e da história da Maternidade Leonina Leonor Ribeiro, busco explorar as limitações desta pesquisa e, a partir delas, sugerir algumas possibilidades de desenvolvimento de contribuições acadêmicas futuras. Além disso, sintetizo os achados mais relevantes do trabalho.

Na Parte 1, busquei apresentar os processos de construção e os aspectos metodológicos da presente dissertação (Introdução). Em seguida, o quadro de questões teóricas e histórico-contextuais de onde partiram as formulações desenvolvidas no estudo de caso, para que a leitora pudesse compreendê-las (Capítulo 2).

Devido às limitações inerentes ao desenvolvimento de uma pesquisa de mestrado e aos objetivos deste trabalho – mapear as tensões e as disputas político-jurídicas que o caso desvela na medida da sua inserção nos movimentos de mudança de paradigmas da assistência ao parto e ao nascimento em Belo Horizonte –, as apresentações da literatura e dos acontecimentos realizadas, em alguma medida, foram simplistas. No Capítulo 2, mais especificamente, deixei de fora do texto algumas nuances das lutas pela humanização da assistência ao parto e ao nascimento e, dessa forma, estruturei um resgate histórico e teórico com mais imperatividade do que a realidade a ele referente possui.

Na Parte 2, desenvolvi o estudo de caso sobre a Maternidade Leonina Leonor Ribeiro. Muitas foram as dificuldades vivenciadas no caminho e muitas são as suas limitações.

Primeiramente, a despeito de a adoção de uma base exclusivamente documental se justificar pelos motivos expostos na Introdução, não trabalhar com outros modos de pesquisa de campo foi desafiador. Isso porque os documentos analisados são meros vestígios de uma realidade a qual possui detalhes, nuances e dinâmicas internas que não são registradas neles, mas que, em certa medida, cheguei a conhecer por meio do meu contato com mulheres em luta pela abertura da Leonina. Desse modo, reconheço que a ausência dos elementos excluídos de registros documentais definiu contornos da narrativa construída que podem não ser reconhecíveis por quem vivenciou o caso estudado.

Tentando driblar essa ausência, como explicado na Introdução, algumas vezes realizei buscas por materiais que documentassem as informações conhecidas informalmente. Percebi, então, que se tivesse entrevistado algumas pessoas ou desenvolvido uma observação participante nas minhas inserções no movimento Leonina Leonor é Nossa para complementar a análise documental, provavelmente eu teria: desenvolvido a dissertação com um *corpus*

empírico delimitado com mais rigor metodológico; economizado o trabalho de buscar ativamente documentos ausentes no dossiê produzido pelo CMS-BH; incorporado elementos que demonstram os processos históricos que fizeram com que os próprios registros documentais existam; e enriquecido a pesquisa com mais vozes de sujeitas que foram e são bem importantes nas lutas pela abertura da Maternidade.

Especialmente quanto a essa última percepção, afirmo o reconhecimento de que o resgate das interveniências dos movimentos sociais ficou bastante fragmentado, pois analisei algumas ações do Nasce Leonina e do Leonina Leonor é Nossa, mas deixei de fora do texto várias outras ações dessas atrizes intervenientes, bem como outros movimentos sociais que somaram corpo às lutas pela Leonina. Por todo esse panorama, compreendo que muito da narrativa e das formulações teóricas desenvolvidas poderá ser discutido e complementado em produções acadêmicas futuras que mobilizem outras metodologias de pesquisa empírica.

Ainda quanto ao empreendimento de um estudo de caso de base documental, tem-se que a mobilização de um volume significativo de fontes foi uma das dificuldades deste trabalho, principalmente porque, como já exposto, a maior quantidade de documentos a que tive acesso é referente a um período relativamente curto da história da Leonina. Assim, por mais que a análise das muitas fontes que abrangem fatos ocorridos desde a desapropriação do prédio do Hospital Dom Bosco à judicialização do desmonte da Maternidade seja importante para que a leitora conheça a história com maior inteireza, reconheço que a documentação foi analisada e que os acontecimentos foram narrados de modo mais superficial do que teriam sido se o volume de materiais a ser estudado fosse mais enxuto.

Nesse sentido, ao longo da escrita percebi que esta pesquisa poderia ter tido outros recortes. Destaco, entre eles, uma construção do caso limitada nos fatos ocorridos durante os mandatos do ex-prefeito Alexandre Kalil (PSD), principalmente porque no dossiê do CMS-BH estão compiladas mais fontes relativas a esses anos, as quais permitiriam um estudo com profundidade. Então, com base nessa percepção, compreendo que sobretudo a Parte 2 deste trabalho anuncia várias outras possibilidades de pesquisas sobre a Leonina, recortadas sejam em lapsos temporais menores ou distintos, sejam na atuação de atrizes intervenientes específicas (por exemplo, a administração municipal, o CMS-BH, os movimentos sociais ou o Poder Judiciário).

Em se tratando da análise documental, parece-me importante dizer que o meu primeiro contato com o processo de avaliação da qualidade de documentos foi no curso desta pesquisa de mestrado. Por causa disso, tenho a leitura de que se já possuísse maior familiaridade com essa ferramenta metodológica, eu poderia ter esgotado mais as suas possibilidades. Isso

porque, fazendo um balanço dos esforços empreendidos, sinto que as ressalvas feitas a algumas das fontes em razão da sua qualidade enquanto evidência implicaram menos na consideração de seu conteúdo para a construção da narrativa do que deveriam ter implicado.

Antes de sintetizar os achados dos capítulos que compõem a Parte 2, ressalto que, como um todo, o estudo de caso sobre a Maternidade Leonina Leonor Ribeiro demonstrou como a história das lutas pela humanização da assistência ao parto e ao nascimento compõe processos fecundos de disputas político-jurídicas por direitos e seus sentidos, bem como por sentidos da constituição, sempre pressionados pelos imperativos sistêmicos do capitalismo e pelo risco de autoprogramação da administração burocrática.

No Capítulo 3, fiz um resgate do nascimento e da atuação da Comissão Perinatal até o marco inicial do caso propriamente dito. A partir da narrativa da sua interveniência vanguardista nos processos de transformação de paradigmas de cuidados perinatais em Belo Horizonte, foi possível mapear que a referida Comissão pautava as suas ações – destinadas à humanização da atenção aos cuidados obstétricos, mas não só – reivindicando sentidos de direito à saúde que as justificavam.

Durante os anos a que o Capítulo 3 se refere, a Comissão Perinatal já enfrentava as resistências de setores contrários às transformações assistenciais que ela promovia, especialmente as organizações hospitalares e as associações médicas. Para que a continuidade das ações da Comissão fosse possível, de modo geral, duas questões se mostraram essenciais: o apoio da administração pública belo-horizontina que, no tocante à reforma obstétrica, durante a gestão de Fernando Pimentel (PT), se permeava às disputas interpretativas pautadas na esfera pública; e a própria estrutura da Comissão Perinatal, que incorporava e geria as tensões, as contradições e os conflitos inerentes aos processos de mudar modelos de cuidados e, assim, garantir e promover direitos – especialmente para grupos populacionais mais vulneráveis, como as mulheres e as crianças.

O Capítulo 4 aborda a concepção e a construção da Leonina, que ocorreram no ínterim da continuidade e dos avanços no modo de atuação da Comissão Perinatal descrito no capítulo anterior. A implantação da Maternidade em Venda Nova era disputada como política pública de saúde que contribuiria para promover cidadania e igualdade e para proteger a maternidade e a infância. Afinal, seria um equipamento do SUS que ofereceria uma assistência humanizada para as moradoras da região – muitas delas pretas e pobres e, por isso, historicamente marginalizadas do acesso a ações e a serviços de saúde, além de vulnerabilizadas à prática de violências obstétricas com contornos muito específicos.

Nesse período, a partir das fontes mobilizadas, foi possível identificar o fortalecimento de uma luta pela humanização alicerçada na reivindicação e na defesa de direitos de mulheres e crianças na assistência. Até certo ponto, a administração seguiu apoiando a Comissão Perinatal nas suas ações e nos enfrentamentos às forças corporativistas a elas contrárias – tanto é que o descredenciamento de uma maternidade privada com fins lucrativos conveniada ao SUS, a Mater-Clínica, foi determinante para o planejamento da Leonina. Contudo, após o início do primeiro mandato de Márcio Lacerda (PSB), a SMSA pautou a necessidade de mudar o projeto licitado, o que ensejou um atraso e, posteriormente, o encerramento do contrato com a entrega apenas provisória do serviço.

O Capítulo 5 trata do momento durante o qual a Maternidade não foi inaugurada, apesar de as suas obras estarem quase finalizadas, paradoxalmente a um avanço de outras ações destinadas à mudança de paradigmas assistenciais no Município. Um de seus elementos centrais é a apresentação da estratégia de reivindicação da implementação do equipamento como um CPN peri-hospitalar, desenvolvida em consonância com a nova normatização do MS sobre esse tipo de estabelecimento.

No mapeamento das disputas político-jurídicas pela inauguração do CPN Leonina Leonor Ribeiro, tornou-se mais evidente o engajamento de mulheres ativistas com a pauta, as quais, articuladas no movimento social Nasce Leonina, se mostraram subjetivamente muito implicadas com o desejo de abertura do serviço e escancararam a dimensão da negatividade constitutiva das lutas pela humanização da assistência ao parto e ao nascimento. Os documentos mobilizados também registram que, a elas alinhadas para pressionar a gestão de Márcio Lacerda (PSB) pela inauguração, outras atrizes intervenientes cresceram na sua influência no caso, especialmente o CMS-BH e o MPMG.

Ocorre que, na medida em que os movimentos aumentaram a radicalidade da defesa de uma reforma obstétrica na cidade com a propositura de um CPN no lugar de uma maternidade completa, as pressões contrárias incidentes sobre as lutas também cresceram. Mais especificamente, a narrativa do período em questão ilustra melhor a resistência corporativista ao protagonismo da enfermagem no atendimento obstétrico de risco habitual e à desospitalização de partos e nascimentos (essencialmente disruptiva com a hegemonia da indústria farmacêutica-hospitalar).

Nesse panorama, a administração municipal ocasionalmente indicava um interesse na inauguração da Leonina, mas, ao mesmo tempo, constantemente afirmava uma indisponibilidade de recursos financeiros para concluir as obras e implantar o equipamento. A ausência de demonstração inequívoca dessa falta de verbas, somada ao insucesso das

negociações com a administração pública encabeçadas pela Comissão Perinatal em conjunto com os movimentos sociais e com o controle social da saúde, anunciava o que se consumaria após a eleição de Alexandre Kalil (PSD): o alinhamento do Poder Executivo do Município aos interesses do empresariado médico-hospitalar – majoritariamente contrários à transformação de paradigmas assistenciais.

No Capítulo 6, demonstro que, a partir de 2018, com a nova Coordenação Perinatal, a gestão da saúde explicitou o seu posicionamento contrário à abertura da Leonina. Muitos foram os argumentos que a administração pública utilizou para justificar a decisão de não inaugurar o serviço, todos eles contestados por diversas atrizes intervenientes (como o CMS-BH e o MPMG) e em variados espaços (como a ALMG e a CMBH). Nesse cenário, para os segundo e terceiro andares da UPA Venda Nova, a gestão propôs, enfim, a implantação do CAM: um centro destinado à atenção especializada à saúde das mulheres, planejado sem embasamento nas necessidades da população e em contradição às diretrizes de hierarquização e integralidade da assistência do SUS.

A proposta desse novo equipamento não partiu, nem passou pela avaliação ou pela aprovação seja dos movimentos sociais, seja das instâncias de controle social da saúde. Além disso, em sendo um centro de especialidades, trata-se de um serviço que, diferentemente da Leonina, privilegia o uso de tecnologias duras na atenção à saúde e tende a atribuir maior centralidade na assistência prestada por profissionais da medicina, na contramão das perspectivas de respeito à fisiologia do parto e de cuidado e humanização disputadas interpretativamente na esfera pública. Por essas razões, entendo que a decisão da administração pública belo-horizontina de implantar o CAM beneficia grupos poderosos e majoritariamente contrários a uma reforma obstétrica que efetivamente garanta e promova direitos de mulheres e bebês na assistência ao ciclo gravídico-puerperal e ao nascimento.

Além do alinhamento com os imperativos sistêmicos da economia capitalista que, a todo tempo, fizeram pressão sobre as disputas político-jurídicas mapeadas neste trabalho, dois aspectos da interveniência do Poder Executivo que permearam a imposição da implementação do novo Centro em Belo Horizonte chamam a atenção. Primeiramente, a defesa de uma ideia distorcida de humanizar os cuidados obstétricos, que acaba encontrando adesão social, dada a necessidade ainda existente de uma transformação cultural quanto aos processos de parturição. Em segundo lugar, o grave desrespeito às competências do CMS-BH e do controle social da saúde como um todo e, conseqüentemente, à legislação do SUS, constituindo um perigoso precedente na cidade.

O avanço desse retrocesso nos processos de mudanças de paradigmas de assistência ao parto e ao nascimento foi escancarado quando, em janeiro de 2021, o movimento Leonina Leonor é Nossa descobriu que a Maternidade já estava sendo desmontada. Depois disso, as tentativas de negociação com a administração pública não foram exitosas, o que ensejou o ajuizamento de duas ações visando a impedir a destruição do equipamento, as quais, em razão do indeferimento do pedido liminar, permitiram que o Município prosseguisse estruturando o CAM nos segundo e terceiro andares da UPA Venda Nova até o julgamento dos processos.

Considerando toda essa conjuntura a partir de um olhar acadêmico e político, compreendo que a judicialização da situação da Maternidade até o marco temporal de encerramento do caso de certa forma consumou o retrocesso anunciado alguns anos antes. Afinal, ao permitir a continuidade da construção do CAM, o Poder Judiciário autorizou uma autoprogramação da administração pública, que não mais decidiu sobre a implementação da Maternidade Leonina Leonor Ribeiro em correspondência ao histórico das lutas pela humanização da assistência ao parto e ao nascimento em Belo Horizonte.

Ao final do estudo de caso, o que se vê é que a Leonina foi planejada e construída para compor e radicalizar um processo de progressiva transformação de paradigmas assistenciais na cidade, o qual era propulsionado pela Comissão Perinatal, vinculada à SMSA, em interface constante com as disputas político-jurídicas pautadas na esfera pública. Todavia, na medida em que as gestões foram sendo trocadas, os governos municipais se fecharam às lutas pela humanização da atenção ao parto e ao nascimento, o que, de acordo com elementos constantes nas fontes mobilizadas, se deve a um alinhamento político com os setores médico e hospitalar. O início do desmonte do equipamento foi uma chancela do intuito da atual gestão de pautar um regresso na história de mudanças de paradigmas obstétricos vivida em Belo Horizonte.

Na Parte 3 da dissertação, além destas considerações finais, desenvolvi uma discussão sobre o potencial de exemplaridade do caso em estudo (Capítulo 7). Ressalto a percepção, alcançada no encerramento da escrita, de que uma outra forma possível de construção deste texto teria sido o desenvolvimento da referida discussão em conjunto com a narrativa do caso. Isso porque, mais do que emparelhados, os processos locais e nacionais de transformação de paradigmas obstétricos e neonatais são conectados. Não obstante, vale dizer que esse não foi o caminho escolhido já que um debate mais extenso e aprofundado sobre o potencial de exemplaridade da Leonina prejudicaria o foco no objetivo de mapeamento de disputas político-jurídicas desta pesquisa.

Além disso, uma vez que escrito em função da Parte 2, ressalvo que no Capítulo 7 não me aprofundei nas disputas e nas tensões que perfizeram as (des)construções de políticas

nacionais de assistência ao parto e ao nascimento. Somando isso à não exaustividade da apresentação dos fatos ocorridos dentro do recorte temporal adotado, trata-se de um capítulo – assim como o Capítulo 2 – restritivo na sua abordagem dos movimentos pela humanização dos cuidados obstétricos e neonatais. Sendo assim, parece-me que a compreensão da exemplaridade do caso da Leonina esboçada nesta dissertação é algo a ser mais bem refletido em produções acadêmicas futuras.

Dito isso, relativamente aos achados desse capítulo, tem-se que o caso em estudo me pareceu exemplar dos movimentos pela humanização vividos no Brasil. Ainda que, em alguns momentos, a experiência belo-horizontina tenha sido mais progressista que a brasileira, de modo geral, em ambos os níveis foi trilhada uma rota da vanguarda ao retrocesso no que se refere à transformação do atendimento ao parto e ao nascimento.

Por fim, adotando a Teoria Crítica da Constituição como chave de leitura para este trabalho, todo o exposto desvelou o caso da Leonina – na medida em que inserido no contexto político, social e econômico das lutas pela humanização da assistência ao ciclo gravídico-puerperal – como ilustrativo da experiência da normatividade constitucional enquanto processo de aprendizagem social de longo prazo, atravessado por tropeços e por retrocessos, mas capaz de se autocorriger por meio do tensionamento dos princípios do Estado de Direito e dos direitos fundamentais pelas sujeitas em luta. É o que espero para o campo do parir e do nascer: um porvir de reconhecimentos e afirmações de (novos) direitos, com a implementação de políticas promotoras de melhorias materiais nas vidas de todas.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Resolução Normativa – RN nº 368, de 6 de janeiro de 2015*. Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar. Brasília, 6 jan. 2015. Disponível em: http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=2892. Acesso em: 23 maio 2022.
- ALCOFF, Linda Martín. The Problem of Speaking for Others. *Cultural Critique*, Minnesota, n. 20, p. 5-32, 1991-2. DOI: <https://doi.org/10.2307/1354221>. Disponível em: <https://blogs.baruch.cuny.edu/digitalcombishop/files/2016/03/AlcoffProblemSpeakingForOthers.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2021.
- ALCOFF, Linda Martín. Uma epistemologia para a próxima revolução. *Revista Sociedade e Estado*, Brasília, v. 31, n. 1, p. 129-43, jan./abr. 2016. DOI: 10.1590/S0102-69922016000100007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922016000100129&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 jan. 2021.
- ALVES, Rafaela Pereira *et al.* Mortalidade materna em tempos de pandemia de COVID-19: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 4, e28711426942, p. 1-8, 18 mar. 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i4.26942>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/26942>. Acesso em: 26 maio 2022.
- AMORIM, Melânia Maria; DELGADO, Alexandre; KATZ, Leila. Letter to the editor: is it time to abandon episiotomy use? A randomized controlled trial (EPITRIAL). *International Urogynecology Journal*, v. 31, n. 2451, p. 1-1, 21 jul. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00192-020-04421-2>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00192-020-04421-2#citeas>. Acesso em: 13 fev. 2022.
- ARTEMIS. Resolução Normativa 368 ANS. [19 jan. 2015?]. Disponível em: <https://www.artemis.org.br/single-post/2015/01/19/resolu%C3%A7%C3%A3o-normativa-368-ans>. Acesso em: 23 maio 2022.
- BARA MAIA, Mônica. *Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional na rede hospitalar pública e privada de Belo Horizonte*. 2008. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008. Disponível em: http://www.biblioteca.pucminas.br/teses/CiencSociais_MaiaMB_1.pdf. Acesso em: 23 jul. 2019.
- BARBOZA, Heloísa Helena. Violência Obstétrica e os direitos da pessoa transexual gestante. In: CASTRO, Thamís Dalsenter Viveiros de (coord.). *Violência obstétrica em debate: diálogos interdisciplinares*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019. p. 1-19.
- BELO HORIZONTE. Lei nº 9.016, de 3 de janeiro de 2005. Dispõe sobre a garantia de acompanhamento à parturiente. *Diário Oficial do Município*, Belo Horizonte, 3 jan. 2005.

Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/mg/b/belo-horizonte/lei-ordinaria/2005/901/9016/lei-ordinaria-n-9016-2005-dispoe-sobre-a-garantia-de-acompanhamento-a-parturiente>. Acesso em: 19 maio 2022.

BELO HORIZONTE. *Lei nº 9.628, de 9 de outubro de 2008*. Dá o nome de Leonina Leonor Ribeiro à Maternidade, no Bairro São João Batista. Belo Horizonte, MG: Câmara Municipal, 2008. Disponível em: <https://www.cmbh.mg.gov.br/atividade-legislativa/pesquisar-legislacao/lei/9628/2008>. Acesso em: 12 mar. 2022.

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 7 out. 2021.

BRASIL. Congresso Nacional. *Relatório Final da CPI da Mortalidade Materna*. Relatora: Deputada Elcione Barbalho. Brasília, DF: Congresso Nacional, ago. 2001. 288 p. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/parlamentar-de-inquerito/51-legislatura/cpimater/relatoriofinal.pdf>. Acesso em: 15 maio 2022.

BRASIL. *Divulgação do perfil de morbimortalidade hospitalar*. 11 mar. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/servicos-estaduais/divulgacao-do-perfil-de-morbimortalidade-da-unidade-hospitalar-1>. Acesso em: 9 jan. 2022.

BRASIL. Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 5 maio 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm. Acesso em: 24 abr. 2022

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, 8 abr. 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm. Acesso em: 19 maio 2022.

BRASIL. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, 28 dez. 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/lei/111634.htm. Acesso em: 19 maio 2022.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 21 abr. 2022.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário*

Oficial da União, Brasília, 31 dez. 1990. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 21 abr. 2022.

BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 15 jan. 1996. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm. Acesso em: 13 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução nº 26, de 3 de junho de 2008*. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Brasília, 3 jun. 2008. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html. Acesso em: 19 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderneta da gestante*. 6. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_gestante_versao_eletronica.pdf. Acesso em: 27 de maio de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016*. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. 7 abr. 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html. Acesso em: 3 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. DataSUS. *Definições*. [201-?]. Disponível em:
<http://www2.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/definicoes.htm>. Acesso em: 9 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica. *Informe da Atenção Básica 22*, Brasília, ano V, maio-jun. 2004. Disponível em:
<https://rblh.fiocruz.br/sites/rblh.fiocruz.br/files/usuario/80/pactopsfinfo22.pdf>. Acesso em: 18 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 715, de 4 de abril de 2022. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, n. 66, p. 591, abr. 2022. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-715-de-4-de-abril-de-2022-391070559>. Acesso em: 27 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 1.016, de 26 de agosto de 1993*. Aprova as Normas Básicas para a implantação do sistema “Alojamento Conjunto”, contidas no anexo I. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt1016_26_08_1993.html. Acesso em: 8 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011*. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. 24 jun. 2011.

Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 19 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.067, de 4 de julho de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 6 jul. 2005. Disponível em:

<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=193664>. Acesso em: 18 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015*. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. 7 jan. 2015. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html. Acesso em: 23 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. *Diário Oficial da União*, Brasília, 8 jun. 2000. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso em: 16 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82 p. Disponível em:

https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf. Acesso em: 3 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 302 p. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em: 8 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres. Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. *Apice On – Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia*. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, ago. 2017. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/publicacoes/>. Acesso em: 24 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Despacho*. DAPES/SAS/MS. Brasília, 3 maio 2019. Disponível em:

http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_ace_sso_externo=0. Código verificador: 9087621. Código CRC: 1A6F34C4. Acesso em: 20 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Ciclos da Vida. Coordenação de Saúde das

mulheres. *Ofício nº 296/2019/COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS*. Brasília, 7 jun. 2019. Disponível em <http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/oficio-ms>. Acesso em: 20 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização*. 1. ed. 1. reimp. Brasília, DF: MEC, 2013. 16 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 16 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014*. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sas/Links%20finalizados%20SAS%202014/prt0371_07_05_2014.html. Acesso em: 22 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Cuidando de adolescentes: orientações básicas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva* [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 44 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidando_adolescentes_saude_sexual_reprodutiva.pdf. Acesso em: 13 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. *Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida* [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 51 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 22 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. *Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana*. Relatório de recomendação. Brasília: Ministério da Saúde, mar. 2016. 106 p. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes-Cesariana_final.pdf. Acesso em: 12 jul. 2022.

BRASIL. Senado Federal. Secretaria Geral da Mesa. Secretaria de Comissões. Subsecretaria de Apoio às Comissões Especiais e Parlamentares de Inquérito. *Relatório Final*. Comissão Parlamentar Mista de Inquérito “Com a finalidade de investigar a situação da violência contra a mulher no Brasil e apurar denúncias de omissão por parte do poder público com relação à aplicação de instrumentos instituídos em lei para proteger as mulheres em situação de violência”. Relatora: Senadora Ana Rita. Brasília, DF: Senado Federal, jun. 2013. 1045 p. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/relatorio-final-da-comissao-parlamentar-mista-de-inquerito-sobre-a-violencia-contra-as-mulheres>. Acesso em: 21 maio 2022.

BRASIL; OPAS. Ministério da Saúde. *Indicadores de saúde*. Elementos conceituais e práticos. [201-]. 88 p. Disponível em: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=45251-indicadores-saude-elementos-conceituais-e-praticos-251&category_slug=health-analysis-metrics-evidence-9907&Itemid=270&lang=pt. Acesso em: 9 jan. 2022.

BRASILEIRO, Ana Clara Matias; PEREIRA, Fernanda Araujo. Cesarianas eletivas no Brasil: exercício ou negação da autonomia das pacientes? *Revista do Instituto de Ciências Penais*, Belo Horizonte, v. 6, n. 1, p. 185-221, 2021. DOI: <https://doi.org/10.46274/1909-192XRICP2021v6n1p185-221>. Disponível em: <https://www.ricp.org.br/index.php/revista/article/view/42/29>. Acesso em: 17 jul. 2021.

BRENES, Anayansi Correa. História da parturição no Brasil, século XIX. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 135-149, 1991.

CARVALHO NETTO, Menelick de. A hermenêutica constitucional e os desafios postos aos direitos fundamentais. In: CARVALHO NETTO, Menelick de. *Teoria da Constituição e Direito Constitucional*. Belo Horizonte: Conhecimento Editora, 2021. Escritos selecionados, v. 1. p. 89-108.

CARVALHO NETTO, Menelick de. Apresentação a “Legitimidade como conflito concreto do direito positivo”, de Friedrich Müller. In: CARVALHO NETTO, Menelick de. *Teoria da Constituição e Direito Constitucional*. Belo Horizonte: Conhecimento Editora, 2021. Escritos selecionados, v. 1. p. 169-174.

CATTONI DE OLIVEIRA, Marcelo Andrade. *Contribuições para uma Teoria Crítica da Constituição*. 2. ed., rev. e ampl. Belo Horizonte: Conhecimento Editora, 2021. 186 p.

CATTONI DE OLIVEIRA, Marcelo Andrade. *Teoria da Constituição*. 3. ed., rev. e ampl. Belo Horizonte: Conhecimento Editora, 2021. 292 p.

CATTONI DE OLIVEIRA, Marcelo Andrade; MARQUES, Stanley Souza. Contribuições para uma reconstrução crítica da gramática moderna da maternidade. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 28, n. 2, p. 1-16, 2020. DOI: 10.1590/1806-9584-2020v28n168037. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ref/v28n1/1806-9584-ref-28-01-e68037.pdf>. Acesso em: 4 maio 2020.

CELLARD, André. A análise documental. In: POUPART, Jean *et al.* *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Tradução de Ana Cristina Nasser. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2012. p. 295-316.

CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS. *Alyne v. Brasil*. Caso de Alyne da Silva Pimentel Teixeira (“Alyne”) v. Brasil. Disponível em: https://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2018/08/LAC_Alyne_Factsheet_Portuguese_10-24-14_FINAL.pdf. Acesso em: 21 maio 2022.

CENTRO FEMINISTA DE ESTUDOS E ASSESSORIA. CPI da mortalidade materna. Coleção Fêmea. Brasília, ano 8, n. 97, fev. 2001. Disponível em: <https://www.cfemea.org.br/index.php/colecao-femea/80-numero-097-fevereiro-de-2001/382-cpi-da-mortalidade-materna>. Acesso em: 15 maio 2022.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE. *Resolução CMS/BH – 391/16*. Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte. 31 jan. 2018. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/conselho/normatizacao/regimento-interno>. Acesso em: 7 maio 2022.

DINIZ, Débora; BRITO, Luciana; RONDON, Gabriela. Maternal mortality and the lack of women-centered care in Brazil during COVID-19: Preliminary findings of a qualitative study. *The Lancet Regional Health – Americas*, v. 10, 100239, p. 1-3, 10 jun. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100239>. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2667-193X%2822%2900056-4>. Acesso em: 26 maio 2022.

DINIZ, Simone Grilo *et al.* Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. *Journal of Human Growth and Development*, v. 25, n. 3, 2015. p. 1-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106080>. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n3/pt_19.pdf. Acesso em: 28 jul. 2019.

DINIZ, Simone Grilo, CHACHAM, Alessandra S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. *Questões de Saúde Reprodutiva*, v. 1, n. 1, p. 80-91, 2006. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1044924/mod_resource/content/1/O%20E%80%9C%20corte%20por%20cima%20e%20o%20E%80%9C%20corte%20por%20baixo%20E%80%9D.pdf. Acesso em: 6 ago. 2019.

DINIZ, Simone Grilo. *Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social*. 1996. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/969898/mod_resource/content/1/Assist%C3%A2ncia%20ao%20parto%20e%20rela%C3%A7%C3%B5es%20de%20g%C3%AAnero.pdf. Acesso em: 28 jul. 2019.

DINIZ, Simone Grilo. *Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto*. 2001. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

DINIZ, Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, jul.-set. 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000300019&script=sci_arttext. Acesso em: 11 mar. 2020.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. *Plano de Saúde, Programação Anual em Saúde e Relatório Anual de Gestão*. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/plano-de-saude-programacao-anual-em-saude-e-relatorio-de-gestao#:~:text=A%20Programa%20C3%A7%C3%A3o%20Anual%20de%20Sa%C3%BAde,mdan%C3%A7as%20que%20se%20mostrarem%20necess%C3%A1rias>. Acesso em: 30 abr. 2022.

FERNANDES, Maíra; DORNELLAS, Mariana Paganote. Maternidade e violência atrás das grades. In: CASTRO, Thamís Dalsenter Viveiros de (coord.). *Violência obstétrica em debate: diálogos interdisciplinares*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019. p. 233-247.

FIGUEIREDO, Vera de Oliveira Nunes; LANSKY, Sônia. Fóruns Perinatais no Âmbito do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais (PQM) na Amazônia Legal e Nordeste. *Caderno HumanizaSUS*, Brasília, v. 4, p. 77-108, 2014. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/humanizacao-do-parto-e-do-nascimento/>. Acesso em: 31 mar. 2020.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado. Ago. 2010. 301 p. Disponível em: https://fpabramo.org.br/publicacoes/wp-content/uploads/sites/5/2017/05/pesquisaintegra_0.pdf. Acesso em: 22 maio 2022.

GOMES, David Francisco Lopes. Apresentação. In: CARVALHO NETTO, Menelick de. *Teoria da Constituição e Direito Constitucional*. Belo Horizonte: Conhecimento Editora, 2021. Escritos selecionados, v. 1. p. ix-xii.

GOMES, Juliana Cesario Alvim. *Perspectivas constitucionais para os direitos sexuais: uma abordagem democrática e integrada entre liberdade e igualdade*. 2019. 256 p. Tese (Doutorado em Direito Público) – Faculdade de Direito, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

HARAWAY, Donna. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu*, Campinas, v. 5, p. 7-41, 1995. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/1773/1828>. Acesso em: 14 jul. 2019.

LANSKY, Sônia. Gestão da qualidade e da integralidade do cuidado em saúde para a mulher e a criança no SUS-BH: a experiência da comissão perinatal. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, v. 4, n. 4, p. 191-199, 2010. DOI: <https://doi.org/10.18569/tempus.v4i4.846>. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/846>. Acesso em: 31 mar. 2020.

LANSKY, Sônia; FRANÇA, Elisabeth; KAWACHI, Ichiro. Social Inequalities in Perinatal Mortality in Belo Horizonte, Brazil: The Role of Hospital Care. *American Journal of Public Health*, v. 97, n. 5, p. 867-873, maio 2007. DOI: <https://dx.doi.org/10.2105%2FAJPH.2005.075986>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1854859/>. Acesso em: 18 maio 2020.

LANSKY, Sônia; FRANÇA, Elisabeth; LEAL, Maria do Carmo. Mortes perinatais evitáveis em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1999. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1389-1400, set.-out. 2002. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000500032>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/K6fZnp8gLjxM8tksM9vcg6M/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 7 maio 2021.

LEAL, Maria do Carmo *et al.* A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 1, p. 1-17, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00078816>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001305004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 mar. 2020.

LUGONES, María. Hacia metodologías de la decolonialidad. In: LEYVA, Xochitl *et al.* *Práticas otras de conocimiento(s): entre crisis, entre guerras*. Buenos Aires: CLACSO, 2018. t. III. p. 75-92. DOI 10.2307/j.ctvn96g99.6. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/pdf/j.ctvn96g99.6.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2020.

MACHADO, Maíra Rocha. O estudo de caso na pesquisa em direito. In: MACHADO, Maíra Rocha (org.). *Pesquisar empiricamente o direito*. São Paulo: Rede de Estudos Empíricos em Direito, 2017. p. 357-389. Disponível em: <http://reedpesquisa.org/wp-content/uploads/2019/04/MACHADO-Mai%CC%81ra-org.-Pesquisar-empiricamente-o-direito.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2020.

MAY, Tim. *Pesquisa social: questões, métodos e processos*. Tradução de Carlos Alberto Silveira Netto Soares. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MINAS GERAIS. Governo de Estado. Secretaria de Estado de Saúde. *Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.280, de 17 de fevereiro de 2016*. Aprova o Regimento Interno da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), das Comissões Intergestores Regionais (CIR) e das Comissões Regionais Ampliadas (CIRA) do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, 17 fev. 2016. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=17821-deliberacao-cib-sus-mg-n-2-280-de-17-de-fevereiro-de-2016&task=download. Acesso em: 24 out. 2021.

MINAS GERAIS. Governo de Estado. Secretaria de Estado de Saúde. *Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.030, de 13 de novembro de 2019*. Aprova o Regimento Interno da Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais (CIB-SUS/MG), das Comissões Intergestores Bipartite Macrorregionais (CIB Macro) e das Comissões Intergestores Bipartite Microrregionais (CIB Micro) do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, 13 nov. 2019. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=21025-deliberacao-cib-sus-mg-n-3-030-de-13-de-novembro-de-2019&task=download. Acesso em: 24 out. 2021.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. Autos nº 1.34.001.007752/2013-81. Inquérito Civil. *Recomendação nº 29/2019*. São Paulo, 7 maio 2019. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/arquivos/2019/5/art20190510-11.pdf>. Acesso em: 26 maio 2022.

NOSSA BH. *Mapa das desigualdades 2021*. Belo Horizonte, 4 jun. 2021. Disponível em: <https://nossabh.org.br/2021/06/mapa-da-desigualdade-de-belo-horizonte-rmbh/>. Acesso em: 25 set. 2021.

PALHARINI, Luciana Aparecida. Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil. *Cad. Pagu*, Campinas, n. 49, e174907, p. 1-37, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/18094449201700490007>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332017000100307&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 set. 2020.

PARTO DO PRINCÍPIO. Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. *Dossiê da Violência Obstétrica “Parirás com Dor”*. 2012. 188 p. Disponível em:

<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>. Acesso em: 6 ago. 2019.

PASCHE, Dário. Rede Cegonha é a oferta do Ministério da Saúde para o parto humanizado. *Caderno HumanizaSUS*, Brasília, v. 4, p. 445-452, 2014. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/humanizacao-do-parto-e-do-nascimento/>. Acesso em: 31 mar. 2020.

PEREIRA, Afonso Celso *et al.* Iatrogenia em cardiologia. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 75, n. 1, p. 75-78, jul. 2000.

PEREIRA, Fernanda Araujo. Violência obstétrica. In: RAMOS, Marcelo Maciel; VALENTIN, Márcia F. Ribeiro da Costa; NICOLI, Pedro Augusto Gravatá (org.). *Dicionário jurídico do gênero e da sexualidade*. Salvador: Devires, 2022. p. 257-267.

PORTO, Dora. Programa Comissão Perinatal de Belo Horizonte. In: LOTTA, Gabriela Spanghero; BARBOZA, Hélio Batista Barboza; TEIXEIRA, Marco Antonio Carvalho; PINTO, Verena (org.). *20 experiências de gestão pública e cidadania*. São Paulo: Programa Gestão Pública e Cidadania, 2003. [17] p. Disponível em: http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/15744/relatorio_completo_2002.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 21 mar. 2020.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. *Assistência ao Parto e Nascimento*: Diretrizes para o cuidado multidisciplinar. Belo Horizonte, 2015. Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/protocolo-assistencia_parto_nascimento-13-01-2016.pdf. Acesso em: 12 jul. 2022.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Planejamento, Orçamento e Gestão. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. *Observatório do Milênio*. Belo Horizonte, 8 jul. 2021. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/planejamento/planejamento-e-orcamento/observatorio-milenio>. Acesso em: 20 set. 2021.

RATTNER, Daphne *et al.* Os movimentos sociais na humanização do parto e do nascimento no Brasil. *Caderno HumanizaSUS*, Brasília, v. 4, p. 109-132, 2014. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/humanizacao-do-parto-e-do-nascimento/>. Acesso em: 31 mar. 2020.

RATTNER, Daphne. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. *Interface*, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 595-602, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a11v13s1.pdf>. Acesso em: 4 out. 2020.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. Linha do Tempo dos 30 Anos da Rede Feminista de Saúde, mar.-ago. 2021. Disponível em: <https://www.redesaude.org.br/linha-do-tempo/>. Acesso em: 10 jul. 2022.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS. *Dossiê Humanização do Parto*. São Paulo, 2002. 40 p. Disponível em:

https://redesaude.org.br/wp-content/uploads/2021/01/Dossie_Humanizacao-do-parto.pdf. Acesso em: 13 jan. 2022.

REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO. *Carta de Fortaleza*. Respostas para o novo milênio. 3 nov. 2000. 4 p. Disponível em: <http://rehuna.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Carta-de-Fortaleza-2000.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2022.

REGINATO, Andréa Depieri de Albuquerque. Uma introdução à pesquisa documental. In: MACHADO, Maíra Rocha (org.). *Pesquisar empiricamente o direito*. São Paulo: Rede de Estudos Empíricos em Direito, 2017. p. 189-225. Disponível em: <http://reedpesquisa.org/wp-content/uploads/2019/04/MACHADO-Mai%CC%81ra-org.-Pesquisar-empiricamente-o-direito.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2020.

REVISTA ESTUDOS FEMINISTAS. Normas de publicação. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1FgBIFohyWBPcrH7vaxPogC5whcgaoxc9/view>. Acesso em: 11 jun. 2022.

SANTOS, Jaqueline de Oliveira; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. Prática rotineira da episiotomia refletindo a desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, v. 12, n. 4, p. 645-650, dez. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452008000400006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/xGcvpnD8hXwV3mmhvQqrM9Q/?lang=pt#:~:text=Da%20an%C3%A1lise%20das%2016%20entrevistas,de%20conhecimento%20relacionado%20%C3%A0%20interven%C3%A7%C3%A3o.&text=Emergiu%20a%20concep%C3%A7%C3%A3o%20de%20que,a%20mulher%20de%20poder%20decis%C3%B3rio>. Acesso em: 20 out. 2020.

SENADO FEDERAL. *Projeto de Decreto Legislativo nº 80, de 2022*. Susta os efeitos da Portaria GM/MS nº 715, de 4 de abril de 2022, do Ministério da Saúde que “Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami)”. Brasília, DF: Senado Federal. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=9130644&ts=1651066238986&disposition=inline>. Acesso em: 27 maio 2022.

SHABOT, Sara Cohen. We birth with others: Towards a Beauvoirian understanding of obstetric violence. *European Journal of Women's Studies*, p. 1-16, maio 2020. DOI: <https://doi.org/10.1177%2F1350506820919474>. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1350506820919474>. Acesso em: 29 nov. 2020.

SIQUEIRA, Flávia. Violência na assistência ao parto e (des)respeito à autonomia da mulher: o tratamento penal das intervenções médicas arbitrárias em gestantes e parturientes. *Revista Brasileira de Ciências Criminais*, São Paulo, v. 184, ano 29, p. 55-99, out. 2021.

TERRA, Aline de Miranda Valverde; MATOS, Ana Clara Harmatiuk. Violência obstétrica contra a gestante com deficiência. In: CASTRO, Thamis Dalsenter Viveiros de (coord.). *Violência obstétrica em debate: diálogos interdisciplinares*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019. p. 185-207.

TESSER, Charles Dalcanale *et al.* Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, v. 10, n. 35, p. 1-12, 2015. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1013](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1013). Disponível em: <https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1013>. Acesso em: 3 abr. 2020.

TOMASI, Elaine *et al.* Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, e00195815, 2017, p. 1-11. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00195815>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000305001&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 2 mar. 2020.

TORNQUIST, Carmen Susana. Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. *Revista Estudos Feministas* [online], v. 10, n. 2, p. 483-492, 2º sem. 2002. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000200016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/4mpSbNhnq5dV5kV6WT8Tc5J/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 jun. 2021.

TORNQUIST, Carmen Susana. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 19, supl. 2, p. 419-427, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000800023>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/t7PPK6rNCKBFtY3ZQXXKhXj/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 30 nov. 2021.

UNICEF; REHUNA. *Assistência ao parto e ao nascimento: uma agenda para o século 21*. 1. ed. Brasília: Unicef; ReHuNa, 2021. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/media/17491/file/assistencia-ao-parto-e-nascimento-uma-agenda-para-o-seculo-21.pdf>. Acesso em 10 jul. 2022.

WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bJdS7R46GV7PB3wV54qW7vm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 31 jul. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Appropriate Technology for Birth. *The Lancet*, v. 326, n. 8452 (ii), p. 436-437, 24 ago. 1985. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(85\)92750-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(85)92750-3). Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/appropriate-technology-for-birth-who/>. Acesso em: 22 jul. 2019.

Fontes

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DE MINAS GERAIS. [13ª Reunião Ordinária – Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher]. Finalidade da reunião: apreciar a matéria constante na pauta, receber, discutir e votar proposições da comissão e realizar audiência pública. Finalidade da audiência: *Debater a abertura, estrutura e funcionamento da Maternidade Leonina Leonor Ribeiro*. Belo Horizonte, 26 set. 2019. Disponível em: https://www.almg.gov.br/atividade_parlamentar/comissoes/internaPauta.html?idCom=1132&dia=26&mes=09&ano=2019&hr=09:30&tpCom=1&aba=js_tabPauta. Acesso em: 9 nov. 2020.

BELO HORIZONTE. Decreto nº 12.390, de 1º de junho de 2006. Declara de utilidade pública, para fins de desapropriação, imóvel situado no Bairro São João Batista, na região de Venda Nova, nesta Capital. *Diário Oficial do Município*, Belo Horizonte, ano XXVI, n. 2618, p. 44, 2 jun. 2006. Disponível em: https://dom-web.pbh.gov.br/visualizacao/edicao/5761#state=1d4212d3-d582-4361-844e-0f3133ccd22b&session_state=50bd2202-6329-4009-a10b-2d5b4f081a42&code=0c39e6a4-bd7b-4ee1-943f-e4c0780dac6b.50bd2202-6329-4009-a10b-2d5b4f081a42.b119622a-06b6-465b-b551-d7dce86b197f. Acesso em: 21 set. 2021.

BELO HORIZONTE. *Diário Oficial do Município*. Belo Horizonte, ano XXIII, n. 5.444, 30 dez. 2017. 48 p. Disponível em: <https://dom-web.pbh.gov.br/visualizacao/edicao/2178>. Acesso em: 23 abr. 2022.

BELO HORIZONTE. Licitação SCO-028/12. *Diário Oficial do Município*, Belo Horizonte, ano XVIII, n. 4.070, p. 16, 16 maio 2012. Disponível em: https://dom-web.pbh.gov.br/visualizacao/edicao/806#state=4f0dea63-1c4e-4264-89d6-93583c0b73e1&session_state=50bd2202-6329-4009-a10b-2d5b4f081a42&code=ba13ef66-dc53-4180-8e3b-1ad55e4a9557.50bd2202-6329-4009-a10b-2d5b4f081a42.b119622a-06b6-465b-b551-d7dce86b197f. Acesso em: 17 out. 2021.

BELO HORIZONTE. Portaria SMSA/SUS-BH nº 0068/2017, de 11 dez. 2017. Dispõe sobre a designação de Coordenadores do Nível Central da SMSA. *Diário Oficial do Município*, Belo Horizonte, ano XXIII, n. 5.434, p. 16, 15 dez. 2017. Disponível em: https://dom-web.pbh.gov.br/visualizacao/edicao/2168#state=ab705912-4998-456a-a290-060d60ba8fdc&session_state=8bb46045-93ca-46b0-93d7-7d8e90bfd8ea&code=8ae37ce7-7bab-4ba1-a213-028f07b24f0f.8bb46045-93ca-46b0-93d7-7d8e90bfd8ea.b119622a-06b6-465b-b551-d7dce86b197f. Acesso em: 1º nov. 2021.

BELO HORIZONTE. Prefeitura assina ordem de serviço para UPA Venda Nova. *Diário Oficial do Município*, Belo Horizonte, ano XXVI, n. 2859, p. 5, 2 jun. 2007. Disponível em: https://dom-web.pbh.gov.br/visualizacao/edicao/5997#state=c9a20b17-fb86-4d74-8b6f-b296e9770d5f&session_state=50bd2202-6329-4009-a10b-2d5b4f081a42&code=2f4b1b14-cfea-43b5-9978-cea5679fca5d.50bd2202-6329-4009-a10b-2d5b4f081a42.b119622a-06b6-465b-b551-d7dce86b197f. Acesso em: 26 set. 2021.

BELO HORIZONTE. Prefeitura assume Hospital Dom Bosco. Parceria com o Estado amplia o atendimento do SUS na capital. *Diário Oficial do Município*, ano XXVI, n. 2617, p. 4, 1º jun. 2006. Disponível em: https://dom-web.pbh.gov.br/visualizacao/edicao/5760#state=a13750e1-83b9-4ecf-b003-3b4980aa9f64&session_state=50bd2202-6329-4009-a10b-2d5b4f081a42&code=7b7ad610-3d2b-44a3-8b7f-1b94d65cb949.50bd2202-6329-4009-a10b-2d5b4f081a42.b119622a-06b6-465b-b551-d7dce86b197f. Acesso em: 1º set. 2021.

BELO HORIZONTE. Prefeitura inaugura maternidade no Hospital Risoleta Tolentino Neves. Atendimento Humanizado. *Diário Oficial do Município*, Belo Horizonte, ano XXVI, n. 2924, p. 6, 6 set. 2007. Disponível em: https://dom-web.pbh.gov.br/visualizacao/edicao/6062#state=620edac7-a567-49bf-b4b7-a1dbade6c2c4&session_state=50bd2202-6329-4009-a10b-2d5b4f081a42&code=0a79be84-7cbb-4d3c-99bb-e2f11517a9b4.50bd2202-6329-4009-a10b-2d5b4f081a42.b119622a-06b6-465b-b551-d7dce86b197f. Acesso em: 9 out. 2021.

BELO HORIZONTE. Prefeitura investe R\$ 24 milhões em obras da rede municipal de saúde. Maternidade. SAMU. *Diário Oficial do Município*, Belo Horizonte, ano XXVI, n. 3087, p. 11, 8 maio 2008. Disponível em: https://dom-web.pbh.gov.br/visualizacao/edicao/6222#state=bc738c-e9b1-4932-9edc-d4e147b6100&session_state=50bd2202-6329-4009-a10b-2d5b4f081a42&code=eea7b7aa-61ea-4611-8a9f-2c8ad77917d2.50bd2202-6329-4009-a10b-2d5b4f081a42.b119622a-06b6-465b-b551-d7dce86b197f. Acesso em: 26 set. 2021.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Gerência de Assistência. Comissão Perinatal. *Maternidade Pública de Venda Nova*. Belo Horizonte, [8 out. 2007?]. 13 p.

CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. [29ª Reunião Ordinária – Comissão de Saúde e Saneamento]. Assunto: *Audiência Pública da Comissão de Saúde e Saneamento com a finalidade de discutir a situação da maternidade Leonina Leonor Ribeiro, na região de Venda Nova*. Belo Horizonte, 22 set. 2015. Disponível em: <https://cmbh.mg.gov.br/comunica%C3%A7%C3%A3o/reuni%C3%B5es/29%C2%AA-reuni%C3%A3o-ordin%C3%A1ria---comiss%C3%A3o-de-sa%C3%BAde-e-saneamento-22-09-2015>. Acesso em: 9 nov. 2020.

CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. [5ª Reunião Extraordinária – Comissão de Saúde e Saneamento]. Assunto: Audiência pública – Finalidade: *Discutir a situação física da Maternidade Leonina Leonor, em razão de irregularidades encontradas durante visita técnica da Comissão de Saúde e Saneamento*. Belo Horizonte, 09 out. 2018. Disponível em: <https://cmbh.mg.gov.br/comunica%C3%A7%C3%A3o/reuni%C3%B5es/5%C2%AA-reuni%C3%A3o-extraordin%C3%A1ria---comiss%C3%A3o-de-sa%C3%BAde-e-saneamento-09-10-2018>. Acesso em: 9 nov. 2020.

CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. *Projeto de Lei nº 1682/2008*. Dá o nome de Leonina Leonor Ribeiro à Maternidade no Bairro São João Batista. Belo Horizonte, MG: Câmara Municipal, 18 mar. 2008. 5 p.

CÂMARA TÉCNICA, 9ª; REUNIÃO ORDINÁRIA DA CIRA CENTRO, 70ª. 2015, Belo Horizonte. *Ata da 9ª Câmara Técnica e da 70ª Reunião Ordinária da CIRA Centro*. Belo Horizonte, 19 nov. 2015.

CIRA CENTRO. *Pactuação da Comissão Intergestora Regional Ampliada*. CIRA Centro. Número: 342/2015. Data: 19/11/2015. Belo Horizonte, 19 nov. 2015.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE. *Ofício 062/2021 – CMSBH/EXTERN/ 1ª PJ SAÚDE MPMG*. [Assunto: Maternidade Leonina Leonor]. Belo Horizonte, 12 fev. 2021.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE. *Ofício 439/19 – CMSBH/SMSA*. [Assunto: Projeto do Centro de Atendimento à Mulher]. Belo Horizonte, 5 ago. 2019.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE. *Relatório Final das Propostas Prioritárias*. 14ª Conferência Municipal de Saúde – Conselheiro José Carlos

Machado. Belo Horizonte, 2017. 15 p. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/conselho/cms/conferencias>. Acesso em: 21 abr. 2022.

GRUPO DE TRABALHO. *Avaliação de viabilidade da Maternidade / Centro de Parto Normal Leonina Leonor*. Belo Horizonte, 9 jul. 2016. 22 p.

MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça de Minas Gerais (Comarca de Belo Horizonte). Decisão. *Processo nº: 5022744-57.2021.8.13.0024*. Classe: [Cível]. Ação Popular (66). Assunto: [Improbidade Administrativa]. 2ª Vara de Feitos da Fazenda Pública Municipal da Comarca de Belo Horizonte. 8 mar. 2021. Disponível em: <https://pje-consulta-publica.tjmg.jus.br/pje/ConsultaPublica/DetalheProcessoConsultaPublica/documentoSemLogi nHTML.seam?ca=dc0178c2348fd2aef070a2d1af4ee2a51a1e2f7621406f8dfc5bc3451e9bb123f6e6ccc855c68227add6d24be0c940db347d9401c486e507&idProcessoDoc=2638666407>. Acesso em: 2 maio 2022.

MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça de Minas Gerais (Comarca de Belo Horizonte). Acórdão. *Agravo de Instrumento-CV nº 1.0000.21.052083-9/001*. Ementa: Agravo de Instrumento – Ação Popular – Município de Belo Horizonte – Abertura da Maternidade Leonina Leonor (Venda Nova) – Alteração de Destinação das Instalações para Implementação do Centro de Atenção à Mulher (CAM) – Obras Realizadas pelo Ente Municipal – Demanda Populacional Comprovada – Princípio da Primazia do Interesse Público – Decisão que Indeferiu a Liminar na Ação Popular – Manutenção – Continuidade das Obras – Cabimento – Recurso Desprovido. Havendo demonstração consistente no sentido de que a instalação de uma nova maternidade na rede SUS-BH revela-se no momento, não apenas prescindível, mas também impraticável e, possivelmente, sem estar amparada pela indispensável segurança, aliada à necessidade de suprir a carência, no âmbito do Município de Belo Horizonte, de rede especializada de atenção à saúde da mulher, o desprovimento do recurso é medida que se impõe, devendo ser mantida a decisão que indeferiu a liminar pleiteada nos autos da ação popular. 1ª Câmara Cível. Agravante: Carla Anunciatta de Carvalho. Agravado: Alexandre Kalil e Jackson Machado Pinto. Relator: Des. Armando Freire, 15 mar. 2022. Disponível em: <https://www4.tjmg.jus.br/juridico/sf/relatorioAcordao?numeroVerificador=100002105208390012022339845>. Acesso em: 3 maio 2022.

MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça de Minas Gerais (Comarca de Belo Horizonte). Decisão. *Agravo de Instrumento-CV nº 1.0000.21.052083-9/001*. 1ª Câmara Cível. Agravante: Carla Anunciatta de Carvalho. Agravado: Alexandre Kalil e Jackson Machado Pinto. Relator: Des. Armando Freire, 16 abr. 2021. Disponível em: https://www4.tjmg.jus.br/juridico/sf/proc_movimentacoes2.jsp?listaProcessos=10000210520839001. Acesso em: 3 maio 2022.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS. 1ª Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde de Belo Horizonte/MG. *Recomendação nº 04/2016*. Belo Horizonte, 6 maio 2016.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS. 1ª Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde de Belo Horizonte/MG. *Ofício nº 0597/2016/1ª PJ Saúde*. Assunto: Recomendação faz. Referência: IC nº MPMG-0024.16.006484-6. Objeto: Maternidade Leonina Leonor. Belo Horizonte, 9 maio 2016.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS. 1ª Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde de Belo Horizonte/MG. *Recomendação nº 06/2017*. Belo Horizonte, 1º ago. 2017.

MORAES, Gabriel. Prefeitura de BH não abrirá maternidade Leonina Leonor, construída em 2009. Em contrapartida, Conselho Municipal de Saúde e grupo social que pede abertura do local afirmam que não houve diálogo, e que espaço é importante para mães e bebês carentes. *O Tempo*, 29 jan. 2021. Disponível em: <https://www.otempo.com.br/cidades/prefeitura-de-bh-nao-abrira-maternidade-leonina-leonor-construida-em-2009-1.2441168>. Acesso em: 7 fev. 2021.

NASCE Leonina: A busca pela ampliação de um modelo obstétrico humanizado em Belo Horizonte. [2019?]. 24 p. Arquivo PDF.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. Controladoria-Geral do Município. Subcontroladoria de Transparência e Prevenção da Corrupção. *Manifestação nº 31.00304760/2021-45*. Belo Horizonte, 10 set. 2021.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. Controladoria-Geral do Município. Subcontroladoria de Transparência e Prevenção da Corrupção. *Manifestação nº 31.00304793/2021-27*. Belo Horizonte, 14 set. 2021.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. Controladoria-Geral do Município. Subcontroladoria de Transparência e Prevenção da Corrupção. *Manifestação nº 31.00304845/2021-78*. Belo Horizonte, 3 set. 2021.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. *Estudos Espaço Leonina Leonor*. Belo Horizonte, jul. 2019. 11 p.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. Gabinete do Prefeito. *Ofício GABPREF nº 129/2017*. [Assunto: Resposta ao Requerimento de Comissão nº 766/2017 – Vereadora Marilda Portela – encaminhado pelo ofício Of. DIRLEG nº 2.886/17, de 29/06/17]. Belo Horizonte, 25 set. 2017.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. Gabinete do Prefeito. *Ofício GABPREF nº 149/2017*. [Assunto: Resposta ao Requerimento de Comissão nº 1161/2017 – Vereador Cláudio da Drogaria Duarte – encaminhado pelo ofício Of. DIRLEG nº 4.046/17, de 14/09/17]. Belo Horizonte, 27 set. 2017.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. *Ofício SMSA/EXTER nº 0713/2017*. [Assunto: Requerimento de Comissão n.º 1161/2017]. Belo Horizonte, 25 set. 2017.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. *Ofício Interno Coordenação Perinatal e Atenção à Saúde da Mulher/Dias/nº 005/2019*. [Assunto: Projeto do Centro de Atendimento à Mulher]. Belo Horizonte, 31 out. 2019.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. SUDECAP. *Ofício DVITE/SD/DPEN/SD/SMAI nº 0122/2017*. [Assunto: Solicitação 40107, Câmara Municipal

de Belo Horizonte/Requerimento de Comissão 766/2017]. [28/06/16 – Vereadora Marilda Portela; Sugestão Popular nº 21]. Belo Horizonte, 25 ago. 2017.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. SUDECAP. *Relatório de Vistoria GINTE/SD nº 029/2019*. Objetivo: Subsidiar a Diretoria de Planejamento e Controle de Empreendimentos – DPLC-SD da SUDECAP, com informações para resposta a ser apresentada pela SUDECAP à solicitação de Naélia Portugal, do Grupo de Inovação em Saúde – GIS, Gabinete do Prefeito, sobre estimativa de custo para conclusão da obra da Maternidade Leonina Leonor Ribeiro (UPA Venda Nova – 2º e 3º pavimentos). Belo Horizonte, 18 jul. 2019. 22 p.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. SUDECAP. *Relatório DVCEM 005/2019*. Assunto: Empreendimentos UPA e Casa de Parto Venda Nova (0189:VN3-S-SAU-11) e UPA Venda Nova (2408:VN3-S-SAL-18). Referência: Levantamento histórico para subsidiar ações do Grupo de Inovação em Saúde (GIS) – Gabinete do Prefeito (GP). Belo Horizonte, 19 fev. 2019. 13 p.

APÊNDICE

Avaliação da autenticidade, da credibilidade, da representatividade e do sentido das fontes		
Doc. nº 1	Fonte	Prefeitura assume Hospital Dom Bosco. Parceria com o Estado amplia o atendimento do SUS na capital ⁸⁷⁹ .
	Avaliação	<p>Uma vez que extraída diretamente da edição do DOM disponibilizada <i>on-line</i> pela PBH, trata-se de uma fonte <i>autêntica</i>, pois tem a autoria, a data de publicação e a completeza certificadas, bem como tem a possibilidade de erros, inconsistências internas e adulterações descartada⁸⁸⁰.</p> <p>Compreendo que se trata de uma documentação <i>crível</i> no que se refere à narrativa da solenidade e às medidas tomadas por Fernando Pimentel (PT) e por Aécio Neves (PSDB), pois desconheço elementos que possam vir a questionar a verdade desses fatos⁸⁸¹. A despeito disso, outras questões sobre o critério da credibilidade estão discutidas no corpo do texto.</p> <p>O documento é absolutamente <i>representativo</i> de sua espécie, tanto na perspectiva de sua forma – é uma publicação no DOM, com todos os elementos padrões (data, ano, edição, título etc.) –, quanto na perspectiva de sua narrativa⁸⁸². É uma publicação no DOM que, como de costume, dá publicidade aos atos do governo municipal.</p> <p>Não há o que ressaltar quanto ao seu <i>sentido</i>, uma vez que todo o conteúdo da fonte é compreensível para mim⁸⁸³.</p>
Doc. nº 2	Fonte	Decreto nº 12.390, de 1º de junho de 2006 ⁸⁸⁴
	Avaliação	<p>Pelas mesmas razões acima consideradas, é possível atestar a <i>autenticidade</i> da fonte⁸⁸⁵.</p> <p>Quanto à sua <i>credibilidade</i>, parece-me importante ressaltar uma possível falha no que se refere à precisão das informações⁸⁸⁶. Isso porque, na publicação do DOM sobre a solenidade de desapropriação do imóvel em que se situava o Hospital Dom Bosco – a que o ato normativo se refere –, é dito que o equipamento futuramente abrigará uma UPA e uma maternidade. Ocorre que o Decreto nº 12.390, de 1º de junho de 2006 não trata da desapropriação como destinada à implantação de uma maternidade, o que pode caracterizar uma redação imprecisa desse ato normativo. A ausência de menção a esse fim também está discutida no corpo do texto.</p> <p>A fonte é totalmente <i>representativa</i> de sua espécie não só em razão da incorporação dos elementos padrões de publicações do DOM, como também da presença de todas as partes que compõem decretos (título, ementa, conteúdo, encerramento e fecho)⁸⁸⁷.</p> <p>Não há o que ressaltar quanto ao seu <i>sentido</i>, uma vez que todo o conteúdo da fonte é compreensível para mim⁸⁸⁸.</p>
Doc. nº 3	Fonte	Prefeitura assina ordem de serviço para UPA Venda Nova ⁸⁸⁹
	Avaliação	<p>Pelas mesmas razões acima consideradas, é possível atestar a <i>autenticidade</i> da fonte⁸⁹⁰.</p> <p>Uma vez que desconheço elementos que me levem a duvidar da veracidade das informações veiculadas ou a vislumbrar evasivas e distorções⁸⁹¹, considero que o</p>

⁸⁷⁹ BELO HORIZONTE, 2006a, p. 4.

⁸⁸⁰ Cf. MAY, 2004, p. 219-220; REGINATO, 2017, p. 201.

⁸⁸¹ Cf. MCCULLOCH, 2004, p. 36 *apud* REGINATO, 2017, p. 202.

⁸⁸² Cf. REGINATO, 2017, p. 205.

⁸⁸³ Cf. REGINATO, 2017, p. 206.

⁸⁸⁴ BELO HORIZONTE, 2006b, p. 44.

⁸⁸⁵ Cf. MAY, 2004, p. 219-220; REGINATO, 2017, p. 201.

⁸⁸⁶ Cf. SCOTT, 1990, p. 7 *apud* MAY, 2004, p. 220; SCOTT, 1990, p. 22 *apud* REGINATO, 2017, p. 202.

⁸⁸⁷ Cf. REGINATO, 2017, p. 205.

⁸⁸⁸ Cf. REGINATO, 2017, p. 206.

⁸⁸⁹ BELO HORIZONTE, 2007a, p. 5.

⁸⁹⁰ Cf. MAY, 2004, p. 219-220; REGINATO, 2017, p. 201.

		<p>documento atende ao critério da <i>credibilidade</i>.</p> <p>O material é, ainda, absolutamente <i>representativo</i> de sua espécie, tanto na perspectiva de sua forma – é uma publicação no DOM com todos os elementos padrões (data, ano, edição, título etc.) –, quanto na perspectiva de sua narrativa⁸⁹².</p> <p>É uma publicação no DOM que, como de costume, dá publicidade aos atos do governo municipal.</p> <p>Não há o que ressaltar quanto ao seu <i>sentido</i>, uma vez que todo o conteúdo da fonte é compreensível para mim⁸⁹³.</p>
Doc. nº 4	Fonte	Maternidade Pública de Venda Nova ⁸⁹⁴
	Avaliação	<p>O documento possui, em seu cabeçalho, os timbres da PBH e do SUS e uma referência à SMSA e à Gerência de Assistência e, em seu rodapé, consta o endereço de um dos prédios que sediam a estrutura do governo de Belo Horizonte. Todavia, trata-se de uma fonte evidentemente <i>inautêntica</i>, pois, no corpo do texto, não há indicação precisa de sua(s) autora(s) (mesmo que seus elementos permitam entender que é um documento produzido pela Comissão Perinatal), nem da data em que foi redigido (ainda que no nome do arquivo do dossiê haja menção ao dia 8 de outubro de 2007), tampouco de sua(s) destinatária(s)⁸⁹⁵. Além disso, inexistem um encerramento lógico da escrita, o que me leva a deduzir uma incompletude da documentação⁸⁹⁶. Existem, inclusive, inconsistências internas em termos de conteúdo e caligrafia⁸⁹⁷: algumas partes parecem ser o produto de contribuições de várias pessoas que não haviam sido coerentemente organizadas e alguns trechos estão com a fonte destacada em vermelho, do que depreendo que seriam pontos pendentes de checagens e ajustes posteriores.</p> <p>De modo geral, parece-me possível atestar uma <i>credibilidade</i> da fonte, haja vista a possibilidade de cancelar parcela de seu conteúdo a partir do cotejo com outros materiais mobilizados na dissertação⁸⁹⁸. Não obstante, há uma informação em relação à qual a comparação com outras documentações pode gerar incertezas sobre a sua veracidade, o que também foi discutido no corpo do texto.</p> <p>Quanto à <i>representatividade</i>, entendo que a ausência de elementos como a indicação inequívoca de suas autoras, da data e de suas destinatárias, bem como que a presença de inconsistências internas e que a incompletude do documento são características que me levam a considerá-lo não apenas inautêntico, como também atípico⁸⁹⁹.</p> <p>Por último, no que se refere ao seu <i>sentido</i>, compreendo que não há o que ressaltar relativamente às partes da fonte que serão mobilizadas. Entretanto, os elementos que perfazem a inautenticidade do material também ensejam limitações para uma compreensão mais global do seu conteúdo, tendo em vista que não posso afirmar ao certo quem desejava veicular qual precisa mensagem para quem⁹⁰⁰.</p>
Doc. nº 5	Fonte	Avaliação de viabilidade da Maternidade / Centro de Parto Normal Leonina Leonor ⁹⁰¹
	Avaliação	<p>Apesar de apresentar alguns erros de digitação, é possível inferir a <i>autenticidade</i> da fonte, haja vista que ela possui autoria e data identificadas, é livre de inconsistências internas no seu conteúdo e aparenta estar completa, já que possui um anexo ao final⁹⁰².</p> <p>O material registra um histórico de acontecimentos com precisão, sendo possível</p>

⁸⁹¹ Cf. SCOTT, 1990, p. 7 *apud* MAY, 2004, p. 220; SCOTT, 1990, p. 22 *apud* REGINATO, 2017, p. 202.

⁸⁹² Cf. REGINATO, 2017, p. 205.

⁸⁹³ Cf. REGINATO, 2017, p. 206.

⁸⁹⁴ BELO HORIZONTE, [2007?].

⁸⁹⁵ Cf. CELLARD, 2012, p. 299; REGINATO, 2017, p. 201;

⁸⁹⁶ Cf. REGINATO, 2017, p. 201.

⁸⁹⁷ Cf. PLATT, 1981a, p. 33 *apud* MAY, 2004, p. 220.

⁸⁹⁸ Cf. CELLARD, 2008, p. 305 *apud* REGINATO, 2017, p. 206.

⁸⁹⁹ Cf. REGINATO, 2017, p. 205.

⁹⁰⁰ Cf. REGINATO, 2017, p. 206-207.

⁹⁰¹ GRUPO DE TRABALHO, 2016.

⁹⁰² Cf. MAY, 2004, p. 220; REGINATO, 2017, p. 201.

		reconhecer a sua <i>credibilidade</i> nesse aspecto. Por outro lado, há certos elementos da narrativa de construída que são disputados por diversas atrizes intervenientes, razão pela qual o critério em questão se fragiliza em alguns pontos ⁹⁰³ . Tais disputas estão trabalhadas no corpo do texto e na nota de rodapé 290. Valendo-me das palavras da Reginato, o documento é idiossincrásico, isto é, não há outros relatórios análogos cuja existência me permita afirmar que esse seria representativo de sua espécie ⁹⁰⁴ . Trata-se, portanto de uma fonte <i>atípica</i> . Não há o que ressaltar quanto ao seu <i>sentido</i> , uma vez que todo o conteúdo do material é compreensível para mim ⁹⁰⁵ .
Doc. nº 6	Fonte	Prefeitura inaugura maternidade no Hospital Risoleta Tolentino Neves ⁹⁰⁶
	Avaliação	Assim como em relação às demais publicações do DOM já mobilizadas neste trabalho, é possível atestar a <i>autenticidade</i> da fonte ⁹⁰⁷ . No que se refere à narrativa da solenidade e à descrição da maternidade do HRTN, assumo que o documento é <i>crível</i> , pois desconheço elementos que possam vir a questionar essa parcela do seu conteúdo ⁹⁰⁸ . Não obstante, existem outros pontos relativos à sua credibilidade que são passíveis de questionamentos e que estão discutidos na nota de rodapé 290. O material é, ainda, absolutamente <i>representativo</i> de sua espécie, tanto na perspectiva de sua forma – é uma publicação no DOM com todos os elementos padrões (data, ano, edição, título etc.) –, quanto na perspectiva de sua narrativa ⁹⁰⁹ . É uma publicação no DOM que, como de costume, dá publicidade aos atos do governo municipal. Não há o que ressaltar quanto ao seu <i>sentido</i> , pois todo o conteúdo da fonte é compreensível para mim ⁹¹⁰ .
Doc. nº 7	Fonte	Prefeitura investe R\$ 24 milhões em obras da rede municipal de saúde. Maternidade. SAMU ⁹¹¹ .
	Avaliação	Seguindo com a compreensão relativa às publicações do DOM, tem-se que esse documento é <i>autêntico</i> ⁹¹² . Quanto à <i>credibilidade</i> , no geral, desconheço elementos que me levem a duvidar da veracidade das informações veiculadas ou a vislumbrar evasivas e distorções ⁹¹³ . A despeito disso, no que se refere à Maternidade, admito a possibilidade de questionar a precisão das informações veiculadas ⁹¹⁴ . Isso porque a publicação é datada de 8 de maio de 2008 e registra que a PBH tinha acabado de assinar as ordens de serviço em questão – entre elas, a das obras de construção do referido equipamento. Entretanto, no Relatório DVCEM 005/2019, consta que a ordem de serviço para as obras da Leonina teria sido dada em 19 de maio de 2008, isto é, após a publicação ⁹¹⁵ . Sendo assim, nesse ponto ela me parece menos crível. No tocante à <i>representatividade</i> , sigo com o identificado na maioria das publicações do DOM: trata-se de uma fonte típica de sua espécie, tanto na perspectiva de sua forma quanto na perspectiva de sua narrativa ⁹¹⁶ . Igualmente, não tenho ressalvas quanto ao seu <i>sentido</i> , pois todo o conteúdo do material é compreensível para mim ⁹¹⁷ .

⁹⁰³ Cf. MAY, 2004, p. 220; MCCULLOCH, 2004, p. 36 *apud* REGINATO, 2017, p. 202.

⁹⁰⁴ Cf. REGINATO, 2017, p. 205.

⁹⁰⁵ Cf. REGINATO, 2017, p. 206.

⁹⁰⁶ BELO HORIZONTE, 2007b, p. 6.

⁹⁰⁷ Cf. MAY, 2004, p. 219-220; REGINATO, 2017, p. 201.

⁹⁰⁸ Cf. MCCULLOCH, 2004, p. 36 *apud* REGINATO, 2017, p. 202.

⁹⁰⁹ Cf. REGINATO, 2017, p. 205.

⁹¹⁰ Cf. REGINATO, 2017, p. 206.

⁹¹¹ BELO HORIZONTE, 2008a, p. 11.

⁹¹² Cf. MAY, 2004, p. 219-220; REGINATO, 2017, p. 201.

⁹¹³ Cf. SCOTT, 1990, p. 7 *apud* MAY, 2004, p. 220; SCOTT, 1990, p. 22 *apud* REGINATO, 2017, p. 202.

⁹¹⁴ Cf. MAY, 2004, p. 220; MCCULLOCH, 2004, p. 36 *apud* REGINATO, 2017, p. 202.

⁹¹⁵ PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2019a, p. 4.

⁹¹⁶ Cf. REGINATO, 2017, p. 205.

⁹¹⁷ Cf. REGINATO, 2017, p. 206.

Doc. nº 8	Fonte	Relatório DVCEM 005/2019 ⁹¹⁸
	Avaliação	<p>O documento é <i>autêntico</i>, pois contém indicação das autoras, dos órgãos a que se vincula, do destinatário e da data, está correto e completo e não possui nenhum indício de adulteração⁹¹⁹.</p> <p>Já no que se refere à <i>credibilidade</i>, é necessário considerar que a fonte foi produzida muitos anos depois de vários dos fatos que nela estão narrados, o que, por si só, já enseja um olhar mais atento à confiabilidade do seu conteúdo⁹²⁰. Nesse sentido, o próprio material aponta que alguns trechos veiculam informações que não puderam ser verificadas. Além disso, percebo algumas inconsistências no seu teor, como as relativas às datas da ordem de serviço das obras de construção da Maternidade – acima discutida – e da assinatura do convênio de desapropriação do imóvel do Hospital Dom Bosco (pois o texto afirma ter sido na véspera do dia 1º de junho de 2006, mas diz também que foi no dia 30 de abril de 2006). Essas são questões que o tornam menos crível. Todavia, o fato de o documento indicar algumas de suas limitações é algo que lhe confere credibilidade, visto que isso demonstra uma sinceridade de suas autoras⁹²¹.</p> <p>Quanto à <i>representatividade</i>, entendo que não possuo elementos para analisá-la adequadamente. Isso porque, do ponto de vista de sua forma, embora a documentação possua elementos que me façam pressupor a observância de um padrão na elaboração do relatório⁹²² (ex.: os timbres dos órgãos, as indicações de assunto e referência e a determinação do título a partir de número e ano), não mobilizei outras fontes do mesmo tipo capazes de confirmar essa pressuposição.</p> <p>Relativamente ao critério do <i>sentido</i>, ressalvo que na quarta parte do relatório, em que estão informações registradas no controle de empreendimentos, há vários comentários sobre os contratos administrativos referentes à edificação do antigo Hospital Dom Bosco, mas muitos deles sem a indicação de qual exatamente é o contrato de que trata. Por conseguinte, não consegui compreender alguns detalhes do que aconteceu nas execuções de obras e serviços na Maternidade⁹²³.</p>
Doc. nº 9	Fonte	Projeto de Lei nº 1682/2008 ⁹²⁴
	Avaliação	<p>No que se refere à <i>autenticidade</i>, em se tratando de uma fonte digitalizada, ainda que eu desconheça os processos de conservação e transmissão do material, entendo que existem elementos que me possibilitam dizer que ele é genuíno. No caso, é possível certificar a autoria, o local e a data de elaboração do documento, além de que a numeração das páginas me permite dizer que ele está correto e completo⁹²⁵.</p> <p>O critério <i>credibilidade</i> não me parece ter relevância para a análise do PL em si. Não obstante, no que se refere à justificativa da referida proposição legislativa, é possível presumir que os fatos que a sustentam são verdadeiros, sobretudo ao se considerar a certidão de óbito e a notícia de falecimento a ela anexadas, as quais funcionam como elementos corroborantes de parte das informações⁹²⁶.</p> <p>Quanto à <i>representatividade</i>, considero que a documentação é totalmente típica de sua espécie, tendo em vista que possui as três partes componentes de um PL (preliminar, norma e final), com a justificativa⁹²⁷.</p> <p>Não tenho ressalvas quanto ao seu <i>sentido</i>, pois todo o conteúdo da fonte é compreensível para mim⁹²⁸.</p>

⁹¹⁸ PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2019a.

⁹¹⁹ Cf. PLATT, 1981a, p. 33 *apud* MAY, 2004, p. 220; REGINATO, 2017, p. 201.

⁹²⁰ Cf. CELLARD, 2012, p. 301.

⁹²¹ Cf. SCOTT, 1990, p. 22 *apud* REGINATO, 2017, p. 202.

⁹²² Cf. REGINATO, 2017, p. 205.

⁹²³ Cf. REGINATO, 2017, p. 206-207.

⁹²⁴ CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2008.

⁹²⁵ Cf. REGINATO, 2017, p. 201.

⁹²⁶ Cf. REGINATO, 2017, p. 202, 206.

⁹²⁷ Cf. REGINATO, 2017, p. 205.

⁹²⁸ Cf. REGINATO, 2017, p. 206.

Doc. nº 10	Fonte	Manifestação nº 31.00304760/2021-45 ⁹²⁹
	Avaliação	<p>A fonte é <i>autêntica</i>, tendo em vista que consigo identificar suas autoras, sua destinatária, sua data, além de que, em sendo eu a responsável pela conservação e pela transmissão do material, posso garantir a sua exatidão e completude⁹³⁰.</p> <p>O documento me parece <i>crível</i>, porque desconheço elementos que me levem a duvidar da veracidade das informações veiculadas ou a vislumbrar evasivas e distorções⁹³¹ e porque mobilizo outras fontes que corroboram parte das informações que nele se encontram⁹³².</p> <p>O material é <i>representativo</i> de sua espécie, o que infiro a partir de outras respostas de requerimentos de acesso à informação via LAI mobilizadas para esta dissertação. Do ponto de vista de sua forma, vejo que a fonte apresenta uma série de elementos padrões (dados sobre o pedido, informações sobre a solicitante, detalhamento da solicitação, atividades e histórico). Do ponto de vista de seu conteúdo, a fonte também segue um modelo: indica quem é o órgão responsável pela resposta, é sucinta no atendimento ao pedido e trata da possibilidade de interposição de recurso⁹³³.</p> <p>Não há o que ressaltar quanto ao seu <i>sentido</i>, pois todo o conteúdo do material é compreensível para mim⁹³⁴.</p>
Doc. nº 11	Fonte	Secretaria Municipal de Obras e Infraestrutura. Homologações. Licitação SCO – 28/12 ⁹³⁵
	Avaliação	<p>No mesmo sentido das considerações já tecidas sobre as publicações do DOM, é possível atestar a <i>autenticidade</i> dessa fonte⁹³⁶.</p> <p>Uma vez que tenho acesso a materiais que confirmam a veracidade das informações veiculadas⁹³⁷, considero que o documento é <i>crível</i>. Só faço a ressalva de que a análise desse critério se restringe ao extrato de homologação da Licitação SCO-028/12 e adjudicação do Contrato SC-093/12, não contemplando o restante do conteúdo publicado na página 16 dessa publicação do DOM (o qual não é mobilizado na pesquisa).</p> <p>Também segundo o já exposto sobre fontes desse tipo, a referida publicação é absolutamente <i>representativa</i> de sua espécie⁹³⁸.</p> <p>Não há o que ressaltar quanto ao seu <i>sentido</i>, uma vez que todo o conteúdo do material é compreensível para mim⁹³⁹.</p>
Doc. nº 12	Fonte	Manifestação nº 31.00304793/2021-27 ⁹⁴⁰
	Avaliação	<p>No sentido do já exposto sobre pedidos de acesso à informação via LAI, é possível confirmar a <i>autenticidade</i> dessa fonte⁹⁴¹.</p> <p>Além disso, o documento me parece <i>crível</i>, porque desconheço elementos que me levem a duvidar da veracidade das informações veiculadas ou a vislumbrar evasivas e distorções⁹⁴² e porque mobilizo outras fontes que corroboram parte das informações que nele se encontram⁹⁴³.</p> <p>O material é <i>representativo</i> de sua espécie – tanto do ponto de vista da sua forma quanto do seu conteúdo –, o que infiro a partir de outras respostas de</p>

⁹²⁹ PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2021a.

⁹³⁰ Cf. REGINATO, 2017, p. 201.

⁹³¹ Cf. SCOTT, 1990, p. 7 *apud* MAY, 2004, p. 220; SCOTT, 1990, p. 22 *apud* REGINATO, 2017, p. 202.

⁹³² Cf. REGINATO, 2017, p. 202, 206.

⁹³³ Cf. REGINATO, 2017, p. 205.

⁹³⁴ Cf. REGINATO, 2017, p. 206.

⁹³⁵ BELO HORIZONTE, 2012, p. 16.

⁹³⁶ Cf. MAY, 2004, p. 219-220; REGINATO, 2017, p. 201.

⁹³⁷ Cf. SCOTT, 1990, p. 7 *apud* MAY, 2004, p. 220; SCOTT, 1990, p. 22 *apud* REGINATO, 2017, p. 202.

⁹³⁸ Cf. REGINATO, 2017, p. 205.

⁹³⁹ Cf. REGINATO, 2017, p. 206.

⁹⁴⁰ PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2021b.

⁹⁴¹ Cf. REGINATO, 2017, p. 201.

⁹⁴² Cf. SCOTT, 1990, p. 7 *apud* MAY, 2004, p. 220; SCOTT, 1990, p. 22 *apud* REGINATO, 2017, p. 202.

⁹⁴³ Cf. REGINATO, 2017, p. 202, 206.

		requerimentos de acesso à informação via LAI mobilizadas para esta dissertação ⁹⁴⁴ . Não há o que ressaltar quanto ao seu <i>sentido</i> , pois todo o conteúdo da fonte é compreensível para mim ⁹⁴⁵ .
Doc. nº 13	Fonte	29ª Reunião Ordinária – Comissão de Saúde e Saneamento ⁹⁴⁶
	Avaliação	Trata-se de um documento <i>autêntico</i> : é original, se apresenta de forma completa e correta, além de que possui local, autorias e data certificadas. Em se tratando da gravação de uma audiência pública, parece-me importante ressaltar a segurança quanto aos processos de conservação do vídeo, que está devidamente publicado no <i>site</i> da CMBH e que, portanto, constitui um registro preciso do evento em questão ⁹⁴⁷ . Quanto à credibilidade, uma vez que a fonte é uma gravação completa de um evento, entendo ser possível dizer que ela é <i>crível</i> , pois é possível atestar a precisão das informações relatadas. Apesar disso, ainda no que se refere a esse segundo critério, compreendo que não se pode assegurar a verdade de todos os pronunciamentos ⁹⁴⁸ , o que está trabalhado no corpo do texto. O material é <i>representativo</i> de sua espécie, tanto da perspectiva de sua forma (pois se trata de uma gravação de uma reunião de uma Comissão da CMBH como diversas outras constantes no <i>site</i> da referida Câmara), quanto na perspectiva de seu conteúdo (o evento foi uma reunião ordinária com uma audiência pública, que seguiu os ritos praticados pelas parlamentares) ⁹⁴⁹ . O documento tem <i>sentido</i> , visto que compreendi todo o seu teor ⁹⁵⁰ .
Doc. nº 14	Fonte	Pactuação da Comissão Intergestora Regional Ampliada ⁹⁵¹
	Avaliação	A fonte é <i>autêntica</i> , uma vez que conheço o seu contexto de produção (reunião que a originou, local e data), que é pública, que está completa e que, não obstante seja um documento digitalizado, é original ⁹⁵² , pois apresenta as assinaturas das signatárias, o carimbo de homologação, além de um código de barras e duas sequências numéricas de identificação. É possível certificar a <i>credibilidade</i> do material, pois as informações nele constantes foram registradas com precisão ⁹⁵³ e podem ser confirmadas por outras fontes mobilizadas nesta pesquisa ⁹⁵⁴ . Como não tenho em mãos outras pactuações similares para que possa fazer uma comparação, entendo não ser possível atestar a <i>tipicidade</i> do documento, ainda que alguns de seus elementos – formatação, cabeçalho, campos de preenchimento, assinaturas, carimbo – possam indicar que ele obedece a um padrão ⁹⁵⁵ . O material tem <i>sentido</i> , pois todo o seu conteúdo é compreensível para mim ⁹⁵⁶ .
Doc. nº 15	Fonte	Ata da 9ª Câmara Técnica e da 70ª Reunião Ordinária da CIRA Centro ⁹⁵⁷
	Avaliação	A fonte é <i>autêntica</i> : pública e oficial, sem erros no seu processo de cópia; possui autoria e data identificadas; contém timbre do órgão a que se relaciona, como também assinaturas e rubricas de suas signatárias; está correta e completa ⁹⁵⁸ . Além do mais, é um documento com <i>credibilidade</i> , na medida em que se pode

⁹⁴⁴ Cf. REGINATO, 2017, p. 205.

⁹⁴⁵ Cf. REGINATO, 2017, p. 206.

⁹⁴⁶ CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2015.

⁹⁴⁷ Cf. FOSTER, 1994, p. 155 *apud* MAY, 2004, p. 220; REGINATO, 2017, p. 201.

⁹⁴⁸ Cf. SCOTT, 1990, p. 22 *apud* REGINATO, 2017, p. 202.

⁹⁴⁹ Cf. REGINATO, 2017, p. 205.

⁹⁵⁰ Cf. REGINATO, 2017, p. 206.

⁹⁵¹ CIRA CENTRO, 2015.

⁹⁵² Cf. REGINATO, 2017, p. 201.

⁹⁵³ Cf. MAY, 2004, p. 220.

⁹⁵⁴ Cf. REGINATO, 2017, p. 206.

⁹⁵⁵ Cf. REGINATO, 2017, p. 205.

⁹⁵⁶ Cf. REGINATO, 2017, p. 206.

⁹⁵⁷ CÂMARA TÉCNICA, 9ª; REUNIÃO ORDINÁRIA DA CIRA CENTRO, 70ª, 2015.

⁹⁵⁸ Cf. REGINATO, 2017, p. 201.

		<p>presumir a precisão, como também confirmar informações nele constantes. A despeito disso, nessa ata há vários dados sobre outras pautas da reunião que não a Leonina, as quais não serão consideradas nesta análise e sobre as quais não posso assegurar a verdade. No caso da discussão sobre a Maternidade, as falas registradas me parecem críveis, sem evasivas ou distorções⁹⁵⁹.</p> <p>Não mobilizo outras atas similares para que possa fazer uma comparação, portanto não é possível atestar a <i>tipicidade</i> do material. A despeito disso, alguns de seus elementos – formatação, timbres de órgãos oficiais, campos de preenchimento, assinaturas e rubricas – indicam que ele pode estar observando um padrão, sem desvios⁹⁶⁰.</p> <p>Por fim, trata-se de fonte com <i>sentido</i>, visto que compreendi a integralidade de seu conteúdo⁹⁶¹.</p>
Doc. nº 16	Fonte	Recomendação nº 04/2016 ⁹⁶²
	Avaliação	<p>A fonte atende ao critério da <i>autenticidade</i>: não obstante componha um conjunto de arquivos digitalizados, não apresenta problemas no seu processo de cópia; é um documento que é público e oficial, que está completo, que contém o timbre do órgão a que se vincula e que tem autoria, destinação e data identificadas⁹⁶³.</p> <p>Para a avaliação da qualidade desse material, a <i>credibilidade</i> não me parece ser de grande importância, tendo em vista tratar-se de uma recomendação. Não obstante, por um lado, no que refere às informações sobre a Leonina e seu processo de implantação e sobre outros equipamentos públicos de saúde da cidade, a narrativa apresentada aparentemente é verdadeira, o que me leva a entender que a fonte é <i>crível</i>⁹⁶⁴. Por outro lado, existe um erro ao apresentar o fundamento legal da emissão da recomendação, localizado no primeiro parágrafo do arquivo, o que também reduz um pouco a sua credibilidade⁹⁶⁵. Esse ponto da incredibilidade está mais bem discutido no corpo do texto.</p> <p>O documento é <i>representativo</i> de sua espécie, tanto na perspectiva de sua forma – é uma recomendação do MPMG com elementos padrões (primeiro parágrafo com identificação das atribuições, considerando, recomendação, prazo para apresentação de resposta, local, data e assinatura) –, quanto, de certa forma, na perspectiva de sua narrativa⁹⁶⁶, visto que a recomendação se fundamenta em dispositivos legais que se repetem em outros arquivos do tipo.</p> <p>O material tem <i>sentido</i>, pois todo o seu conteúdo é compreensível para mim⁹⁶⁷.</p>
Doc. nº 17	Fonte	Ofício nº 0697/2016/1ª PJ Saúde ⁹⁶⁸
	Avaliação	<p>O documento é <i>autêntico</i>: compondo o mesmo conjunto de arquivos digitalizados da fonte acima analisada, não tem problemas no seu processo de cópia. É público e oficial, está completo, contém o timbre do órgão a que se vincula e tem autoria, destinação e data identificadas⁹⁶⁹, além de um carimbo indicando hora e data de protocolo no órgão de destino.</p> <p>Também no sentido da fonte anteriormente avaliada, a <i>credibilidade</i> não me parece ser um critério relevante para a aferição da sua qualidade. Ainda assim, saliento que não vejo erros ou quaisquer outros problemas que possam torná-la menos <i>crível</i>⁹⁷⁰.</p> <p>Na perspectiva de sua forma, parece ser <i>típico</i>, por ser um ofício do MPMG com</p>

⁹⁵⁹ Cf. SCOTT, 1990, p. 7 *apud* MAY, 2004, p. 220; SCOTT, 1990, p. 22 *apud* REGINATO, 2017, p. 202.

⁹⁶⁰ Cf. REGINATO, 2017, p. 205.

⁹⁶¹ Cf. REGINATO, 2017, p. 206.

⁹⁶² MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2016a.

⁹⁶³ Cf. REGINATO, 2017, p. 201.

⁹⁶⁴ Cf. MCCULLOCH, 2004, p. 36 *apud* REGINATO, 2017, p. 202.

⁹⁶⁵ Cf. SCOTT, 1990, p. 22 *apud* REGINATO, 2017, p. 202.

⁹⁶⁶ Cf. REGINATO, 2017, p. 205.

⁹⁶⁷ Cf. REGINATO, 2017, p. 206.

⁹⁶⁸ MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2016b.

⁹⁶⁹ Cf. REGINATO, 2017, p. 201.

⁹⁷⁰ Cf. SCOTT, 1990, p. 22 *apud* REGINATO, 2017, p. 202.

		elementos padrões (número, assunto, referência, objeto, local, data, conteúdo, prazo para resposta, assinatura e destinatário) ⁹⁷¹ . Em se tratando de um ofício de encaminhamento de outro documento e solicitação de resposta, a sua narrativa não me parece relevante para a avaliação de sua representatividade. Não há o que ressaltar quanto ao seu <i>sentido</i> , pois todo o conteúdo da fonte é compreensível para mim ⁹⁷² .
Doc. n° 18	Fonte	Manifestação n° 31.00304845/2021-78 ⁹⁷³
	Avaliação	Como já exposto sobre pedidos de acesso à informação via LAI, é possível confirmar a <i>autenticidade</i> dessa fonte ⁹⁷⁴ . Não me parece possível atestar a <i>credibilidade</i> do documento, pois, conforme exposto no corpo do texto, não mobilizo elementos que me permitam dizer que o conteúdo da resposta – no que se refere à ampliação da UPA em outro local – é verdadeiro. Além disso, a meu ver, não é possível afirmar uma honestidade das informações contidas no material, tendo em vista que, ao fim e ao cabo, a gestão de Alexandre Kalil (PSD) não implantou a Maternidade no local e, assim, ao menos parcialmente, implementou a “decisão superior” tomada na gestão anterior ⁹⁷⁵ . Do ponto de vista de sua forma, a fonte é <i>representativa</i> de sua espécie, pois apresenta uma série de elementos padrões (dados sobre o pedido, informações sobre a solicitante, detalhamento da solicitação, atividades e histórico). Contudo, do ponto de vista de seu conteúdo, o documento é menos típico, pois, apesar de seguir um modelo percebido nas demais respostas de pedidos de informação obtidas via LAI, nesse caso, há a transcrição de informações encaminhadas pela SMSA ⁹⁷⁶ . Há limitações quanto ao <i>sentido</i> do material, pois não entendi o que exatamente se quis dizer com a ampliação da UPA Venda Nova em outro local ⁹⁷⁷ .
Doc. n° 19	Fonte	OF. GABPREF N° 129/2017 ⁹⁷⁸
	Avaliação	A fonte é uma digitalização completa de um documento público, oficial, devidamente identificado com autoria, com destinatária, com data, com o timbre da PBH e com carimbos de protocolo e distribuição. Assim sendo, tem-se o atendimento do critério da <i>autenticidade</i> ⁹⁷⁹ . As informações veiculadas, por sua vez, não são passíveis de confirmação, uma vez que – conforme discutido no corpo do texto – se contradizem e, dessa forma, que não permitem efetivamente conhecer quais eram as pretensões da administração municipal quanto à Leonina naquele momento. A meu ver, essa característica revela uma não atenção plena ao critério da <i>credibilidade</i> ⁹⁸⁰ . O documento é <i>típico</i> de sua espécie, pois apresenta uma estrutura padrão (descrita acima, quando da avaliação de sua autenticidade) que se repete em outros materiais ⁹⁸¹ . A fonte tem <i>sentido</i> , pois todo o seu conteúdo é compreensível para mim ⁹⁸² .
Doc. n° 20	Fonte	Ofício DVITE/SD/DPEN/SD/SMAI n° 0122/2017 ⁹⁸³
	Avaliação	O material é <i>autêntico</i> , por ser uma digitalização completa de um documento

⁹⁷¹ Cf. REGINATO, 2017, p. 205.

⁹⁷² Cf. REGINATO, 2017, p. 206.

⁹⁷³ PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2021c.

⁹⁷⁴ Cf. REGINATO, 2017, p. 201.

⁹⁷⁵ Cf. MCCULLOCH, 2004, p. 36; SCOTT, 1990, p. 22 *apud* REGINATO, 2017, p. 202.

⁹⁷⁶ Cf. REGINATO, 2017, p. 205.

⁹⁷⁷ Cf. REGINATO, 2017, p. 206.

⁹⁷⁸ PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2017a.

⁹⁷⁹ Cf. REGINATO, 2017, p. 201.

⁹⁸⁰ Cf. SCOTT, 1990, p. 7 *apud* MAY, 2004, p. 220; MCCULLOCH, 2004, p. 36 *apud* REGINATO, 2017, p. 202.

⁹⁸¹ Cf. REGINATO, 2017, p. 205.

⁹⁸² Cf. REGINATO, 2017, p. 206.

⁹⁸³ PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2017b.

		<p>público, oficial, devidamente identificado com autoria, com destinatária, com data e com o timbre da PBH e da SUDECAP⁹⁸⁴.</p> <p>Como ressalvado na avaliação acima – e discutido no corpo do texto –, não é possível atestar a honestidade e a precisão de parcela do conteúdo da fonte, nem, portanto, efetivamente conhecer quais eram as pretensões da administração municipal quanto à Leonina naquele momento. Isso minora a <i>credibilidade</i> do material. Não obstante, na parte em que há um breve histórico do empreendimento, as informações são consistentes com as apresentadas no Relatório DVCEM 005/2019⁹⁸⁵ – o que, por outro lado, torna a fonte mais crível⁹⁸⁶.</p> <p>Embora o documento possua uma estrutura aparentemente padronizada, nesta pesquisa não foram mobilizadas outras fontes que confirmassem a existência de um padrão. Portanto, trata-se de um material apenas aparentemente <i>representativo</i> de sua espécie⁹⁸⁷.</p> <p>A fonte tem <i>sentido</i>, pois todo o seu conteúdo é compreensível para mim⁹⁸⁸.</p>
Doc. n° 21	Fonte	OF. GABPREF N° 149/2017 ⁹⁸⁹
	Avaliação	<p>O documento é <i>autêntico</i>, pois é uma digitalização completa de um documento público, oficial, devidamente identificado com autoria, com destinatária, com data, com o timbre da PBH e com um carimbo de protocolo⁹⁹⁰.</p> <p>Do ponto de vista de seu conteúdo, esse material apenas faz referência às informações constantes no Requerimento de Comissão encaminhado pelo vereador Cláudio da Drogaria Duarte (PMN) e no Ofício SMSA/EXTER n° 0713/2017. Assim, entendo que não há o que avaliar quanto à sua <i>credibilidade</i>.</p> <p>A fonte é <i>representativa</i> de sua espécie, pois apresenta uma estrutura padrão (descrita acima, quando da avaliação de sua autenticidade) que se repete em outros materiais⁹⁹¹.</p> <p>Por fim, o documento tem <i>sentido</i>, pois todo o seu conteúdo é compreensível para mim⁹⁹².</p>
Doc. n° 22	Fonte	Ofício SMSA/EXTER n° 0713/2017 ⁹⁹³
	Avaliação	<p>A fonte é uma digitalização completa de um documento público, oficial, devidamente identificado com autoria, com destinatária, com data e com os timbres da PBH e da SMSA. Assim, tem-se o atendimento do critério da <i>autenticidade</i>⁹⁹⁴.</p> <p>As informações veiculadas, por sua vez, não são passíveis de confirmação, uma vez que – conforme discutido no corpo do texto – se contradizem e, dessa forma, que não permitem efetivamente conhecer quais eram as pretensões da administração municipal quanto à Leonina naquele momento. A meu ver, essa característica revela uma não atenção plena ao critério da <i>credibilidade</i>⁹⁹⁵.</p> <p>Apesar de o documento possuir uma estrutura aparentemente padronizada, nesta pesquisa não foram mobilizados outros materiais que confirmassem a existência de um padrão. Portanto, trata-se de um documento apenas aparentemente <i>representativo</i> de sua espécie⁹⁹⁶.</p>

⁹⁸⁴ Cf. REGINATO, 2017, p. 201.

⁹⁸⁵ PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2019a.

⁹⁸⁶ Cf. SCOTT, 1990, p. 7 *apud* MAY, 2004, p. 220; SCOTT, 1990, p. 22 *apud* REGINATO, 2017, p. 202.

⁹⁸⁷ Cf. REGINATO, 2017, p. 205.

⁹⁸⁸ Cf. REGINATO, 2017, p. 206.

⁹⁸⁹ PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2017c.

⁹⁹⁰ Cf. REGINATO, 2017, p. 201.

⁹⁹¹ Cf. REGINATO, 2017, p. 205.

⁹⁹² Cf. REGINATO, 2017, p. 206.

⁹⁹³ PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2017d.

⁹⁹⁴ Cf. REGINATO, 2017, p. 201.

⁹⁹⁵ Cf. SCOTT, 1990, p. 7 *apud* MAY, 2004, p. 220; MCCULLOCH, 2004, p. 36 *apud* REGINATO, 2017, p. 202.

⁹⁹⁶ Cf. REGINATO, 2017, p. 205.

		A fonte tem <i>sentido</i> , pois todo o seu conteúdo é compreensível para mim ⁹⁹⁷ .
Doc. n° 23	Fonte	Portaria SMSA/SUS-BH n° 0068/2017 ⁹⁹⁸
	Avaliação	A fonte em questão foi publicada em uma edição do DOM. Portanto, valendo-me das considerações tecidas sobre outras edições já avaliadas, é possível atestar a <i>autenticidade</i> desse documento ⁹⁹⁹ . Em se tratando de uma portaria publicada por um órgão do Poder Executivo, entendo ser correto presumir a veracidade de suas disposições, razão pela qual considero o material <i>crível</i> ¹⁰⁰⁰ . Também segundo o já exposto sobre publicações do DOM, a fonte é absolutamente <i>representativa</i> de sua espécie ¹⁰⁰¹ . Não há o que ressaltar quanto ao seu <i>sentido</i> , uma vez que todo o conteúdo do documento é compreensível para mim ¹⁰⁰² .
Doc. n° 24	Fonte	Relatório Final das Propostas Prioritárias ¹⁰⁰³
	Avaliação	Como apresentado no corpo do texto, havendo mais de um arquivo para essa fonte no dossiê do CMS-BH, optei por mobilizar a versão extraída do <i>site</i> da PBH, por entender que, assim, posso me assegurar da sua originalidade. Isso posto, trata-se de um documento público, que se apresenta de forma correta e completa e que – em sendo um produto da 14ª Conferência Municipal de Saúde – tem a sua autoria identificada. Ainda que no material não haja uma indicação precisa da sua data, compreendo que há elementos suficientes para me certificar da sua <i>autenticidade</i> ¹⁰⁰⁴ . Em outras fontes mobilizadas neste trabalho, as informações constantes no Relatório em questão – particularmente, as relativas à Leonina – se confirmam, de modo que entendo pela <i>credibilidade</i> do documento ¹⁰⁰⁵ . Para avaliar a <i>representatividade</i> desse material, acessei os relatórios finais de outras Conferências Municipais de Saúde disponibilizados no <i>site</i> da PBH. Ainda que, do ponto de vista de sua forma, os documentos não obedeçam a um padrão, do ponto de vista do conteúdo, todos – incluindo o Relatório Final em estudo – se assemelham por apresentarem as propostas prioritárias aprovadas na respectiva conferência. Assim, entendo que a fonte é parcialmente típica de sua espécie ¹⁰⁰⁶ . O conteúdo em análise é totalmente compreensível, não havendo questões quanto ao seu <i>sentido</i> ¹⁰⁰⁷ .
Doc. n° 25	Fonte	Recomendação n° 06/2017 ¹⁰⁰⁸
	Avaliação	A fonte atende ao critério da <i>autenticidade</i> : é um arquivo digitalizado que não apresenta problemas no seu processo de cópia; é um documento que é público e oficial, que está completo, que contém o timbre do órgão a que se vincula e que tem autoria, destinação e data identificadas ¹⁰⁰⁹ . Para a avaliação da qualidade desse material, a <i>credibilidade</i> não me parece ser de grande importância, tendo em vista tratar-se de uma recomendação. Não obstante, resalto que quanto às informações sobre a Leonina e o seu processo de implantação e sobre outros equipamentos públicos de saúde da cidade, a narrativa

⁹⁹⁷ Cf. REGINATO, 2017, p. 206.

⁹⁹⁸ BELO HORIZONTE, 2017a.

⁹⁹⁹ Cf. MAY, 2004, p. 219-220; REGINATO, 2017, p. 201.

¹⁰⁰⁰ Cf. SCOTT, 1990, p. 7 *apud* MAY, 2004, p. 220; SCOTT, 1990, p. 22 *apud* REGINATO, 2017, p. 202.

¹⁰⁰¹ Cf. REGINATO, 2017, p. 205.

¹⁰⁰² Cf. REGINATO, 2017, p. 206.

¹⁰⁰³ CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE, 2017.

¹⁰⁰⁴ Cf. REGINATO, 2017, p. 201.

¹⁰⁰⁵ Cf. REGINATO, 2017, p. 202, 206.

¹⁰⁰⁶ Cf. REGINATO, 2017, p. 205.

¹⁰⁰⁷ Cf. REGINATO, 2017, p. 206.

¹⁰⁰⁸ MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2017.

¹⁰⁰⁹ Cf. REGINATO, 2017, p. 201.

		<p>apresentada aparentemente é verdadeira, o que me leva a entender que a fonte é <i>crível</i>¹⁰¹⁰.</p> <p>O documento é <i>representativo</i> de sua espécie, tanto na perspectiva de sua forma – é uma recomendação do MPMG com elementos padrões (primeiro parágrafo com identificação das atribuições, considerando, recomendação, prazo para apresentação de resposta, local, data e assinatura) –, quanto, de certa forma, na perspectiva de sua narrativa¹⁰¹¹, visto que a recomendação se fundamenta em dispositivos legais que se repetem em outros materiais do tipo.</p> <p>A fonte tem <i>sentido</i>, pois todo o seu conteúdo é compreensível para mim¹⁰¹².</p>
Doc. n° 26	Fonte	Nasce Leonina: a busca pela ampliação de um modelo obstétrico humanizado em Belo Horizonte ¹⁰¹³
	Avaliação	<p>O documento é <i>inautêntico</i>, pois, ressalvada a compreensão de que é uma fonte que se apresenta de forma correta e completa, não é possível confirmar outros elementos que atestariam a sua genuinidade¹⁰¹⁴. Nesse sentido, a autoria do material é desconhecida: pelo seu conteúdo, pelo uso da primeira pessoa do plural e pelas fotos nele constantes, é possível apenas inferir que o documento foi redigido por participantes do movimento Nasce Leonina. Consequentemente, mesmo que isso também não esteja escrito na fonte, é possível deduzir que ela foi feita em Belo Horizonte, onde o referido movimento se estruturou e os fatos em questão se passaram. No nome do arquivo salvo no dossiê, há a indicação de que o estudo foi elaborado em 2019, sendo essa a única informação sobre a data do material. Ou seja, em razão de todas essas fragilidades é que afirmo a sua inautenticidade. Não obstante, a fonte foi selecionada para compor esta pesquisa pelos motivos apresentados no corpo do texto.</p> <p>Quanto à <i>credibilidade</i>, considero que há um atendimento parcial desse critério. Isso porque muitas das informações trazidas no material corroboram a veracidade do conteúdo de outros documentos mobilizados e vice-versa, o que o torna <i>crível</i>¹⁰¹⁵. Apesar disso, há também algumas informações imprecisas, particularmente na parte de recapitulação da história do empreendimento, o que minora a credibilidade da fonte¹⁰¹⁶.</p> <p>O material é <i>idiossincrásico</i>, isto é, não há outros estudos análogos cuja existência me permita afirmar que esse seria representativo de sua espécie¹⁰¹⁷. Trata-se, portanto de uma fonte <i>atípica</i>.</p> <p>Não há o que ressaltar quanto ao seu <i>sentido</i>, uma vez que todo o conteúdo do documento é compreensível para mim¹⁰¹⁸.</p>
Doc. n° 27	Fonte	LOA 2018/PPAG 2018-2021 ¹⁰¹⁹
	Avaliação	<p>Apesar de, a rigor, cada uma das legislações ser um documento distinto, ambas foram publicadas na mesma edição do DOM. Por essa razão, optei por avaliá-las como sendo uma única fonte desta pesquisa.</p> <p>Dessa forma, em se tratando de uma edição do DOM, como já exposto quanto a outros materiais do tipo, tem-se um documento <i>autêntico</i>¹⁰²⁰.</p> <p>Haja vista que as partes da edição referidas no corpo do texto são duas legislações, entendo que a <i>credibilidade</i> não é um critério relevante para a aferição da qualidade da evidência. Ainda assim, resalto que não vejo erros ou quaisquer outros problemas que possam torná-la menos <i>crível</i>¹⁰²¹.</p>

¹⁰¹⁰ Cf. MCCULLOCH, 2004, p. 36 *apud* REGINATO, 2017, p. 202.

¹⁰¹¹ Cf. REGINATO, 2017, p. 205.

¹⁰¹² Cf. REGINATO, 2017, p. 206.

¹⁰¹³ NASCE..., [2019?].

¹⁰¹⁴ Cf. REGINATO, 2017, p. 201.

¹⁰¹⁵ Cf. REGINATO, 2017, p. 206.

¹⁰¹⁶ Cf. SCOTT, 1990, p. 7 *apud* MAY, 2004, p. 220; SCOTT, 1990, p. 22 *apud* REGINATO, 2017, p. 202.

¹⁰¹⁷ Cf. REGINATO, 2017, p. 205.

¹⁰¹⁸ Cf. REGINATO, 2017, p. 206.

¹⁰¹⁹ BELO HORIZONTE, 2017b.

¹⁰²⁰ Cf. MAY, 2004, p. 219-220; REGINATO, 2017, p. 201.

¹⁰²¹ Cf. SCOTT, 1990, p. 22 *apud* REGINATO, 2017, p. 202.

		A fonte é <i>representativa</i> de sua espécie não só em razão da incorporação dos elementos padrões de publicações do DOM ¹⁰²² , como também da estruturação da LOA e do PPAG nos moldes que o Município de Belo Horizonte seguiu em outras edições dessas leis. Não há o que ressaltar quanto ao seu <i>sentido</i> , uma vez que todo o conteúdo da fonte é compreensível para mim ¹⁰²³ .
Doc. nº 28	Fonte	5ª Reunião Extraordinária – Comissão de Saúde e Saneamento ¹⁰²⁴
	Avaliação	Pelos mesmos motivos que os considerados quando da avaliação da 29ª Reunião Ordinária da Comissão de Saúde e Saneamento de 2015, este documento é <i>autêntico</i> ¹⁰²⁵ . Igualmente, quanto à credibilidade, uma vez que a fonte é uma gravação completa de um evento, entendo ser possível dizer que ela é <i>crível</i> , pois é possível atestar a precisão das informações relatadas. Apesar disso, ainda no que se refere a esse segundo critério, compreendo que não se pode assegurar a verdade de todos os pronunciamentos ¹⁰²⁶ , o que está trabalhado no corpo do texto. O material é <i>representativo</i> de sua espécie, tanto da perspectiva de sua forma quanto na perspectiva de seu conteúdo ¹⁰²⁷ . O documento tem <i>sentido</i> , visto que compreendi todo o seu conteúdo ¹⁰²⁸ .
Doc. nº 29	Fonte	Relatório de Vistoria GINTE/SD nº 029/2019 ¹⁰²⁹
	Avaliação	A fonte é uma digitalização de um documento oficial, que possui os timbres da PBH e da SUDECAP, as rubricas e as assinaturas dos três engenheiros autores e que está completa e sem indícios posteriores de adulteração, sendo, portanto, uma documentação <i>autêntica</i> ¹⁰³⁰ . Entendo também que as informações apresentadas são verdadeiras, considerando, primeiramente, que um dos signatários da fonte participou da observação <i>in loco</i> a que ela se refere, o que, na minha visão, tende a aumentar a confiabilidade do registro dos dados. Além disso, o conteúdo da documentação igualmente se confirma pelo anexo fotográfico. Portanto, o documento atende ao critério da <i>credibilidade</i> ¹⁰³¹ . Quanto à <i>representatividade</i> , entendo que não possuo elementos para analisá-la adequadamente. Isso porque, do ponto de vista de sua forma, embora a documentação possua elementos que me façam pressupor a observância de um padrão na elaboração do relatório ¹⁰³² (ex.: os timbres dos órgãos, o objetivo do material, a metodologia empregada, as constatações, uma conclusão, informações sobre anexos e um encerramento), não mobilizei outras fontes do mesmo tipo capazes de confirmar essa pressuposição. Por último, mobilizo um documento enxuto e escrito em linguagem simples, sem referências intertextuais, de modo que o seu <i>sentido</i> é completamente compreensível ¹⁰³³ .
Doc. nº 30	Fonte	Estudos Espaço Leonina Leonor ¹⁰³⁴
	Avaliação	Esse é um documento público e oficial, de autoria conhecida, com data atribuída a julho de 2019 e que está completo e sem indícios de adulterações, atendendo, portanto, ao critério da <i>autenticidade</i> ¹⁰³⁵ .

¹⁰²² Cf. REGINATO, 2017, p. 205.

¹⁰²³ Cf. REGINATO, 2017, p. 206.

¹⁰²⁴ CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2018.

¹⁰²⁵ Cf. FOSTER, 1994, p. 155 *apud* MAY, 2004, p. 220; REGINATO, 2017, p. 201.

¹⁰²⁶ Cf. SCOTT, 1990, p. 22 *apud* REGINATO, 2017, p. 202.

¹⁰²⁷ Cf. REGINATO, 2017, p. 205.

¹⁰²⁸ Cf. REGINATO, 2017, p. 206.

¹⁰²⁹ PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2019b.

¹⁰³⁰ Cf. MAY, 2004, p. 220; REGINATO, 2017, p. 201.

¹⁰³¹ Cf. SCOTT, 1990, p. 22 *apud* REGINATO, 2017, p. 202.

¹⁰³² Cf. REGINATO, 2017, p. 205.

¹⁰³³ Cf. REGINATO, 2017, p. 205-206.

¹⁰³⁴ PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2019.

		<p>Alguns dados presentes na fonte, quando cotejados com outras informações já mobilizadas nesta dissertação, despertam dúvidas quanto à honestidade do estudo e, conseqüentemente, quanto à sua <i>credibilidade</i>¹⁰³⁶. Os questionamentos referentes a esse critério estão discutidos no corpo do texto.</p> <p>O material é idiossincrásico, isto é, não há outros estudos análogos cuja existência me permita afirmar que esse seria representativo de sua espécie¹⁰³⁷. Trata-se, portanto de uma fonte <i>atípica</i>.</p> <p>Saliente-se, por fim, que não há dificuldades de entender o conteúdo do material, portanto, o critério do <i>sentido</i> está atendido¹⁰³⁸.</p>
Doc. n° 31	Fonte	Ofício n° 439/19 – CMSBH/SMSA ¹⁰³⁹
	Avaliação	<p>O documento em avaliação é a digitalização de um ofício de natureza pública e oficial, que se apresenta de forma completa e correta e que tem autoria, destinação e datas identificadas. Por isso, a sua <i>autenticidade</i> pode ser atestada¹⁰⁴⁰.</p> <p>Em se tratando material cujo conteúdo se constitui de, basicamente, vários questionamentos sobre o CAM encaminhados à presidenta do GIS, entendo que a <i>credibilidade</i> não é um critério relevante para a aferição da qualidade da evidência. Ainda assim, resalto que não vejo erros ou quaisquer outros problemas que possam torná-la menos crível¹⁰⁴¹.</p> <p>A partir da comparação com outros ofícios do CMS-BH compilados no dossiê, entendo que se trata de uma fonte totalmente <i>representativa</i> de seu tipo, uma vez que a sua estrutura obedece a um padrão: cabeçalho com os timbres da PBH, do “Somos SUS-BH” e do CMS-BH e com uma referência da SMSA; rodapé com o endereço da SMSA; numeração do ofício; data; assunto; conteúdo e assinatura¹⁰⁴². O documento tem <i>sentido</i>, visto que compreendi todo o seu conteúdo¹⁰⁴³.</p>
Doc. n° 32	Fonte	Ofício Interno Coordenação Perinatal e Atenção à Saúde da Mulher/Dias/N° 005/2019 ¹⁰⁴⁴
	Avaliação	<p>A fonte é a digitalização de um documento público e oficial elaborado em 31 de outubro de 2019, com autoras, com referência e com destinatárias identificadas, com os timbres da PBH e do SUS e sem indícios de adulterações ou páginas faltantes, sendo, dessa forma, <i>autêntica</i>¹⁰⁴⁵.</p> <p>As informações e os argumentos mobilizados no referido ofício para justificar a implementação do CAM são muito questionadas por várias atrizes intervenientes no caso – conforme trabalhado no corpo do texto –, motivo pelo qual não me parecem ter muita <i>credibilidade</i>¹⁰⁴⁶.</p> <p>Entendo que o documento apresenta elementos que apenas sugerem a sua <i>tipicidade</i>. Do ponto de vista da forma, há uma estrutura que indica um padrão (a presença de cabeçalho, rodapé e sequência de destinatária, referência, assunto, desenvolvimento, assinaturas e, novamente, destinatária). Do ponto de vista do conteúdo, há a repetência de informações incompletas e nebulosas quanto à implantação do CAM em comparação com outros documentos de autoria de órgãos do Poder Executivo do Município¹⁰⁴⁷.</p>

¹⁰³⁵ Cf. REGINATO, 2017, p. 201.

¹⁰³⁶ Cf. SCOTT, 1990, p. 22 *apud* REGINATO, 2017, p. 202.

¹⁰³⁷ Cf. REGINATO, 2017, p. 205.

¹⁰³⁸ Cf. REGINATO, 2017, p. 206-207.

¹⁰³⁹ CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE, 2019.

¹⁰⁴⁰ Cf. REGINATO, 2017, p. 201.

¹⁰⁴¹ Cf. SCOTT, 1990, p. 22 *apud* REGINATO, 2017, p. 202.

¹⁰⁴² Cf. REGINATO, 2017, p. 205.

¹⁰⁴³ Cf. REGINATO, 2017, p. 206.

¹⁰⁴⁴ PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2019c.

¹⁰⁴⁵ Cf. REGINATO, 2017, p. 201.

¹⁰⁴⁶ Cf. SCOTT, 1990, p. 22 *apud* REGINATO, 2017, p. 202.

¹⁰⁴⁷ Cf. REGINATO, 2017, p. 205.

		Por fim, há uma pequena ressalva quanto ao <i>sentido</i> da fonte. Na última página, a digitalização ficou com mais baixa qualidade, o que impede a leitura dos dados dos dois gráficos sobre oferta de consultas de pré-natal de alto risco ¹⁰⁴⁸ .
Doc. nº 33	Fonte	13ª Reunião Ordinária – Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher ¹⁰⁴⁹
	Avaliação	Assim como as gravações de audiências públicas sobre a Leonina realizadas na CMBH mobilizadas para esta pesquisa, o documento é <i>autêntico</i> : é original, se apresenta de forma completa e correta, além de que possui local, autorias e data certificadas. Em se tratando da gravação de uma audiência pública, parece-me importante ressaltar a segurança quanto aos processos de conservação do vídeo, que, no caso, está devidamente publicado no <i>site</i> da ALMG e que, portanto, constitui um registro preciso do evento em questão ¹⁰⁵⁰ . Quanto à credibilidade, uma vez que a fonte é uma gravação completa de um evento, entendo ser possível dizer que ela é <i>crível</i> , pois posso atestar a precisão das informações relatadas. Apesar disso, ainda no que se refere a esse segundo critério, compreendo que não se pode assegurar a verdade de todos os pronunciamentos ¹⁰⁵¹ , o que está trabalhado no corpo do texto. O material é <i>representativo</i> de sua espécie, tanto da perspectiva de sua forma (pois se trata de uma gravação de uma reunião de uma Comissão da ALMG como diversas outras constantes no <i>site</i> da referida Assembleia) quanto na perspectiva de seu conteúdo (o evento foi uma reunião ordinária com uma audiência pública, que seguiu os ritos praticados pelas parlamentares) ¹⁰⁵² . O documento tem <i>sentido</i> , visto que compreendi todo o seu conteúdo ¹⁰⁵³ .
Doc. nº 34	Fonte	Ofício 062/2021 – CMSBH/EXTERN/1ª PJ SAÚDE MPMG ¹⁰⁵⁴
	Avaliação	A fonte é um documento público, oficial, devidamente identificado com autoria, com destinatária, com data e com os timbres da PBH e do SUS e sem indícios de adulterações ou páginas faltantes. Assim sendo, tem-se o atendimento do critério da <i>autenticidade</i> ¹⁰⁵⁵ . Entendo que as informações nela veiculadas, por sua vez, se confirmam tanto pelo conteúdo de outros documentos mobilizados quanto pelo desconhecimento de materiais que as contradigam. Portanto, há a observância do critério da <i>credibilidade</i> ¹⁰⁵⁶ . A fonte é <i>representativa</i> de seu tipo, uma vez que a sua estrutura obedece ao padrão dos demais ofícios de autoria do CMS-BH compilados no dossiê ¹⁰⁵⁷ . Por último, o documento atende parcialmente ao critério do <i>sentido</i> , pois um (aparentemente) erro de digitação impede que a leitora compreenda o que houve no RAG 2019 quanto à Leonina – a não ser que se faça uma consulta a outra documentação com essa informação ¹⁰⁵⁸ .
Doc. nº 35	Fonte	Prefeitura de BH não abrirá maternidade Leonina Leonor, construída em 2009 ¹⁰⁵⁹
	Avaliação	Considero que essa é uma fonte que atende ao critério da <i>autenticidade</i> , visto que se apresenta da forma correta e completa e que é possível certificar sua autoria, seu local e sua data de escrita ¹⁰⁶⁰ . Quanto à <i>credibilidade</i> , parece-me que, por um lado, houve um registro preciso de

¹⁰⁴⁸ Cf. REGINATO, 2017, p. 206-207.

¹⁰⁴⁹ ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DE MINAS GERAIS, 2019.

¹⁰⁵⁰ Cf. FOSTER, 1994, p. 155 *apud* MAY, 2004, p. 220; REGINATO, 2017, p. 201.

¹⁰⁵¹ Cf. SCOTT, 1990, p. 22 *apud* REGINATO, 2017, p. 202.

¹⁰⁵² Cf. REGINATO, 2017, p. 205.

¹⁰⁵³ Cf. REGINATO, 2017, p. 206.

¹⁰⁵⁴ CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE, 2021.

¹⁰⁵⁵ Cf. REGINATO, 2017, p. 201.

¹⁰⁵⁶ Cf. SCOTT, 1990, p. 22 *apud* REGINATO, 2017, p. 202.

¹⁰⁵⁷ Cf. REGINATO, 2017, p. 205.

¹⁰⁵⁸ Cf. REGINATO, 2017, p. 206.

¹⁰⁵⁹ MORAES, 2021.

¹⁰⁶⁰ Cf. REGINATO, 2017, p. 201.

		<p>fatos e declarações na matéria, mas que, por outro lado, nem todas as informações apresentadas ao jornalista são honestas e livres de distorções¹⁰⁶¹. A problematização desse critério foi desenvolvida no corpo do texto.</p> <p>A partir de uma conferência de outras matérias publicadas no <i>site</i> do jornal <i>O Tempo</i>, é possível certificar a <i>representatividade</i> do material avaliado. Isso porque ele adere a elementos padrões desse tipo de documento: indicação de “área temática”, título, subtítulo e indicação da autoria, da data e do horário da publicação e conteúdo. Inclusive, a disposição do espaço de inscrição para o recebimento de notícias por <i>e-mail</i> e de <i>links</i> de propagandas publicitárias na página também observa um padrão¹⁰⁶².</p> <p>Por fim, trata-se de um artigo totalmente compreensível, que atende plenamente ao critério do sentido¹⁰⁶³.</p>
Doc. nº 36	Fonte	Decisão nº 2638666407 ¹⁰⁶⁴
	Avaliação	<p>Em se tratando de um documento extraído da página de consulta pública do <i>site</i> do TJMG, a sua <i>autenticidade</i> está certificada. Isso porque é um material que se apresenta de forma completa, que tem autoria, local e data de produção identificadas, além de que é possível conhecer o seu contexto de produção¹⁰⁶⁵.</p> <p>No que se refere à <i>credibilidade</i>, sendo uma decisão judicial, entendo que, por um lado, o conteúdo da fonte pode ser levado em conta, haja vista que se trata da apresentação dos elementos indicados pelas partes que o magistrado considerou para decidir sobre o pedido liminar¹⁰⁶⁶. Entretanto, ao avaliar os fatos e os argumentos descritos na decisão, identifiquei informações inverídicas e imprecisas, o que está discutido no corpo do texto e que minora a credibilidade do documento em alguma medida¹⁰⁶⁷.</p> <p>O material é totalmente <i>representativo</i> de sua espécie, pois a decisão se apresenta dentro dos padrões – tanto de forma quanto de disposição do conteúdo – praticados pelo TJMG¹⁰⁶⁸, possuindo: o timbre do Poder Judiciário do Estado de Minas Gerais; a indicação da comarca, da vara, do número do processo, da classe, do assunto, da autora e dos réus; a estrutura dividida em relatório, fundamentos e dispositivo; a indicação da data da decisão e do magistrado que a proferiu; um rodapé com o endereço da vara e com algumas informações sobre o processo eletrônico.</p> <p>Não tenho ressalvas quanto ao <i>sentido</i>, pois compreendi todo o conteúdo da fonte¹⁰⁶⁹.</p>
Doc. nº 37	Fonte	Decisão nº 1000021052083900120213685482 ¹⁰⁷⁰
	Avaliação	<p>O documento é um arquivo em Word baixado diretamente da página de consulta pública do TJMG. Ele se apresenta de forma completa, tem autoria, local e data de produção identificadas, além de que é possível conhecer o seu contexto de produção. Portanto, a sua <i>autenticidade</i> está certificada¹⁰⁷¹.</p> <p>No que se refere à <i>credibilidade</i>, em se tratando de uma decisão judicial, entendo que, por um lado, o conteúdo da fonte pode ser levado em conta, haja vista que se trata da apresentação dos elementos indicados pela agravante que o desembargador relator considerou para decidir sobre o pedido de antecipação da tutela de urgência¹⁰⁷². Além disso, não obstante eu seja uma das advogadas que redigiu o recurso no qual a decisão – proferida sem que os agravados tenham se</p>

¹⁰⁶¹ Cf. SCOTT, 1990, p. 22 *apud* REGINATO, 2017, p. 202.

¹⁰⁶² Cf. REGINATO, 2017, p. 205.

¹⁰⁶³ Cf. REGINATO, 2017, p. 206-207.

¹⁰⁶⁴ MINAS GERAIS, 2021a.

¹⁰⁶⁵ Cf. REGINATO, 2017, p. 201.

¹⁰⁶⁶ Cf. MCCULLOCH, 2004, p. 36 *apud* REGINATO, 2017, p. 202.

¹⁰⁶⁷ Cf. SCOTT, 1990, p. 22 *apud* REGINATO, 2017, p. 202.

¹⁰⁶⁸ Cf. REGINATO, 2017, p. 205.

¹⁰⁶⁹ Cf. REGINATO, 2017, p. 206-207.

¹⁰⁷⁰ MINAS GERAIS, 2021a.

¹⁰⁷¹ Cf. REGINATO, 2017, p. 201.

¹⁰⁷² Cf. MCCULLOCH, 2004, p. 36 *apud* REGINATO, 2017, p. 202.

		<p>manifestado sobre – se baseou e, assim, eu defenda a verdade dos fatos apresentados e dos argumentos construídos, eles foram contestados ao longo do processo (e não só). Em algum grau, isso torna o material menos crível, o que está discutido no corpo do texto¹⁰⁷³.</p> <p>O material é totalmente <i>representativo</i> de sua espécie, pois a decisão se apresenta dentro dos padrões – tanto de forma quanto de disposição do conteúdo – praticados pelo TJMG¹⁰⁷⁴, possuindo: um cabeçalho com os timbres do Poder Judiciário do Estado de Minas Gerais; a indicação da natureza do recurso, da câmara do referido tribunal, do número do processo, da comarca, da agravante e dos agravados; a estrutura dividida em relatório, fundamentos e dispositivo; a indicação da data da decisão e do desembargador relator.</p> <p>Não tenho ressalvas quanto ao <i>sentido</i>, pois compreendi todo o conteúdo do documento¹⁰⁷⁵.</p>
Doc. nº 38	Fonte	Acórdão nº 100002105208390012022339845 ¹⁰⁷⁶
	Avaliação	<p>Em se tratando de um arquivo em PDF disponibilizado na página de consulta pública do <i>site</i> do TJMG, a sua <i>autenticidade</i> está certificada. Isso porque é um material que se apresenta de forma completa, que tem autoria, local e data de produção identificadas, além de que é possível conhecer o seu contexto de produção¹⁰⁷⁷.</p> <p>No que se refere à <i>credibilidade</i>, sendo um acórdão, entendo que, por um lado, o conteúdo da fonte pode ser levado em conta, haja vista que se trata da apresentação dos elementos indocados pelas partes que a turma considerou para julgar o pedido liminar¹⁰⁷⁸. Entretanto, ao avaliar os fatos e os argumentos descritos no acórdão, identifiquei informações inverídicas e imprecisas¹⁰⁷⁹, o que está discutido no corpo do texto. Além disso, há um erro material no arquivo, pois na primeira página consta que a data do julgamento foi “16/03/0022”, mas na verdade foi 15 de março de 2022¹⁰⁸⁰. Esses dois pontos tornam a fonte menos crível em alguma medida.</p> <p>O material é totalmente <i>representativo</i> de sua espécie, pois o acórdão se apresenta dentro dos padrões – tanto de forma quanto de disposição do conteúdo – praticados pelo TJMG¹⁰⁸¹, possuindo: um cabeçalho com o timbre do tribunal; a indicação do número do processo, do seu relator, do relator do acórdão e das datas de julgamento e publicação; a ementa; o voto do desembargador relator estruturado em relatório, fundamentos e dispositivo; a indicação dos votos dos relatores e a súmula.</p> <p>Não tenho ressalvas quanto ao <i>sentido</i>, pois compreendi todo o conteúdo da fonte¹⁰⁸².</p>

¹⁰⁷³ Cf. SCOTT, 1990, p. 22 *apud* REGINATO, 2017, p. 202.

¹⁰⁷⁴ Cf. REGINATO, 2017, p. 205.

¹⁰⁷⁵ Cf. REGINATO, 2017, p. 206-207.

¹⁰⁷⁶ MINAS GERAIS, 2022.

¹⁰⁷⁷ Cf. REGINATO, 2017, p. 201.

¹⁰⁷⁸ Cf. MCCULLOCH, 2004, p. 36 *apud* REGINATO, 2017, p. 202.

¹⁰⁷⁹ Cf. SCOTT, 1990, p. 22 *apud* REGINATO, 2017, p. 202.

¹⁰⁸⁰ Cf. SCOTT, 1990, p. 22 *apud* REGINATO, 2017, p. 202.

¹⁰⁸¹ Cf. REGINATO, 2017, p. 205.

¹⁰⁸² Cf. REGINATO, 2017, p. 206-207.