



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

SECRETARIA GERAL PARLAMENTAR
Secretaria de Registro Parlamentar e Revisão

COMISSÃO DE FINANÇAS E ORÇAMENTO

PRESIDENTE: JAIR TATTO

TIPO DA REUNIÃO: Audiência Pública
LOCAL: Câmara Municipal de São Paulo
DATA: 11 de junho de 2025

OBSERVAÇÕES:

- Notas taquigráficas sem revisão
- Manifestação fora do microfone
- Exibição de imagens

REUNIÃO: 21195 DATA: 11/06/2025 FL: 1 DE 47

A SRA. PRESIDENTE (Keit Lima) – Boa noite. Que felicidade sinto por essa audiência estar acontecendo. Presidindo essa reunião da Comissão de Finanças e Orçamento, declaro abertos os trabalhos da 9ª Audiência Pública Semipresencial, no ano de 2025, convocada para hoje, 11 de junho.

Essa audiência pública temática tem como objeto debater o tema Mortalidade Materna, em atendimento ao Requerimento nº 7/2025, de autoria da Vereadora Keit Lima, do PSOL.

Informo que essa reunião está sendo realizada de forma semipresencial, no auditório Prestes Maia, mediante o aplicativo Teams, e é transmitida ao vivo na página Auditórios *on-line* no *site* da Câmara e também nos canais do YouTube e do Facebook da Câmara Municipal de São Paulo.

O convite para essa audiência vem sendo publicado no *Diário Oficial da Cidade* desde o dia 2 de junho de 2025. As inscrições para o pronunciamento foram previamente abertas no *site* da Câmara Municipal de São Paulo desde esse mesmo dia, 2 de junho de 2025, no endereço da Casa, permanecendo abertas até o final das falas das autoridades.

Foram convidados para essa audiência, e já aproveito para chamar para fazerem parte da Mesa, o Sr. Luiz Carlos Zamarco, Secretário Municipal da Saúde. Está presente? (Pausa) Há representantes? (Pausa) Perfeito. São da Secretaria Municipal da Saúde a Sra. Lígia Santos, da Área Técnica da Saúde da Mulher; a Sra. Cláudia Maria Ricardo Serafim Giaccio, do Comitê de Mortalidade Materna e a Sra. Athene Maria de Marco França Mauro, da Divisão de Cuidados em Saúde para o Ciclo da Vida. Todas da Secretaria Municipal de Saúde, por favor. Também convido para compor a Mesa a Sra. Bianca Alves de Oliveira Zorzam, Professora de Obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da USP; a Sra. Camila Aguiar; a Sra. Fabiana Lucena e a Sra. Carmen Simone Grilo Diniz, Professora Titular do Departamento de Saúde da Faculdade de Saúde Pública da USP. Podem se sentar. Também foi convidado o Dr. Eleuses Vieira de Paiva, Secretário de Saúde do Estado de São Paulo, além de todos os Vereadores e Vereadoras, bem como a sociedade em geral.

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE REGISTRO PARLAMENTAR E REVISÃO – SGP.4
NOTAS TAQUIGRÁFICAS SEM REVISÃO

REUNIÃO: 21195 DATA: 11/06/2025 FL: 2 DE 47

fls. 7

Quero começar agradecendo a presença de cada pessoa que veio a essa reunião, para somar conosco. Essa audiência é fruto da escuta e da construção coletiva com as profissionais que estão nessa mesa e foi, inclusive, um pedido delas próprias, demonstrando, assim, como se constrói um mandato que tem de estar à disposição dos movimentos sociais e das pessoas que estão na luta. E não poderia mesmo ser diferente.

Estamos reunidos, hoje, para falar sobre a vida, apesar de o tema ser Mortalidade Materna, um assunto seríssimo, que representa a morte silenciosa de mães e de todas as pessoas que gestam, das nossas meninas e, especialmente, das mulheres negras. É também sobre o que reivindicamos, ou seja, sobre todas as pessoas que gestam estarem vivas.

Quando a mulher morre no parto, ou quando uma pessoa que gesta morre no parto por falta de atendimento, quando a jovem negra perde a vida, desacreditada da sua dor, quando a maternidade vira risco de morte, sabemos que o Estado está falhando com as nossas vidas.

E sabemos também que ele falha com recorte de cor, território e classe econômica. Ele falha, especialmente, com as mulheres pretas, pobres e faveladas, e nós não podemos deixar de fazer algo. O que estamos fazendo, nesse momento, é não naturalizar essas mortes. Essas mortes não são números, são as nossas vidas, é por nós, é por cada uma que está presente, mas, também pelas ausentes. São histórias interrompidas por negligência, por racismo. Interrompidas por um sistema que não prioriza as nossas vidas.

Essa audiência é mais um passo na nossa caminhada na luta por justiça reprodutiva, por dignidade e por direito à vida, porque parir não pode ser uma sentença de morte, e ser mãe na periferia não pode ser um ato de risco.

Aproveito esse momento para agradecer grandemente as nossas convidadas de hoje, que vão nos dar uma aula. É muito bom estarmos aqui para termos uma boa aula.

Quero agradecer demais, novamente, à professora Carmem, do curso de Saúde Pública da USP; à Camila Aguiar, à Bianca e à Fabiana, por estarem presentes, compartilhando seus conhecimentos e inquietações. É uma honra contar com vozes tão comprometidas com a defesa da vida das mulheres e com a construção de uma saúde pública que coloca nossas vidas

REUNIÃO: 21195 DATA: 11/06/2025 FL: 3 DE 47

no centro das prioridades.

Seguiremos com firmeza, coragem, afeto e resistência na defesa da vida das mulheres, especialmente das mulheres negras, na luta pela saúde nas periferias e na construção de um mundo em que nossas existências sejam reconhecidas e respeitadas.

Muito obrigada. Desejo uma excelente audiência a todos.

Passo agora a palavra à Sra. Fabiana Lucena, responsável pela mediação desta audiência.

A SRA. FABIANA LUCENA – Boa noite. Inicio agradecendo à Vereadora Keit, pelo compromisso com essa pauta tão relevante. Agradeço sinceramente pela disponibilidade e pela disposição em contribuir de forma sempre comprometida. Estamos juntos nesta construção.

Aproveito para me apresentar: sou Fabiana, enfermeira de formação. Mais adiante, farei minha intervenção, mas considero importante me apresentar neste momento. Sou pesquisadora do Instituto de Saúde, um dos institutos de pesquisa do estado, e tenho estudado a mortalidade materna e os comitês relacionados a essa temática.

Considero importante destacar que esta audiência é fruto da necessidade de realizarmos pesquisas comprometidas com a realidade. Esse encontro resulta de um processo que reconhece a relevância da ação social nesse campo. É a partir dessa compreensão que surge esta articulação e parceria.

Sendo breve, convido agora a professora Simone Diniz, que, como mencionado anteriormente, é docente da Faculdade de Saúde Pública e fará uma exposição sobre mortalidade materna, cegueira de gênero e paradoxo perinatal.

A SRA. CARMEN SIMONE GRILO DINIZ – Muito obrigada, Fabiana.

Quero agradecer à Vereadora Keit Lima pelo convite e pela iniciativa, e parablenizo esta Casa Legislativa pela atenção dedicada a um tema de tamanha importância. Cumprimento, também, minhas colegas de painel.

Preparei uma breve apresentação, com o objetivo de ilustrar os pontos que abordarei, bem como apresentar alguns dados.

- A oradora passa a se referir às imagens exibidas na tela de projeção.

A SRA. CARMEN SIMONE GRILO DINIZ – Gostaria de iniciar com uma reflexão sobre a questão de gênero no contexto da mortalidade materna. Há diferentes formas de abordar o gênero. Uma delas é a perspectiva binária, entre homens e mulheres. Outra diz respeito à diversidade sexual e suas implicações de gênero – campo em que já existem importantes iniciativas no SUS, como o reconhecimento de homens trans, o que representa um avanço significativo.

A abordagem de gênero, que proponho aqui, refere-se à forma como o corpo feminino é socialmente significado. E não se trata de qualquer corpo: o corpo da mulher branca, casada e heterossexual é percebido de modo distinto do corpo da mulher negra, da mulher em situação de rua, da mulher muito jovem, ou da mulher mais velha. É fundamental reconhecer que a maternidade e a reprodução não são valorizadas de maneira uniforme. Algumas maternidades são valorizadas; outras, tratadas com hostilidade, em razão da ideia persistente de que há pessoas que “merecem” a maternidade, enquanto outras não.

Ao tratarmos de gênero e saúde materna, é importante lembrar que, em nossa cultura, muitas vezes a mortalidade materna é atribuída à própria condição feminina. Durante muito tempo, acreditou-se que a mortalidade materna era uma punição pelo pecado ou pela sexualidade. Atribuía-se a morte da mulher à vontade divina, como se fosse um destino.

Essa perspectiva fatalista da mortalidade materna esteve presente por muito tempo, assim como a romantização da morte no parto – a ideia de que a mulher “deu a vida” pela família ou pela pátria. É importante lembrar que a maioria dos bebês sobrevive ao parto quando ocorre uma morte materna, pois cerca de três quartos dessas mortes acontecem no período pós-parto, como é amplamente conhecido.

Houve, durante muito tempo, grande resistência em se estudar as causas da mortalidade materna, justamente porque a investigação da causalidade revela falhas na qualidade da assistência prestada. Gostaria de destacar que foi necessário muito esforço por parte do movimento feminista, para que passássemos a dispor de dados mais consistentes sobre

mortalidade materna.

Ao analisarmos a história da obstetrícia, encontramos instrumentos e práticas que, como reconhecem muitos profissionais, hoje nos causam constrangimento. Como consequência, os pacientes que buscavam atendimento médico frequentemente apresentavam piores desfechos. Estudos do século XIX, por exemplo, realizados na Inglaterra, demonstravam que mulheres atendidas por médicos tinham maior probabilidade de morrer de infecção puerperal, do que aquelas que viviam nos cortiços mais pobres de Londres. Isso se devia, em grande parte, às manipulações, manobras e cirurgias realizadas antes da adoção de práticas antissépticas.

Até a metade do século passado, esses estudos apontavam que era mais arriscado procurar atendimento com um profissional da área médico-cirúrgica, do que não ser atendido. A mortalidade materna, até esse período, era marcada por um fenômeno conhecido como relação reversa de classe social: pessoas atendidas por médicos apresentavam piores resultados do que aquelas que não tinham acesso à assistência formal.

A partir da metade do século XX, no entanto, houve uma mudança significativa, com a introdução segura do uso de sangue, dos antibióticos e da anestesia. Esses avanços contribuíram para uma redução importante da mortalidade entre pacientes assistidas por médicos.

Os dados sobre mortalidade materna nunca foram amplamente divulgados ou valorizados, e, infelizmente, ainda enfrentamos esse mesmo cenário. Vale destacar que os países com boas práticas de vigilância de óbitos têm modelos de atenção centrados na atuação de parteiras. Já aqueles com baixa vigilância costumam ter sistemas centrados na figura médica. Este é um padrão que merece atenção e debate.

O Brasil reúne o pior dos dois modelos. Vivemos aquilo que se denomina paradoxo perinatal: morre-se tanto pela falta de tecnologia apropriada – como o acompanhamento por parteiras, continuidade do cuidado e práticas baseadas em evidências – quanto pelo uso excessivo de tecnologias inadequadas, arriscadas ou obsoletas. Um exemplo é o manejo agressivo do parto, que pode levar a eventos adversos, como hemorragias e infecções.

Esse paradoxo demonstra que o uso de mais tecnologia não leva, necessariamente, a melhores resultados. Pelo contrário, pode provocar danos. E, quando há complicações, o acesso ao cuidado intensivo se torna decisivo para a sobrevivência. Isso significa que, quando há uma assistência agressiva que possa vir a causar uma infecção ou uma hemorragia, a UTI poderá fazer a diferença na sobrevivência. Isso é especialmente relevante em termos de equidade, já que as mulheres brancas e com maior poder aquisitivo têm mais acesso a cuidados intensivos quando necessário.

É importante lembrar que diversos movimentos de mulheres foram fundamentais para os avanços nessa área. A criação dos comitês de morte materna, por exemplo, é resultado direto da luta desses movimentos. Em 28 de maio de 1987, foi instituída a data de luta pela redução da mortalidade materna. A partir dessa mobilização, foi criado o primeiro Comitê de Vigilância à Morte Materna no Brasil, localizado no município de São Paulo, durante a gestão da Prefeita Luiza Erundina.

Esse comitê teve papel essencial na formação de profissionais e na disseminação de práticas de vigilância por todo o país. Por isso, é lamentável que hoje não tenhamos a mesma postura ativa que já foi adotada em décadas passadas. Então, passamos a ter uma legislação nacional de vigilância de óbito a partir de 2002.

Foram criados esses comitês. A Rede Feminista de Saúde teve uma grande participação. E isso tudo estava inserido no contexto do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PAISM –, que foi reeditado em vários programas. Temos, hoje, a Rede Cegonha, a Rede Aline, etc. O dia 28 de maio é esse dia de ação que nós comemoramos, apesar de alguns dias depois.

Vamos olhar para a razão de morte materna.

A razão de morte materna é calculada como o número de mulheres que morreram por causas relacionadas à gravidez, parto e pós-parto por 100 mil nascidos vivos. Disse Suzanne Serruya, coordenadora da área de saúde da mulher da Organização Panamericana de Saúde, num seminário, duas semanas atrás: “É uma linha reta, não vemos nenhuma mudança, senão

para pior”.

Aquele pico é o da Covid. É impressionante, porque nós tivemos melhora de todos os indicadores em saúde materna. As mulheres têm menos filho, elas têm mais contracepção, elas têm maior número de consultas, elas têm maior vacinação, elas fumam menos. O único que mudou para pior é a obesidade, que aumentou. Todos os demais indicadores melhoraram. As mulheres são mais testadas, mais vacinadas, começam o pré-natal mais cedo, e assim por diante. E, ainda assim, não temos nenhuma melhora efetiva na taxa de mortalidade neonatal.

Esses números mais recentes, abaixo, podem ser atribuídos ao fato de que... A investigação dos óbitos – tem a notificação e a investigação dos óbitos – leva muito tempo. Então, provavelmente, esses anos de 2022 e 2023 ainda nem estão completos.

Quando olhamos o número de pessoas que morreram, nós vemos uma diminuição até considerável, mas isso só acontece porque a fecundidade caiu muito no Brasil. Temos uma queda do número de nascidos realmente impressionante, muito rápida. E isso faz com que o número de pessoas mortas tenha diminuído, mas não que a razão tenha sido impactada de uma maneira importante.

E eu quero chamar a atenção para uma coisa que eu acho que é muito importante, retomando o que disse a Keit: nós temos desigualdades múltiplas, e isso demanda respostas complexas.

Podemos ver a taxa de mortalidade por cor da pele no Brasil: a faixa laranja são as brancas e as pardas, que têm um tracejado bastante parecido. Vejam que aí, estamos analisando de maneira desagregada esse grupo que chamamos de negras – que, em geral, colocamos juntas, pretas e pardas. Mas, quando analisamos separadamente, vemos que as pretas têm um resultado muito diferente das pardas. E é importante chamar a atenção que há uma diferença entre pretas e pardas em termos de mortalidade. Elas ficam parecidas com as indígenas, que têm as taxas mais altas atualmente. E a linha azul é a das amarelas, que costumam ter indicadores melhores. Então, há uma diferença importante. Vale muito a pena chamarmos a atenção para isso.

REUNIÃO: 21195 DATA: 11/06/2025 FL: 8 DE 47

Por que no Brasil temos essa situação? Temos que partir do reconhecimento de que a cesárea aumenta o risco de mortalidade materna. Alguns estudos mostram, por exemplo, que nascer por cesárea, ter parto por cesárea, aumenta o risco 3,6 vezes de morrer. São estudos da França. Estudos no Brasil mostram 2,8 vezes o risco de morrer. Um estudo do Canadá mostra 3,1 vezes o risco de morrer. E [aumenta também o risco] de complicações graves: histerectomia, que, em geral, é feita, porque a pessoa tem uma hemorragia muito grave, ou complicações anestésicas; parada cardíaca; complicações tromboembólicas, e assim por diante. Então, não tem como reduzir taxa de mortalidade materna no Brasil, sem reduzir taxa de cesárea. Isso é um consenso científico e demanda vontade política.

Aqui, eu mostro os dados desse Inquérito Nacional Nascer no Brasil: os dados de nascimento, o Nascer no Brasil 1, dos anos de 2011 e 2012; e o Nascer no Brasil 2, que foi feito em 2022 e 2023. É uma base de 10-11 anos.

As duas colunas da esquerda são do setor público – SUS – e o da direita é o do privado. Podemos ver que a taxa de partos vaginais do SUS caíram, e aumentou no setor privado, que tem números astronômicos de cesárea. E uma coisa que chama a atenção é que a grande maioria das cesáreas foi feita sem a mulher entrar em trabalho de parto, o que implica riscos adicionais tanto para a mãe quanto para o bebê. Quando comparamos a morbidade, o adoecimento, as complicações e a morte, vemos que quem não chegou a entrar em trabalho de parto, com frequência, tem desfechos piores.

E também tem uma coisa muito importante que precisa de atenção, algo que no Brasil chamamos de “inversão da disparidade esperada”. Em todos os lugares, inclusive no Brasil, a pessoa ser pobre, viver na pobreza, no racismo, na exclusão, na discriminação leva a resultados de saúde piores. Mas analisem, por exemplo, a prematuridade: as mulheres do SUS têm a mesma prematuridade que as mulheres do setor privado, tanto no Nascer no Brasil 1 quanto no Nascer no Brasil 2, mas as mulheres do privado, porque a taxa é ainda mais alta, têm mais bebês prematuros que vão mais para a UTI. Isso é o que chamamos de inversão da disparidade esperada, porque os SUS tem as mulheres mais pobres, tem uma proporção de mulheres pretas

REUNIÃO: 21195 DATA: 11/06/2025 FL: 9 DE 47

e pardas muito maior, e assim por diante.

Isso é para chamar a atenção de quanto a cesárea, embora seja considerado o padrão ouro da assistência, é mais danosa tanto para a mãe quanto para o bebê. E nós não vamos reduzir a mortalidade neonatal, a prematuridade e nem a mortalidade materna sem reduzir a taxa de cesárea.

E o que precisamos para isso? O que fazer para reduzir a mortalidade materna e neonatal? Reduzir a taxa de cesárea. E como podemos fazer isso? O mais importante é aumentar a proporção de enfermeiras obstetras e obstetrizes, que são as especialistas em parto normal.

A Prefeitura do Município tem, inclusive, que contratar as obstetrizes e enfermeiras que já foram concursadas e aprovadas anos atrás. Essa tem que ser a total prioridade. A evidência científica é clara: o atendimento por parteira qualificada, enfermeira obstetra e a obstetriz, tem papel importantíssimo em melhorar os indicadores.

Outra coisa é melhorar a vigilância de óbitos. Temos visto que esse estudo da mortalidade materna, que o SUS tem feito, tem sido desativado em muitos lugares; tem havido um desinvestimento. Temos dados cada vez piores. E nós precisamos formar gente para essa vigilância de óbito.

Outra coisa que nós temos de fazer é ensinar outros modelos de assistência; temos que voltar a programas que o Ministério da Saúde tem, essa direção – como é o caso do Programa Apice On, que oferece treinamento para hospitais de ensino.

Outra coisa é enfrentar os conflitos de interesse no mercado do parto. Vamos reconhecer que no sistema capitalista tudo vira mercadoria, e o parto é uma oportunidade de, inclusive, oferecer tecnologia danosa, como é o caso brasileiro. Por isso, estamos todas em luta pela reforma obstétrica já. Precisamos mudar esse quadro.

Quero agradecer imensamente à Vereadora Keit e à Câmara por essa oportunidade de divulgar a importância de reformarmos a assistência ao parto, para oferecer às pessoas que gestam, às mulheres, aos bebês, a assistência que de fato as pessoas merecem, com base nos

REUNIÃO: 21195 DATA: 11/06/2025 FL: 10 DE 47

seus direitos à saúde como seres humanos.

A SRA. FABIANA LUCENA – Dando sequência, vamos ouvir a Camila Aguiar, mãe, doula, socióloga, educadora popular e estudante de psicanálise; ativista feminista interseccional e antirracista; idealizadora e coordenadora da Formação Profissional de Doulas Interseccionais e Antirracistas.

A Camila vai falar um pouquinho sobre a importância da educação popular na formação de mulheres como articuladoras sociais.

A SRA. CAMILA AGUIAR - Boa noite. Quero agradecer muitíssimo o convite, a oportunidade de estar aqui com vocês trazendo mais a público aquilo que a gente tem feito no humildinho e no silêncio das horas, não é? Eu vou dividir um pouco com vocês, sobretudo, a minha experiência e como é que a gente tem pensado a importância da educação popular para reduzir, inclusive, esses números assustadores que a professora nos apresentou.

Eu acredito muito que a saída é sempre pela educação. Eu já atuo na assistência ao parto há 10 anos e, quando cheguei ao movimento da humanização do parto, encontrei muitas barreiras a serem vencidas, porque a gente não tem um modelo de assistência na perspectiva da humanização que seja pensado e idealizado para mulheres que ocupam o lugar que eu ocupo, a história que eu ocupo. E, como bem sabemos, o movimento de mulheres muito potente, e transformador que é, me acolheu também, e foi através das mãos de outras mulheres que eu pude não só viver a experiência do nascimento da minha segunda filha, numa perspectiva não violenta, mas sobretudo quando se está pensando nesse modelo de assistência, a gente está pensando em estar longe das estatísticas desastrosas que vão nos levar a compor esse lugar das mortes maternas, neonatais. E esse processo me provocou muito a pensar como é que a gente, no nosso cotidiano, vai dando conta também dessa transformação.

Então, óbvio que a minha experiência individual foi fundamental, mas como muitas coisas na minha vida, eu não consigo pensar só nessa lógica, e aí vou pensando coletivamente, como é que a gente vai transformando os cenários. Em 2020, a gente fez essa iniciativa e criou essa formação. A doula é uma das profissionais que atuam na rede de assistência ao parto, e

REUNIÃO: 21195 DATA: 11/06/2025 FL: 11 DE 47

pensando no modelo de formação dessas mulheres, como é que a gente discutia com coragem o racismo, esses problemas estruturais todos que a gente já está muito sensibilizada, mas que tem, em certa medida, dificuldade de encarar e de transformar.

E eu sempre digo que quando a gente fala muito de práticas antirracistas, às vezes, parece uma coisa assim muito intelectual, muito distante, muito difícil de fazer, quando na verdade é muito simples, não é? Eu acho que tem um lugar de a gente conseguir fazer essa mobilização, entendendo que esse compromisso precisa ser coletivo e que quando a gente está pensando em assistência materna e neonatal, na nossa realidade, a gente precisa partir sim desse lugar, porque somos nós, as mulheres, que estamos liderando os desfechos negativos.

Então essa é uma formação com base em educação popular. Eu sempre digo quando as pessoas me perguntam, mas efetivamente o que você é? Eu sou educadora popular, é isso que eu me comprometo a fazer na vida, e pensar o quanto de impacto tem uma formação que vá olhar para o SUS, que vai defender o SUS, que vai ensinar a comunidade a entender esses mecanismos. Eu acho que a gente tem um lugar, às vezes, muito confortável de falar para os iguais, às pessoas que estão muito alinhadas, sobre aquilo que a gente luta, mas quando a gente vai para o profundo das periferias, muito dessa pauta não alcança como a gente precisa que seja alcançado. Eu sempre digo que quando a gente tem um processo de formação emancipador, o que a gente está fazendo é garantia de acesso a direitos.

Eu tenho muitas histórias positivas para falar sobre mulheres que eu acompanhei nas periferias, mulheres que não imaginavam conseguir alcançar, dentro da estrutura do SUS, o que é essa história de atendimento humanizado, porque a informação muda tudo. E quando a gente consegue alcançar, na prática, essa perspectiva que às vezes se constrói muito no campo das ideias, a gente muda efetivamente os resultados concretos.

Quando a gente tem mulheres nos seus territórios, na periferia, essa formação tem uma orientação. A gente forma mulheres na periferia, sobretudo mulheres negras que podem até, e muito, fazer dessa formação um exercício da sua profissão. A nossa formação tem mais de 110 horas, mas mesmo que elas pensem assim: “não vai ser com isso que eu vou trabalhar”,

REUNIÃO: 21195 DATA: 11/06/2025 FL: 12 DE 47

ela já é um agente de transformação na sua comunidade. Muda, muda o jogo, muda como ela conversa com a sua companheira, com a mulher que está do lado.

Então, olhar uma mulher que está gestando já não passa nesse lugar despercebido. A gente começa a entender quais são os riscos e como é que a gente, de maneira comunitária, se articula para alcançar direitos. Eu sempre digo que a transformação social que profissionais como a gente, que estão nesse campo da doulagem, é capaz de proporcionar, ela tem um avanço coletivo muito rico, porque a gente, sobretudo, vai discutir com essas mulheres muitas perspectivas das quais elas jamais tiveram acesso, pensando desde a fisiologia do parto, e de devolver esse pertencimento do corpo à própria mulher. É diferente quando essa mulher está instrumentalizada com informação, e ela chega a um atendimento em que aquele clássico 10 minutos, a pessoa não olha na sua cara e que a gente se acua, porque o jaleco médico tem muito poder, pensando nesse lugar de quem é que escolhe que vai viver, que vai morrer, essa mulher já entende que ela é a sujeita de direitos.

E como é que ela vai dar conta de pegar esse protagonismo para ela e avisar as colegas? Porque é isso que muito eu digo, para mim, eu termino o dia com uma grande satisfação se eu conseguir passar esse recado. Assim, contem para alguém essa história, porque quando se normaliza a violência, a falta de acesso, a gente está assumindo coletivamente que existem mulheres que podem, sim, morrer, e que podem ter desfechos negativos que vão impactar em suas vidas para sempre.

Eu tenho histórias de mulheres que não precisariam passar pela má assistência que passaram. E passaram porque elas ocupam um lugar social nessa vida, e é muito duro, só que é importante que a gente diga isso. É importante que essas mulheres saibam não só como se proteger desses desfechos, mas por que eles existem? Eles foram pensados, é um projeto de estado a gente entender que as mulheres negras, pretas, estão liderando os números negativos. E quando vai se falar de genocídio da população negra, a gente não está falando só dos jovens que estão morrendo. A gente está falando dos que não conseguiram nem nascer. Tem um projeto aí que é milimetricamente pensado, e que a gente, do nosso lado, também tem que se articular

REUNIÃO: 21195 DATA: 11/06/2025 FL: 13 DE 47

e levar com coragem esse combinado de não morrer mesmo.

E eu acredito que a educação popular é um caminho seguro, profícuo, para que a gente alcance isso, e as mulheres saindo desse processo com essa sensação de autonomia. Eu acho que a perspectiva da emancipação devolve para as mulheres essa condição de se sentirem protagonistas mesmo. Eu sempre digo, às vezes, tem um cenário tão desfavorável que é muito fácil a gente confundir acesso ao direito com privilégio. Então, quando eu conto que eu, hoje já uma mulher de 45 anos, que atingi uma graduação, que tenho uma história de nascimento que não foi violenta, eu sou privilegiada. E eu não sou privilegiada. O que acontece é que eu acessei um direito. E aí, acho que mudar essa chave, acho que a educação consegue sensibilizar a gente para mudar essa chave, e fazer com que essas mulheres se multipliquem em si.

Então, acho que o caráter da gente ter uma formação de doulas que leva o antirracismo no nome, tem a ver com um compromisso coletivo de que a gente realmente vai levar a sério essa história de que a gente não vai morrer. Acho que é isso.

A SRA. FABIANA LUCENA – Obrigada, Camila, pela fala. E agora eu queria chamar a Bianca Zorzam. A Bianca é obstetriz, professora do curso de obstetrícia da EACH. E ela vai falar um pouco sobre morte materna e modelo de assistência.

A SRA. BIANCA ALVES DE OLIVEIRA ZORZAM – Boa noite, sou Bianca Zorzan, docente do curso de obstetrícia da Escola de Artes e Ciências Humanidades da USP, que fica na Zona Leste de São Paulo, e que forma obstetrizes, que são profissionais capacitados para promover as práticas baseadas em evidência, e o cuidado sensível para a assistência das mulheres e pessoas que gestam, não somente na vivência da gestação do parto e do pós-parto, mas também para os diversos aspectos da vida sexual e reprodutiva. Atuando na escolha informada para contracepção, planejamento reprodutivo e a vida sexual.

Quero agradecer a oportunidade de fazer parte dessa audiência pública, à Vereadora Keit, pela iniciativa de falar sobre esse tema, sobre o qual a gente encontra tantas barreiras de silenciamento, e pensar nessas estratégias. Agradeço também às minhas companheiras que estão aqui, e aí à frente também, que lutam pelo fim da violência obstétrica.

Então, dar à luz com segurança e dignidade no Brasil tem sido um grande desafio. É reconhecido nos estudos desse campo que há uma cadeia de iniquidades sociais, de gênero, étnicas e de raça, que define quem são as pessoas que farão parte dessa tragédia evitável, que é a mortalidade materna no Brasil. A negligência, os maus-tratos e as violências obstétricas presentes no modelo de assistência ao parto, são intrínsecas às estruturas de iniquidades, ao racismo estrutural, e delineiam as causas de morte completamente evitáveis no Brasil, compondo um grande desafio epidemiológico.

O Brasil, inclusive, foi condenado pelo caso da Alyne Pimentel, que marcou a história do Brasil ao ser o primeiro caso de morte materna levado a um órgão de direitos humanos do Sistema de Direitos Humanos das Nações Unidas. O Comitê para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher, CEDAW, condenou o Brasil pela morte de Alyne, uma mulher negra de baixa renda, que morreu em 2002 em um hospital do Rio de Janeiro, devido à negligência médica durante a gestação. Hoje nós temos o nome da Alyne representado no programa Rede Alyne, que é um programa do Governo Federal brasileiro que visa a redução da mortalidade materna, especialmente entre mulheres negras, através de ações voltadas para a saúde materna infantil.

É imprescindível ressaltar a importância fundamental do movimento feminista para o avanço das discussões sobre o tema da mortalidade materna, e a violência obstétrica no Brasil, com a própria divulgação do tema e o seu reconhecimento hoje na dimensão legal como uma violação dos direitos humanos. Vale recordar que, em 2014, toda uma mobilização ocorreu no país pela violação de direitos da Adelir Carmen, moradora do estado do Rio Grande do Sul. Ela estava na sua terceira gestação, pretendia ter um parto normal, e foi retirada de casa por forças policiais contra sua vontade, com apresentação de denúncia feita pela médica que a atendeu, alegando que o bebê corria risco se não acontecesse o parto por cesariana. Ela foi levada ao hospital e submetida à cesariana sem ter o direito de ver o nascimento da filha, e o pai foi impedido de assistir o parto.

Então, antes de começar a reflexão, também, sobre as causas da mortalidade materna que já foram trazidas, olhar para as estatísticas e pontuar algumas estratégias, eu queria

começar com alguns dados de mortalidade que foram recentemente vinculados nos principais veículos de comunicação ao qual a sociedade brasileira tem acesso, para entendermos que nem mesmo as pessoas que vivem essa tragédia são respeitadas no direito de saber, muitas vezes, como e por que essas mulheres morreram. Então, eu realizei uma busca rápida nos principais veículos de comunicação, perguntando quais foram os casos recentes de morte materna em 2025, e segundo consta nas publicações em que os nomes foram divulgados e permitidos pelas famílias.

Eu peço licença para trazer aqui na audiência: Ruth Iaponira da Silva, de 17 anos, que morreu de hemorragia pós-parto após peregrinar por várias maternidades, em João Pessoa, na Paraíba. A reportagem do Brasil de Fato, da Paraíba, entrou em contato com o Hospital Regional de Itabaiana, por meio do número de telefone disponível nas redes sociais, mas não obteve sucesso. Em relação ao Hospital de Pedras de Fogo, que também foi acessado, não foi encontrado contato telefônico válido em funcionamento. Também foram feitos pedidos de informações ao Comitê Estadual de Mortalidade Materna, via *e-mail*, e, no entanto, não tiveram resposta até o momento da publicação da matéria, março de 2025.

Amanda Porfírio da Silva, de 33 anos, morreu por hemorragia após uma cesariana em Santos. Na nota hospitalar, diante do quadro, foram tomadas todas as medidas para estancamento do processo hemorrágico. A paciente foi, então, mantida em observação no centro cirúrgico e, posteriormente, encaminhada à UTI. A instituição esclarece que informou imediatamente a família sobre o quadro de saúde da paciente, e os procedimentos de controle de hemorragia foram bem-sucedidos, mas a paciente não resistiu aos desdobramentos do choque hemorrágico e veio a óbito no último dia 24.

Daniele Lima da Silva, de 36 anos, e sua bebê morreram após complicações da eclâmpsia, após o parto no hospital de Arapiraca, no Agreste de Alagoas. Conforme explicou a direção do hospital, a paciente enfrentou um quadro clínico extremamente grave e complexo, incluindo a síndrome HELLP, uma forma severa da pré-eclâmpsia e uma ruptura espontânea de hematoma subcapsular hepático. Como consequência, ela sofreu hemorragia intra-abdominal

maciça, que levou ao choque hipovolêmico, e à morte.

Ana Cleide Cruz, de 39 anos, e sua bebê morreram após cinco dias de internação no Hospital da Mulher e da Criança, no Juruá, no município do Cruzeiro do Sul, interior do Acre, por complicações infecciosas. No relato da sobrinha que acompanhou a internação, ela diz, na hora que ela estava morrendo: “Eles estavam fazendo perguntas se as pessoas da minha família tinham epilepsia, se ela bebia e se ela fumava, e eu falando com eles que ela estava com a mão roxa, com o pé roxo, estava mordendo os lábios com muita dor de cabeça. E eu, para mim, naquela hora, o médico pensou que ela estava mentindo, que estava se fingindo para tirar a menina de cesárea, porque eu já tinha passado a noite toda lá. Eu acho que ele achava que ela estava mentindo”.

As mulheres que morreram por causas evitáveis nesses casos, são as que compõem a maioria da realidade dos casos de mortalidade materna no Brasil. Elas são, na maioria, causadas por causas obstétricas diretas, que ocorrem por complicações obstétricas durante a gravidez, o parto e o pós-parto, e que se relacionam com as intervenções desnecessárias, os tratamentos inadequados, representando, entre 2012 e 2023, 61% de óbitos maternos. O modelo de cuidado que persiste no Brasil propicia o excesso de cesarianas, as intervenções desnecessárias, a violência e o racismo obstétricos, que são marcas das iniquidades sociais e do racismo estrutural brasileiro.

Segundo o relatório da nota técnica conjunta do Ministério da Saúde, publicada nesse ano, as notificações e investigações dos casos de mortalidade materna são obrigatórias, segundo o artigo 2º da portaria GMMS 1.119, pois, além de importante marcador de saúde, também indica as condições de vida da população. Quando olhamos as estatísticas, entre 1990 e 2015, houve um declínio da mortalidade materna de 57%, mas não alcançou os objetivos de desenvolvimento do milênio de 2015, que seria 35 mortes por 100 mil nascidos vivos. Hoje, o Brasil assumiu o compromisso de 30 mortes por 100 mil nascidos vivos, diante dos ODSs, Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. Em 2023, a razão de mortalidade materna no Brasil apresentou 55,3 óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos. O mesmo relatório chama

atenção para os problemas substanciais que vivemos no contexto da saúde materna, que são as altas taxas de cesariana, as mortes maternas por aborto e a alta prevalência de prematuridade, que sabemos são evitáveis, e consequência de um modelo que é marcado pela violência, os altos índices de cesárea, as cascatas de intervenções dolorosas e sem indicações, como o uso indiscriminado da ocitocina para a aceleração dos partos e a episiotomia, que, embora tenha reduzido nos últimos anos, ainda persiste no modelo de assistência.

As taxas de cesariana vêm aumentando no Brasil e atingiram, pela primeira vez, 60% em 2024, no município de São Paulo, a taxa de 52,78%, bem acima do preconizado pela OMS, de 10 a 15%. Como consequência dessas intervenções dolorosas e sem indicação, e o atraso de tratamento em tempo oportuno para as complicações hipertensivas, aquelas que morrem em maior magnitude são as mulheres que estão na faixa entre 30, 39 e mais de 40 anos, negras, e que são parte de uma cadeia de violências relacionadas ao racismo obstétrico, que se refletem da demora do atendimento e na menor atenção dadas às suas queixas de saúde. Durante a pandemia, esse grupo foi desproporcionalmente afetado com a maior taxa de mortalidade, e ainda na microrregião mais rica do país, a região Sudeste. Em 2023, inclusive, o maior número de óbitos ocorreu nos estados mais populosos, incluindo São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais.

O maior inquérito de saúde das mulheres no Brasil, a pesquisa Nascer no Brasil, analisou a implementação da política da Rede Cegonha, que pretendia efetivar a implementação de um modelo de cuidado centrado na necessidade das pessoas que gestam, a partir do conceito do parto como um evento fisiológico, para garantir a segurança e a satisfação das pessoas. Infelizmente, na avaliação das estratégias da Rede Cegonha na assistência ao parto, apesar de alguns avanços, o Brasil apresenta muitos desafios para o alcance da melhoria dos indicadores de saúde das mulheres, assim como da mortalidade materna, como a dificuldade da comunicação entre atenção primária e hospitalar. O que se evidencia no alto número de peregrinação de mulheres para a chegada aos hospitais, e a consequente perda do momento oportuno para o cuidado, as emergências e urgências obstétricas e a prevenção de complicações

maternas, como é o caso da maior causa de morte materna no país, as síndromes hipertensivas.

Outra dificuldade encontrada no inquérito foi a persistência de um modelo de cuidado baseado em intervenções obstétricas desnecessárias. Isso inclui o excesso de medicalização, a precária oferta de métodos não-farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto, a restrição de alimentos às mulheres no trabalho de parto, o não favorecimento do contato pele a pele entre a mãe e o recém-nascido, assim como o clampeamento oportuno do cordão do recém-nascido, práticas que deveriam ser amplamente asseguradas na assistência e que ainda não foram incorporadas, conforme preconizam as diretrizes mais recentes internacionais e nacionais, da OMS e do Ministério da Saúde.

O uso apropriado da tecnologia e a inserção de enfermeiras obstetras, obstetrizes e doulas, ainda permanecem baixos e contrariam todo o importante arcabouço de evidências científicas, que defendem os benefícios da atuação dessas profissionais na assistência, tornando-se evidente a necessidade de esforço para que estejam presentes com autonomia nas equipes multidisciplinares do cuidado. As doulas favorecem um suporte contínuo às pessoas em trabalho de parto, e atuam junto à equipe multiprofissional, prevenindo a violência e garantindo a promoção de saúde das mulheres e bebês. Precisamos de doulas no SUS, assim como das obstetrizes formadas pela Universidade de São Paulo.

“Os estudos também sugerem questões que são intrínsecas à dimensão das estruturas de gestão dos serviços de obstetrícia, como, por exemplo, o próprio monitoramento de indicadores, a necessidade de implementação de protocolos e treinamento de equipes, que ainda são incipientes”, segundo o estudo.

Outra questão aponta como uma das principais dificuldades a falta de participação do controle social e da escuta ativa dos usuários, das próprias pessoas que deram à luz e de seus familiares, o que prejudica o avanço da gestão dos serviços sobre a qualidade do cuidado centrado nas necessidades dos usuários de saúde, que utilizam o serviço. O modelo de centro obstétrico e toda a lógica biomédica prevalece, propiciando a fragmentação do cuidado e a mecanização do parto, o que vem sendo estudado e discutido há décadas no Brasil e no mundo

todo.

Apesar de alguns avanços, é evidente o grande esforço que o Brasil deve realizar para que a experiência do parto seja a de acesso à dignidade e de que nenhuma mulher morra por causas completamente evitáveis na gestação, no parto e no pós-parto.

O combate às desigualdades sociais e ao racismo é indispensável para que a saúde pública e o SUS possam de fato funcionar, promovendo a equidade de justiça reprodutiva. Em 2021, a OMS e a UNFPA lançaram material visando à eliminação da morte materna evitável, que prevê, dentre outras ações: oito consultas de pré-natal de qualidade; parto atendido por profissional treinado, incluindo obstetrix e enfermeiras obstetras; rotinas de cuidados pós-natais precoces, e o acesso assegurado para aquelas gestantes com complicações gestacionais aos serviços de urgência e emergência, além do acesso à justiça reprodutiva, quando se torna possível que as pessoas realizem suas escolhas no âmbito da saúde sexual, com segurança, acesso e equidade.

A OMS também lançou o *Guia de Cuidados Intraparto para Uma Experiência Positiva de Parto*, que preconiza uma assistência centrada nas necessidades das mulheres e das pessoas que gestam, o que inclui o cuidado integral e contínuo, a redução de intervenções desnecessárias, e a garantia de uma experiência de parto segura no serviço de saúde, de modo que as pessoas possam ter seus direitos à saúde respeitados.

A OPAS também propôs uma estratégia para acelerar a redução da mortalidade materna nas Américas, baseada na extensão e fortalecimento da atenção primária em saúde, garantindo acesso equitativo à promoção de saúde e prevenção de doenças. Se não houver uma rede de atenção primária que esteja bem comunicada e relacionada ao serviço de nível hospitalar, com encaminhamento oportuno das gestantes em situação de urgência e emergência, as taxas de mortalidade continuarão persistindo, por causas completamente evitáveis, quando mulheres precisam peregrinar para encontrar um serviço de saúde e tratamento adequado para as queixas e sintomas que fazem - que são as mais comuns nesses casos - como dores de cabeça, distúrbios da visão e dores epigástricas. As medicações para prevenção dessas

REUNIÃO: 21195 DATA: 11/06/2025 FL: 20 DE 47

complicações devem ser disponibilizadas no pré-natal, e o acompanhamento de alto risco, nesses casos, garantido às gestantes.

Em 2024, a Rede Cegonha foi atualizada para Rede Alyne, que visa à redução da mortalidade materna, com enfoque na diminuição das iniquidades e desigualdades étnico-raciais, além de fortalecimento das ações de vigilância de óbitos, para melhorar a captação e qualificação das informações sobre a mortalidade materna. Além disso, prevê a redução da mortalidade materna em 25% até 2027, e em 50% entre as mulheres negras.

Então, é preciso uma transformação radical do cenário obstétrico, que tem sido discutida com a reforma obstétrica, e, nesse sentido, pensar em trazer algumas possibilidades para discussão. Há necessidade de inserção de obstetrizes e doulas no SUS, tanto na atenção primária como nos hospitais e maternidades, lembrando que as obstetrizes, há 20 anos, são uma categoria profissional que luta contra o corporativismo que impede que centenas dessas profissionais capacitadas e formadas pela Universidade de São Paulo possam atuar em favor das mulheres, e em prol da redução da mortalidade materna.

Também é preciso reforçar a necessidade de apoio à abertura de mais casas de parto no município de São Paulo. Nós temos excelentes indicadores de saúde, com a atuação dos modelos de casas de parto que realizam assistência humanizada com boas práticas, preservam a experiência fisiológica do parto como um evento saudável, e conseguem promover o que a OMS exige sobre a experiência positiva de parto. No município de São Paulo, nós temos a Casa Ângela e a Casa de Sapopemba, ambas pelo SUS. Então, já sabemos como promover esse modelo de assistência.

Aproveito também para dizer que a experiência da atuação das doulas já existia numa casa de parto, a Casa Ângela, que apresentou uma série de indicadores positivos, principalmente para as mulheres em situação de vulnerabilidade.

Há necessidade de fortalecimento dos comitês de mortalidade para a vigilância dos óbitos, incluindo a participação de usuários de saúde e auditoria dos serviços; e ênfase a importância da capacitação e sensibilização contínua dos profissionais sobre o tema da violência

REUNIÃO: 21195 DATA: 11/06/2025 FL: 21 DE 47

obstétrica e do racismo obstétrico, desde a atenção primária até o serviço de maiores complexidades.

Era isso. Obrigada. (Palmas)

A SRA. FABIANA LUCENA - Obrigada, Bianca. Agora, vou fazer a última apresentação, que peço seja colocada no telão.

Preparamos esta Mesa com os palestrantes, mas a ideia é que também possamos conversar um pouco sobre essa realidade, sobre o que a gente faz diante disso.

A SRA. PRESIDENTE (Keit Lima) – Posso propor que as pessoas vão se inscrevendo durante a sua fala? (Pausa)

Então, quem quiser, pode dar o nome na mesa ao lado.

A SRA. FABIANA LUCENA - Eu preparei uma pequena apresentação. Na verdade, um lembrete para eu não me perder muito. (Pausa)

- A oradora passa a se referir às imagens exibidas na tela de projeção.

A SRA. FABIANA LUCENA - A primeira coisa para a qual quero chamar a atenção é um pouco do que a professora Simone já disse. Quando a gente fala de morte materna, em que perspectiva a gente está falando? Acho que ainda temos um imaginário social da morte materna muito como fatalidade, como um destino possível para as mulheres. Mesmo quando a gente sabe que são principalmente as mulheres pretas e periféricas, há uma naturalização, parece que esse é mais um jeito de o pobre preto morrer. Então, essa é a primeira coisa para a qual eu queria chamar a atenção. A gente precisa entender a morte materna como uma violação de direitos, que a gente chama inclusive de “feminicídio de estado”.

A Simone falou um pouco sobre essas questões todas, desses instrumentos iatrogênicos todos que foram construídos ao longo da nossa história. Hoje, pensando em todos os estudos, já há conhecimento e tecnologia adequada para que essas mortes não aconteçam.

A grande maioria das mortes maternas acontecem no hospital e são evitáveis. Então, quando a gente pensa que há uma estrutura que não garante que essas mulheres saiam saudáveis desse processo, tem que haver algum responsável por isso. E a gente entende que o

estado é o responsável por não promover esse tipo de assistência, que garanta que as mulheres saiam vivas, e as pessoas que gestam, enfim.

Eu trouxe esse gráfico que nem está muito bom, que foi meio de última hora, porque eu fiquei em dúvida se alguém ia apresentar... Eu trouxe os dados de São Paulo. A Simone traz um pouco os dados do Brasil e esse gráfico também desagregado por corpo, entre brancas, pretas, pardas e total, vemos muito parecido com o que acontece no Brasil. Então, aqui temos cinco anos, lá nós tínhamos dez, mas vemos que a morte materna entre as mulheres brancas e pardas têm um padrão um tanto parecido, inclusive em alguns momentos com as mulheres pardas tendo desfecho melhor do que as mulheres brancas. Mas, quando olhamos as taxas, a razão de mortalidade materna das mulheres pretas, vemos que ela destoa bastante do restante das mulheres.

Então, queria chamar atenção para isso e, também, fazer uma colocação nesse gráfico. Olhando, até poderíamos ficar otimistas, apesar da pandemia, acho que estamos melhorando, baixando. E queria chamar atenção, não trouxe os dados, mas há pouco tempo eu tinha olhado a questão da investigação de óbitos. A vigilância é responsável por investigar os óbitos de todas as mulheres. Todas as mulheres em idade fértil que morrem, esse óbito tem que ser investigado porque tem uma subnotificação muito grande em relação à morte materna, e temos muitos estudos que mostram um incremento, que quando fazemos investigação de mulheres, quando conseguimos olhar para essas mulheres que morreram em idade fértil, vemos que aumenta a razão de mortalidade materna em até 40%. Quando vemos esse dado baixando, precisamos olhar também como tem sido feita essa investigação. Ela tem sido realizada?

Não conseguimos ficar muito otimistas se não tivermos esse trabalho da vigilância e sabemos que, como a Simone falou, é uma questão, onde tem mais vigilância, onde temos um modelo de atenção, é mais favorável garantir direitos das mulheres. Na verdade, ficamos questionando essa queda, essa redução que vemos a partir dos dados oficiais.

Coloquei, a Simone falou um pouco, a questão da importância do Movimento Feminista para pensar em uma agenda, em políticas relacionadas à morte materna. Desde a

REUNIÃO: 21195 DATA: 11/06/2025 FL: 23 DE 47

década de 80 no Brasil, e não só no Brasil, a questão do Programa de Atenção Integral Saúde das Mulheres, o PAISM, que foi também uma conquista importante e que também veio junto a agenda da morte materna.

Aqui alguns marcos, que também já foram falados, que é o Quinto Encontro Internacional de Mulheres que aconteceu na Costa Rica, que foi a primeira campanha mundial pela redução da morte materna. Em Nairóbi, tivemos a Conferência Maternidade Segura, que mais de 30 países assumiram, países em desenvolvimento assumiram um compromisso com a redução da mortalidade materna, e, no Brasil, desde 1994 que temos instituído o Dia de redução da morte materna, que foi agora no finalzinho do mês passado.

Queria chamar atenção, já entrando um pouquinho, o que é, do trabalho e da atuação dos Comitês de Morte Materna que foi um pouco do que eu estudei. Então, os primeiros Comitês aconteceram no final da década de 80, a partir da mobilização das mulheres para que eles foram instituídos. Aqui em São Paulo, foi o primeiro Comitê, na gestão Erundina, e tanto aqui, quanto Paraná e Goiás, foram Comitês muito importantes que as mulheres, que fizeram parte desses primeiros Comitês, rodaram o Brasil inteiro para que os outros estados e outros municípios também tivessem Comitês de mortalidade materna.

E quem participa desses Comitês? Não sei se todo mundo sabe, vou colocar aqui. A ideia, quando eles foram constituídos, era que eles fossem formados tanto por pessoas ligadas aos serviços de saúde, à gestão e, também, a Sociedade Científica e Movimento de Mulheres. Então, logo na sua constituição, ele tinha uma perspectiva muito forte de Comitê enquanto espaço das mulheres. E muitas das mulheres que ocupavam eram profissionais de saúde, eram da gestão, mas eram mulheres feministas imobilizadas e organizadas a partir da luta feminista, que ocupavam esse espaço a partir dessa perspectiva, da perspectiva da morte materna, como uma morte evitável e uma violação de direitos das mulheres.

E qual é a função dos Comitês? Para que eles servem? Temos a vigilância e os Comitês. Todo município teria que ter essas duas instâncias. A vigilância, sabemos que é um pouco mais estruturada nos municípios, então, geralmente, ela existe e os Comitês não

necessariamente existem, apesar de ter essa indicação. Não existe nenhum controle para que esses Comitês existam nos municípios e nos estados. E ele é responsável por fazer a discussão das investigações.

Quem faz as investigações é a vigilância, e o Comitê discute essas investigações de óbito, e a ideia é que eles elaborem relatórios para divulgar o trabalho feito na investigação, que eles façam formação de profissionais, e façam debates sobre essa temática, além de definir medidas de prevenção e mobilização social.

E eu queria chamar atenção, porque onde os Comitês existem, no geral, existe um trabalho muito forte de formação dos profissionais de saúde. Mas, o que vemos é que essa formação é pautada muito em uma perspectiva biomédica, então mesmo quando olhamos para o que é feito, precisamos também olhar a serviço de quem está, o que tem sido feito. Acho que isso é uma central porque, muitas vezes, partimos do pressuposto de que aumentando a formação vamos melhorar, mas não necessariamente, porque como vimos temos uma formação excessivamente intervencionista.

Como pensamos numa formação que paute a questão do modelo de assistência? Coloquei isso aqui, porque eu estava... Uma das funções do Comitê é fazer relatórios de investigação de óbito, e dentro das minhas buscas, achamos relatórios... O máximo que achamos são relatórios com os dados de dados estatísticos de morte materna. Mas, uma das coisas que está prevista pelo Manual de Comitês de Mortalidade Materna do Ministério é que os relatórios incluam os dados relacionados à investigação, à trajetória que essa mulher teve até chegar nesse desfecho e, também, quais as medidas que foram feitas. Isso não encontrei, não existe.

E aí fico pensando na importância que os Comitês poderiam ter, porque sabemos que são as mulheres pretas que morrem mais. Mas, não quero só saber disso, quero saber por que? Qual a trajetória dessa mulher? Como ela chega até lá? Porque sabemos que a maior parte das mulheres, mesmo as mulheres pretas, morrem no serviço de saúde. Então, qual a diferença de assistência que essas mulheres estão tendo que faz com que elas morram mais? Qual é o lugar que... Enfim. Qual é o acesso e o que tem sido feito? Entendo que nessa perspectiva, se

REUNIÃO: 21195 DATA: 11/06/2025 FL: 25 DE 47

existisse o Comitê, ele teria uma importância dessa atuação, se isso fosse feito dentro do Comitê. Mas, sabemos que hoje isso não acontece.

Eu trouxe algumas barreiras, para o funcionamento dos Comitês, que fazem parte um pouco do que eu vi na pesquisa que fiz de Doutorado, inclusive a professora Simone que me orienta, e vemos que, apesar dos Comitês existirem, não existem em todos os lugares, mas onde existem, o que vemos é que a gestão não é, no geral, favorável à atuação dos Comitês.

É isso. Às vezes investir na investigação. Se fortalecemos as investigações, muitas vezes pioramos os indicadores. E precisamos sempre olhar também qual o interesse da gestão em fortalecer algo que talvez evidencie que ele tem falhado, que ele não tem protegido a vida das mulheres.

Então assim, o que vemos é uma falta de investimento. Na maior parte dos lugares, há uma ou 2 pessoas responsáveis por uma série de tarefas nas secretarias e também o comitê. Percebemos que não existe um horário protegido, não existe profissionais em quantidade suficiente para fazer as discussões e as investigações de óbito. Muitas vezes, ele está lá, assim, só meio constando que existe, mas, de fato, ele não tem uma atuação, pois há mesmo um desinvestimento, uma falta de estrutura.

E vimos também é que, por exemplo, a pauta do aborto é algo que, praticamente, não aparece no trabalho dos comitês. Alguns comitês conseguem abordar essa pauta, mas outros tantos não entendem nem que é papel deles trazer essa discussão. Então, se o Comitê de Mortalidade Materna foi pensado para a defesa dos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres, e sendo essa uma das causas de morte materna, como é possível tê-los sem que passem por essa questão?

Outro ponto é o modelo de assistência obstétrica, que é uma barreira, como pudemos verificar em todas as falas. Portanto, muito dos desfechos estão relacionados com a forma como a assistência foi construída ao longo dos últimos séculos e, infelizmente, é isso. Muitas vezes, os Comitês de Mortalidade Materna fazem diversas atividades de formação. Recentemente, verifiquei, principalmente depois da pandemia, formações *on-line*, vemos mesmo que tem muita

REUNIÃO: 21195 DATA: 11/06/2025 FL: 26 DE 47

formação *on-line*, se procurarmos lá no YouTube tem canal da Secretaria Estadual de Saúde, por exemplo, com mais de 200 vídeos, relacionados a tudo: eclâmpsia, hemorragia, enfim, está tudo lá.

Peço até licença para Bianca para contar. Ontem, estávamos conversando e ela nos contou que estava no serviço quando teve um caso de emergência obstétrica, e não tinha nenhum profissional de prontidão, nenhum médico por perto. E comentei que fica todo mundo fazendo um monte de curso de hemorragia, todo mundo sabendo como agir, mas não sabe onde está a paciente, a mulher que está tendo realmente a hemorragia. Observamos que os serviços estão organizados em uma lógica que não é centrada na mulher.

Ademais, se não fizermos uma formação que discuta a valorização das mulheres, a questão das desigualdades e o racismo institucional, o resultado será formar médicos que até sabem onde está a ampola, quantas ampolas têm de usar, mas eles mesmos não estarão lá, porque a preocupação é saber e não exatamente atender a mulher que precisará ser assistida.

Precisamos olhar, então, o trabalho dos Comitês de Mortalidade Materna a partir desse lugar que ele ocupa, ou seja, como ele sendo o lugar que possa repensar esse modelo de assistência. Porque se não tivermos esse conceito dentro dos comitês, não vamos mudar essa realidade.

Também encontramos a desvalorização da participação do movimento de mulheres nos comitês. E, nesse ponto, quero chamar a atenção um pouco para esse momento atual que estamos vivenciando, pois nunca tivemos um momento histórico muito favorável na garantia dos direitos das mulheres e, principalmente, das mulheres pretas. Mas, nos últimos anos, temos vivido um momento de polarização política muito grande. Aparecem mais as questões de: ideologia de gênero, da discussão como se isso fosse destruir a família brasileira, enfim, outras tantas vertentes, e, por isso, temos visto, nos comitês esses polos: “Ah, em alguns governos mais de direita” ou “Em governos...” enfim. O que aconteceu mesmo foi uma expulsão, em alguns lugares do Brasil, das mulheres que eram de movimentos sociais, elas foram excluídas dos comitês.

Alguns comitês fizeram, inclusive, resoluções garantindo um assento, por exemplo, para movimentos sociais, para movimento de mulheres, e isso ainda quando as mulheres que eram do comitê entraram a partir da Defensoria ou da Procuradoria, para poderem garantir esse assento.

Então, mais essa: o comitê não é um lugar que tem valorizado essa participação. E, num contexto de desmobilização também, às vezes, tem a exclusão passiva. Esse próprio entendimento de que não é importante que o movimento de mulheres esteja presente, faz com que os comitês não se mobilizem para que isso exista, para que aconteça essa participação.

Próximo, por favor. Está terminando.

Pensamos, então, simplesmente: “Ah, vamos fortalecer os comitês”. Mas o que é fortalecer os comitês? Não especifiquei na apresentação, mas tivemos o lançamento de uma nota técnica do Ministério da Saúde. Antes, porém, é importante dizer que, até então, não tínhamos um comitê nacional e ele acabou de ser criado, nesse último mês.

Já estava em discussão e acho que, dia 26, não vi se nomearam as pessoas que fazem parte e tudo o mais, mas vi que já tem a norma técnica, então foi instituído esse comitê nacional e, mesmo na nota técnica já dizia: “Pelo fortalecimento na rede”, enfim uma nota técnica que previa o fortalecimento dos comitês. Ainda assim, volto a dizer que precisamos pensar o que é fortalecer os comitês.

Acho que ao desejarmos fortalecer os comitês, necessitamos pensar que tem de ter um quadro de profissionais com formação adequada, pois vemos, muitas vezes, uma grande rotatividade de profissionais, sendo que o trabalho da investigação do óbito, de discussão do óbito, exige essa manutenção dos profissionais. Não adianta ir alguém que fique lá um ano e, depois, vem outra pessoa, porque isso não faz com que esses profissionais se formem com esse olhar diferenciado nesse objetivo de identificar os problemas recorrentes nesse tema. Acho que é isso.

Ah, é necessário ter horário dedicado para as funções do comitê. Não dá para fazer um monte de tarefas e o comitê ser apenas mais uma delas.

Temos de melhorar os sistemas de informação. Há uma precariedade muito grande ainda nos sistemas de informação dos municípios, inclusive o do Município de São Paulo.

E outro item fundamental também que identificamos é sobre o financiamento para as ações realizadas. É algo ainda mais importante, pois, ao pensarmos em participação social, vejam, a participação social é uma participação militante e, por isso, é um trabalho não remunerado, só que os profissionais de saúde, as pessoas da Secretaria de Saúde estão lá de forma remunerada, porém os movimentos sociais estão prestando um serviço para as mulheres todas e para o estado de forma não remunerada. Mais uma discussão a realizar, no sentido de que fazer políticas para garantir que exista uma participação popular e que se valorize isso e, para tanto, que haja financiamento para as ações realizadas.

Há ainda a questão da inclusão da discussão de casos de *near missing*, que é a quase morte. Sabemos que há um monte de mulher que quase morre para algumas tantas mulheres que morrem. Embora, a morte materna ainda seja considerada um evento raro, temos essa estatística muito grande. Nossa medição parte do número de cem mil nascidos vivos, e isso faz com que tenhamos uma percepção de que não é tão grave assim. O pensamento é: “Ah, são 60 mulheres em cem mil nascidos vivos”.

É imprescindível chamar a atenção para esses casos de *near missing*, porque tem muitos casos de mulheres que quase morrem e ficam com muitas sequelas. Muitas mulheres que precisam tirar o útero, por exemplo, e que, em alguns casos, podia ser evitável. Seria importantíssimo olhar essas trajetórias e o que acontece nesses casos de quase morte. Tenho certeza de que nos ajudaria também a pensar políticas para redução da morte materna.

Próximo. Acho que é o último.

O grande recado dessa pesquisa que elaborei é que há experiências interessantes de Comitê de Mortalidade Materna, no Brasil, mas que isso acontece quando tem movimento de mulheres ou mulheres feministas ou mulheres pretas ocupando esses espaços. Entretanto, todos nós precisamos analisar essas possibilidades todas.

Foi muito importante trazermos essa discussão. Acho que a morte materna é uma

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE REGISTRO PARLAMENTAR E REVISÃO – SGP.4
NOTAS TAQUIGRÁFICAS SEM REVISÃO

REUNIÃO: 21195 DATA: 11/06/2025 FL: 29 DE 47

pauta negligenciada na nossa sociedade. Sinto que é negligenciada, inclusive, pelos movimentos, pois mesmo entre mulheres feministas de alguns grupos, que não os da saúde, com os quais tenho conversado, ainda existe uma visão equivocada da morte materna como fatalidade. Então é necessário esclarecer mais e nos mobilizarmos mais, tanto enquanto sociedade, como indivíduos mulheres, e também pessoas em geral, até para abranger esse entendimento da morte materna como um feminicídio, como se fosse mais uma forma de matar a população, principalmente, preta, pobre e periférica.

Temos de ocupar esse espaço, que, sabemos, não é fácil por todas as questões, inclusive da própria dificuldade de ser um espaço não remunerado, e também de ser mais um espaço de militância, entre tantos outros. No entanto, não tem outra saída para pensarmos em alternativas melhores a serem construídas.

Próximo. Era o último mesmo. (Pausa)

É isso. Agora, a ideia é abrir para conversa, que é a melhor parte. Obrigada. (Palmas)

A SRA. PRESIDENTE (Keit Lima) – Obrigada. Próximo a falar é o Odair, por três minutos, por favor. Em seguida, a Juliana.

- Manifestação fora do microfone.

A SRA. PRESIDENTE (Keit Lima) – Está bem. Quando faltar um minuto eu aviso que falta esse minuto.

O SR. ODAIR - Meu nome é Odair, sou professor há 45 anos e o que vou falar é fruto de algumas experiências. Inclusive, Camila, depois gostaria de falar com você sobre o termo “deseducação”.

Estou sugerindo aqui o uso do termo “aborto masculino”. Esse termo oferece grandes vantagens, pois abrange a misoginia que mata, o sexismo, o machismo estrutural e todo tipo de violência contra a mulher. Imaginem se os homens nunca mais agredissem, ofendessem ou abandonassem as mulheres? O aborto seria praticamente extinto. Ele só existiria em casos clínicos.

O aborto deixa um luto permanente; emocional e psicologicamente, ele desestrutura

a mulher. O aborto é essencialmente masculino. A minha sugestão é que todos os hospitais públicos tenham um setor semelhante ao da Casa Ângela. Precisamos disso, especialmente nas periferias, pois muitas mulheres não têm acesso à informação ou ao cuidado. A maioria dos casos de violência sexual envolve mulheres e meninas, que são violadas simplesmente por terem nascido com uma vagina. Elas sofrem todo tipo de desigualdade por causa disso. Os homens são os responsáveis pela maioria dos abortos que ocorrem.

Precisamos ter esse tipo de atendimento nos hospitais públicos. Atualmente, apenas 3% dos municípios brasileiros oferecem esse tipo de cuidado, o que é muito pouco. Nossa principal referência, por exemplo, é o Hospital Pérola Byington, considerado o maior centro especializado. No entanto, tivemos vários casos de mulheres que precisaram buscar atendimento em outro estado, pois foram recusadas no Pérola Byington. Isso ocorreu simplesmente porque quem atendia não sabia como proceder ou desconhecia a lei – ou ainda porque não queriam lidar com a parte burocrática. A lei, no entanto, é bem específica.

Outro termo que gostaria de propor é a substituição de “mãe solteira” ou “mãe solo” por “mãe-pai” — apenas essa palavra: mãe-pai. O termo “mãe solteira” passou a ser amplamente usado a partir dos anos 1860, durante o período da escravidão, quando o maior proprietário de pessoas escravizadas era a Igreja. Essas pessoas eram registradas como “escravos da Igreja”.

Para que fossem produzidos mais escravizados de forma barata, uma das estratégias utilizadas era libertar mulheres que tivessem seis filhos – desde que fossem casadas. Para que a Igreja formalizasse os casamentos, era necessário identificar o pai. Assim, surgia a dúvida: a quem pertenceria a criança? Ao proprietário do pai ou ao da mãe? Como a grande maioria das mulheres não era casada, começou-se a usar o termo “mãe solteira”.

Portanto, esse termo tem origem histórica e jurídica que não condiz mais com a realidade. “Mãe solteira” não cabe. E “mãe solo” também não cabe. Ela não está sozinha. E, se associarmos “solo” ao chão, isso reforça a ideia de abandono, o que é inadequado. Por isso, sugiro a substituição do termo.

Tudo isso é reflexo de ensinamentos transmitidos há milênios, desde o tempo em

REUNIÃO: 21195 DATA: 11/06/2025 FL: 31 DE 47

que deixamos de ser caçadores e coletores. E se foi ensinado por tanto tempo, também pode ser desaprendido. Isso se relaciona diretamente com o conceito de educação. Camila, tenho experiências na minha escola – onde atuei por mais de 20 anos – e onde alcançamos resultados de cem por cento. Gostaria muito de compartilhar essa experiência com você. Não sei se seria possível replicar em outros locais.

Acelerei muito para conseguir concluir tudo. Keit, por favor, se possível, gostaria de ser recebida por você por um minuto apenas. Sim, eu preciso finalizar, mas peço que me receba. Para finalizar: o sistema educacional que proponho não teria “educação sexual” como conhecemos, mas sim “educação para não haver abuso”. Trocaríamos o termo e o foco. A prevenção ao abuso deve fazer parte da formação educacional.

Obrigado.

A SRA. PRESIDENTE (Keit Lima) – Informo a todos que as inscrições para fala estão encerradas.

Tem a palavra a Sra. Ana Lúcia.

A SRA. ANA LÚCIA SOARES – Boa noite à Mesa e a todos os participantes. Sou Ana Lúcia Soares e hoje falo em nome da Associação de Obstetrizes. Eu poderia falar bastante tempo sobre essa formação. Para quem me conhece, sabe que somos um curso de entrada direta na área da saúde da mulher. A professora Bianca está aqui, é obstetriz, e contou um pouco sobre isso para a gente.

Vim compartilhar algumas questões que temos enfrentado enquanto categoria profissional, que atravessam e dialogam diretamente com o tema que estamos tratando hoje: mortalidade materna, especialmente aqui na cidade de São Paulo. Quero expor a situação da nossa categoria, que sofre com a negação do direito ao trabalho. Não temos acesso aos serviços do SUS no município. Não estamos inseridas na Atenção Primária à Saúde, tampouco nos atendimentos hospitalares do SUS em São Paulo.

Nosso curso está completando 20 anos de existência – são 20 anos de negativas, de luta pela inserção mínima, pela garantia do direito ao trabalho em nosso próprio território.

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE REGISTRO PARLAMENTAR E REVISÃO – SGP.4
NOTAS TAQUIGRÁFICAS SEM REVISÃO

REUNIÃO: 21195 DATA: 11/06/2025 FL: 32 DE 47

Sabemos que nossa formação e capacidade de atuação têm muito a contribuir na redução da mortalidade materna neste município e no Brasil.

Essa é a provocação e a exposição que queria trazer: nós, obstetrizes, existimos. Estamos aqui, lutando, nos posicionando e defendendo uma saúde de qualidade. Sem ser repetitiva, a Mesa já abordou questões fundamentais como mortalidade materna, racismo obstétrico, luta de classe, cor e território – temas que debatemos amplamente enquanto categoria, desde a graduação. Queremos trabalhar, podemos fazer a diferença, e estamos aqui para isso.

Agradeço o espaço, reforço nosso apoio e nossa disposição na luta.

Boa noite a todos. Muito obrigada. (Palmas)

A SRA. PRESIDENTE (Keit Lima) – Obrigada, Ana.

Tem a palavra a Sra. Dani Sampaio.

A SRA. DANI SAMPAIO – Boa noite a todos. Boa noite, senhoras da mesa. Muito prazer. Vou me apresentar brevemente: estou representando a Fenadoulas Brasil a ADOSP – Associação das Doulas do Estado de São Paulo –, mas uso também minha fala como mulher negra, periférica e liderança comunitária.

Desde 2016, após duas maternidades, temos acumulado, na periferia, inúmeras histórias de mulheres marcadas e feridas pela experiência do parto. Mas essa caminhada, junto a mulheres notórias como Bianca Zorzam, resultou na construção coletiva de doulas e obstetrizes. Criamos o projeto “Mãe na Roda de Dolagem Periférica”, voltado a mulheres da periferia. Já atendemos mais de quatro mil mulheres no Jardim São Luís e regiões próximas, do outro lado da ponte.

É importante falar da dolagem porque, hoje, temos uma faixa laranja maravilhosa na Federação – um acúmulo de 18 associações onde discutimos a regulamentação da profissão. E dizemos: “doula é cuidado de qualidade para reduzir a mortalidade”. Essa voz vem dos arredores. Não parte apenas do centro, mas das bordas, das margens. É fruto da caminhada, das construções coletivas, das lutas por saúde nas comunidades.

Não sou uma mulher acadêmica. Sou uma doula com ensino médio. A nossa regulamentação já foi aprovada em projeto de lei pelo governo. Mas ainda temos pouco tempo de atuação e visibilidade para essas mulheres periféricas. É muito difícil fazer a luta como ativista. É muito difícil ter a participação social, é muito difícil para nós participarmos das conferências, fazer todo o *lobby* para sairmos delegadas no Conselho Nacional.

Então, a periferia resiste. As mulheres periféricas existem. As doulas estão articuladas e mobilizadas.

Eu estou muito incomodada ultimamente, porque em todo lugar que eu vou nós estamos sempre racializando a vítima, e não “me coisa” mais assim.

Eu sou uma mulher de 42 anos. E estamos sempre dizendo: “mulheres pretas e pobres”, “mulheres pretas e pobres”, “mulheres pretas, pobres e pardas”. Mas precisamos racializar os ofensores, racializar os estados, racializar os hospitais, racializar não só os gestores... Não são gestores. Assim como existe a participação social, tem o pessoal político do agente do cuidado. Então, atualizar as práticas, melhorar as evidências, dentro das pessoas, porque as evidências já estão aí, as pessoas é que precisam internalizar essas evidências. Não dá para fazer uma reforma obstétrica sem doulas e obstetizes.

Tem uma dupla que bota “doulas e obstetizes”, dobram o privativo e trabalham juntas por quatro anos numa casa de parto, vendo coisas maravilhosas acontecerem. E as mulheres periféricas não ocuparam ainda a casa de parto. As mulheres periféricas ainda não sabem que são as que estão nos dados, não sabem que são as que morrem mais, e ainda não conseguem ocupar os espaços que estão postos para elas dentro do próprio território.

É preciso que toda essa galera que atua faça essa força-tarefa para que essas mulheres, dentro de um território, tenham acesso a uma assistência adequada; mas não porque elas querem, mas porque foi desconstruído esse lugar de que elas não merecem.

Muito obrigada. Boa noite.

A SRA. PRESIDENTE (Keit Lima) – Boa noite. Obrigada demais.

Gente, falha minha: eu fiquei chamando “Juliana Silva” e ninguém apareceu. Mas é

REUNIÃO: 21195 DATA: 11/06/2025 FL: 34 DE 47

porque é Luciana. Eu li errado.

Desculpe, Luciana. Se você quiser, venha para fazer a sua fala.

Em seguida, vai falar a Júlia Piazza. Eu espero estar lendo certo.

A SRA. LUCIANA SILVA – Boa noite a todos. Obrigada pela oportunidade a vocês da Mesa.

O que eu ouvi aqui, esse negócio de... Ai meu Deus.. Parto. Cesariana, né?

Eu sou da periferia, convivo com a juventude da periferia. E o que se vê muito é isso: as moças jovens, às vezes, ainda saindo da infância, e outras de mais idade, com 20 anos, só falam, quando ficam grávidas, em cesariana.

Olha, sinceramente, viu? Mais uma vez, eu acho que o... Graças a Deus, há essas três décadas de democracia, o que vemos é isso: o jovem... Aqui, em São Paulo, o serviço público entregue tudo às tais das privatizações. Eu não sou contra, mas eu acho que quem privatiza tem que investir naquele profissional que está ali. As agressões, o racismo... Recentemente, houve aquele caso daquele senhor da cadeira de rodas que foi agredido por dois seguranças. Não interessa o que ele estava falando, ele foi agredido por dois seguranças. Ele, na cadeira de rodas. E outras e outras coisas que ouvimos.

Então, eu acho que falta participação da população: cobrar das pessoas em que votaram; se mobilizarem mais para isso. É horrível o que acontece. E você vê...

Tudo bem, o mundo evoluiu e você tem que evoluir junto com o mundo. Mas, muitas vezes, você vai conversar com um jovem, uma pessoa da periferia, e eles sabem de tudo da internet, de não sei o quê, não sei o quê, não sei o quê, e, no entanto, o problema que ele mesmo está vivendo, ele acha que... Entendeu? E é isso.

Desculpe. Isso é um desabafo, mais uma vez.

A SRA. PRESIDENTE (Keit Lima) – Imagina, meu bem. Você é sempre bem-vinda.

Júlia. Em seguida, é o Victor.

A SRA. JÚLIA PIAZZA – Boa noite a todas, todos e todes.

Eu sou Júlia, faço parte do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, e da campanha

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE REGISTRO PARLAMENTAR E REVISÃO – SGP.4
NOTAS TAQUIGRÁFICAS SEM REVISÃO

REUNIÃO: 21195 DATA: 11/06/2025 FL: 35 DE 47

Criança não é Mãe. Quando falamos de mortalidade materna, precisamos também falar de duas outras coisas.

A primeira é que não são só mulheres morrem no ciclo gravídico puerperal, precisamos destacar as transmasculinidades que fazem parte também das mesmas, ou piores, violências que perpassam esse ciclo.

A segunda coisa é ressaltar que crianças não deveriam, mas gestam. Somente na cidade de São Paulo, 1400 crianças pariram entre 2019 e 2023, sendo que 66% eram negras.

Mas eu falei das que chegaram a parir, porque toda gestação na infância e na adolescência é de risco. E, no Brasil, uma criança, ou adolescente, morre por semana em decorrência de complicação de gravidez. O aborto inseguro, já sabemos, é a quarta causa de mortalidade materna no Brasil. Há anos, anos e anos isso se repete, e não falamos sobre isso.

Em São Paulo, sabemos que temos uma gestão atual que tem trabalhado para impedir o acesso ao aborto seguro, legal; que fechou o Cachoeirinha e não o reabre, independentemente de decisão judicial; que promove eventos antiaborto; que persegue profissionais de saúde que praticam o procedimento legalmente; e que promovem um modelo autoritário, médico-centrado, que não inclui obstetrizes e doulas no cuidado.

Era isso que eu queria destacar. Precisamos olhar com urgência para essas questões. Crianças não são mães.

A SRA. PRESIDENTE (Keit Lima) – Muito obrigada, Júlia.

Tem a palavra o Victor. Em seguida, Milena.

O SR. VICTOR ROSSI – Boa noite a todas e a todos.

É uma felicidade estar compartilhando esse espaço, fazendo essa discussão tão importante e um tanto quanto complexa também.

Eu me chamo Victor Rossi, sou bacharelando em Gestão de Políticas Públicas na Universidade de São Paulo, Campus da EACH – Escola de Artes, Ciências e Humanidades, a mesma escola onde Bianca Zorzam dá aula – é muito bom isso também –, e justamente sobre uma das questões que foram trazidas: a reforma obstétrica.

REUNIÃO: 21195 DATA: 11/06/2025 FL: 36 DE 47

Essa é uma questão em que nós, gestores de políticas públicas – e eu digo, principalmente, as mulheres, as gestoras de políticas públicas – estamos muito interessados. Também posso dizer que a Nexo Governamental, outra entidade, também está preocupada com o assunto. E essa questão da reforma obstétrica está sendo trabalhada, mesmo que aos poucos.

Mas eu gostaria de fazer algumas perguntas, porque eu achei muito interessante. E, se possível – não é direcionado –, todos podem responder. Vai ser melhor ainda para mim.

Em torno de uma dessas propostas trazidas pela Carmen Simone, a dita reforma obstétrica, vocês diriam que essa reforma obstétrica seria numa instância comportamental, no que diz respeito ao comportamento dos profissionais envolvidos no processo gravídico puerperal; institucional, no que diz respeito a uma reforça das instituições existentes – hospitais, casas de parto humanizados etc., ou informativa, no que diz respeito à divulgação dos dados dos direitos e dos deveres acerca do tema? Ou todos esses? Porque é um tema complexo.

Eu gostaria que vocês me respondessem porque é uma questão muito importante. E gostaria de dizer que o GPP também está presente na Casa.

Agradeço o espaço. Muito obrigado.

A SRA. PRESIDENTE (Keit Lima) – Muito obrigada.

Eu fico sempre feliz quando tem homens participando, porque a luta pela construção de uma cidade melhor é de todo mundo, pelas nossas vidas.

Tem a palavra Milena.

Em seguida, Renata da Paixão.

A SRA. MILENA – Oi. Boa noite a todas as pessoas.

Dona Luciana, eu queria dizer que a senhora está certa quando fala que as mulheres na periferia, e não só dentro da periferia, estão pedindo cesárea. Mas elas estão pedindo cesárea para fugir da violência. Por isso, o seu trabalho com a educação popular é fundamental. Eu acredito muito nele.

Eu sou doula também, e sou conselheira municipal de saúde em Pindamonhangaba. Mas eu sinto que só a educação das mulheres, só a emancipação das mulheres, também vai

colocá-las num lugar de frustração. A qualificação dos profissionais também tem que ser emancipatória sim. Então a gente está olhando para profissionais que estão se qualificando para uma assistência intervencionista ainda. Quando a professora Simone fala sobre a reforma obstétrica, é o que também a Dani falou, não dá para pensar em uma reforma obstétrica se não tiver obstetrizes e doulas incluídas.

E, como conselheira municipal de saúde, Fabi e também você, Keit, eu queria jogar essa pergunta, para a gente pensar juntas. É o seguinte, eu estou dentro de um conselho que está completamente cooptado pela gestão e tenho certeza de que isso não é vantagem do meu município, não. Todos os conselhos de direitos estão amarrados com a gestão. Como que a gente faz para sair daí, para ter uma participação popular que seja realmente em defesa das mulheres, que tem essa perspectiva feminista, antirracista e tudo mais?

E a Fabi falou sobre os comitês. E eu queria pensar o seguinte, será que a gente consegue, de repente, com um projeto de lei, a gente sabe que as leis não garantem tanta coisa assim. Não é porque tem lei pelo parto humanizado que ele é humanizado, mas elas são uma porta de entrada, são uma abertura para a discussão. Será que a gente não consegue colocar uma sugestão, que os comitês de mortalidade materna tenham a presença de conselheiros de saúde, do segmento usuário, com financiamento? É o que a Fabi falou, a gente está cansado de militar, a gente milita muito, está o tempo inteiro fazendo isso e não está nem dando conta. No final das contas, as pessoas que estão ali não têm nem a possibilidade de estarem trabalhando voluntariamente, porque elas estão atarefadas e a maior parte das mulheres, mães solo, inclusive, são as que estão à frente dos ativismos.

Então é isso. E só para finalizar, eu queria fazer um chamado, inclusive nesta Mesa tem mais mulheres. A gente está organizando uma conferência temática, cujo tema é “Pelo direito de parir sem violência, políticas públicas e reforma obstétrica”, porque a gente também sabe o quanto a violência obstétrica impacta na mortalidade materna. A gente não teria tanta mortalidade materna se não fosse a violência obstétrica, o racismo institucional.

Então, é um chamado também para todo mundo colar nessa conferência, que está

REUNIÃO: 21195 DATA: 11/06/2025 FL: 38 DE 47

sendo organizada, e nos ajudar a divulgar. A gente vai precisar de financiamento. Conferências livres a gente tem que bancar sozinho. Então também é um pedido, sabe Keit, não sei se do seu mandato, a gente vai precisar de ajuda, gente. E é isso, para colar todas as mulheres nessa luta. E a pergunta era sobre os comitês, se a gente pode pensar em algo assim juntas. Fabi, isso é importante, com a sua pesquisa. É isso. Obrigada. (Palmas)

A SRA. PRESIDENTE (Keit Lima) – Maravilha. Muito obrigada. Agora, Renata da Paixão e, em seguida, Mariana.

A SRA. RENATA DA PAIXÃO CERQUEIRA - Boa noite, pessoal. Eu me chamo Renata da Paixão Cerqueira. Eu faço parte do coletivo Mulheres de Milhões. Sou estudante de pedagogia pelo Instituto Federal, nordestina, baiana.

Pelo menos no meu parto, nunca me foi informado que eu tinha direito a um plano de parto, que é uma coisinha bem boba, mas não nos é informado dentro da periferia. Eu tive o meu filho quando eu tinha 21 anos e parece uma coisa tão boba o plano de parto, mas ele causa tantos efeitos, porque quando você vai parir, você está lá indefesa. E aí, é negada a você essa informação pelo ginecologista, uma informação boba, mas que não é informada.

Eu acho que a violência da mulher, principalmente da mulher negra, dentro da periferia, ela já começa desde o planejamento familiar, quando há um único horário, durante uma semana, para todo um bairro fazer o planejamento familiar. Eu acredito que isso é bem absurdo.

Quando não há obstetra dentro do SUS, dentro das UBSs; por exemplo, uma mulher tem um obstetra referência, que é da UBS dela, certo? E quando não há esse médico por, às vezes, ele estar de licença, ela não pode ir para outra UBS, mesmo que às vezes o médico esteja de licença, seja um bairro periférico, e a gente sabe que falta sim obstetra muitas vezes e aquela mulher não faz aquele acompanhamento adequado, que deveria.

Eu esqueci só de falar que eu sou uma mulher evangélica, mas não é por eu ser evangélica que tenho que enfiar a minha ideologia evangélica ladeira abaixo, e achar que tenho que ser contra o aborto. Certo? Porque a minha ideologia é a minha ideologia, e eu não posso enfiar numa nação. As mulheres têm que decidir se vai ser aprovado o aborto ou não. Elas que

REUNIÃO: 21195 DATA: 11/06/2025 FL: 39 DE 47

vão decidir. Eu não posso enfiar, porque é contra Deus. Eu sou evangélica, mas não é toda uma nação.

E é isso, gente. Muito obrigada. (Palmas)

A SRA. PRESIDENTE (Keit Lima) – Gente, eu amo as minhas mulheres pretas. Com a palavra, Mariana e, em seguida, Paula.

A SRA. MARIANA GERVÁSIO - Boa noite. Eu sou Mariana Gervásio, obstetriz e professora da USP, com a Bianca e com o colega de GPP.

Eu só queria trazer uma reflexão mesmo. A Fabi falou, no final da apresentação, sobre a gente pensar a mortalidade como um evento prevenível e, quando ocorre, daí a questão do *near missing*, da quase morte. Quantas mulheres precisam morrer, para a gente ficar assustado com essas taxas? E as outras mulheres que não passaram por isso? Tem os casos de hipertensão, as hemorragias, enfim.

Eu estou até pensando, porque é impossível a gente não comentar. Por exemplo, eu estou num campo, em estágio com as alunas, e como é difícil a gente ver todas as violências que são acometidas, que elas passam. E quem está lá? A colega doula Dani falou: quem é que está na assistência, quem são as pessoas que estão na assistência? Quem está lá, num lugar de muito privilégio, porque na grande maioria são médicos, homens, brancos que estão nesse lugar.

E você está lá, acompanhando as alunas, e vem alguém e fala assim: “Ah, faz um corte que nasce, corta aí que nasce, corta, corta”. O que que é isso? Isso é a violência, e daí a mulher quer a cesárea porque ela está fugindo disso. E a assistência é tão ruim, tão ruim, que as mulheres quase morrem, algumas não morrem, mas elas quase. E como é esse quase? Qual é a qualidade desse atendimento? E essa quase morte são todos esses atendimentos, a ocitocina indiscriminada, a episiotomia realizada sem indicação. Só de falar: “fica aí deitado e não levanta”, já é uma violência.

Enfim, eu só queria reforçar, porque a gente vê esses números que todas elas trouxeram, aqui da Mesa, os números alarmantes das mulheres que de fato morrem, mas tem

REUNIÃO: 21195 DATA: 11/06/2025 FL: 40 DE 47

as mulheres que estão lá, que sofrem e que passam por situações de quase.

Então eu queria destacar essa questão, trazer essa reflexão e destacar a importância de obstetrizes e de doulas no SUS. A gente precisa dessas profissionais no SUS, tá?

Obrigada. É isso. (Palmas)

A SRA. PRESIDENTE (Keit Lima) – A Paula é a nossa última inscrita.

A SRA. PAULA - Boa noite a todas, todos e todes que estiveram aqui presentes acompanhando esta nossa audiência. Quero agradecer a todos os convidados, ao mandato da nossa Vereadora, que abriu para essa discussão tão importante.

E eu quero demarcar duas coisas. Primeiro, que a gente convidou e gostaria muito que estivessem aqui os nossos representantes públicos, representantes do Comitê de Mortalidade Materna, o Secretário da Saúde, porque talvez eles nos trouxessem algumas respostas de como essas instituições têm funcionado, têm trabalhado. Como as nossas convidadas trouxeram, a gente ainda não sabe como algumas coisas funcionam e como a gente, até como sociedade civil, pode contribuir, trazer as nossas colaborações e isso é muito importante. O convite foi feito, mas infelizmente, por algum motivo, eles não conseguiram estar presentes.

Outro ponto é que a gente gostaria de convidar todas as pessoas que se disponibilizaram a estar aqui, que estão debruçadas sobre o tema, como a Fabi, a professora, a Bianca, a Camila também, está superconvidada, para compor, somar com a gente num grupo de trabalho. Porque a gente quer propor políticas públicas com o pé no chão, com base nas vivências e nas experiências técnicas.

Então a ideia, essa é a nossa primeira iniciativa sobre o tema, mas a ideia é que a gente possa formular projetos de lei, para que esse mandato tenha a iniciativa de colaborar cada vez mais para a luta e para o combate da mortalidade materna em todos os seus âmbitos.

Então todos vocês sintam-se convidados. Algumas pessoas já têm o contato, mas a gente tem a nossa lista para pegar o contato de vocês. E que a gente possa se reunir mais vezes, não que de uma forma que desgaste, mas que a gente consiga contribuir e formular políticas

públicas a partir de um mandato que está aberto, que tem toda essa disposição.

Pensando também que o mês que vem é o mês da mulher negra latino-caribenha, é o mês em que a gente gostaria muito também de propor alguns projetos, de ter algumas iniciativas executadas dentro da Casa para demarcar mesmo esse espaço. A gente sabe que esse mês não é só simbólico, mas traz mais visibilidade para o tema, para que a sociedade que não está a par do tema possa ter a visibilidade e passar a debater também e somar conosco nessa luta.

Então concluo aqui. Todos vocês estão convidados. Agora eu retorno a palavra para a Mesa, para que eles possam fazer as suas considerações e conclusões finais, respondendo às perguntas.

Obrigada. (Palmas)

A SRA. PRESIDENTE (Keit Lima) – Obrigada.

Acho que dá para a gente começar da Camila para cá, para a gente ir finalizando, responder e fazer já as últimas falas.

A SRA. CAMILA AGUIAR - Bom, quero agradecer as falas e as intervenções que foram trazidas. Fiquei muito atravessada pela provocação que nosso colega fez, querendo... Qual que é essa fórmula mágica, não é?

Eu acredito muito que a junção dessas três possibilidades... Então, quando a gente está pensando na transformação concreta desse cenário, a gente não consegue fazer isso sem que as pessoas internalizem para valer. Acho que tem uma expressão que fala assim: a gente tem a lei, mas a lei não pegou, porque as pessoas não internalizaram. Então acho que tem um movimento contínuo, cotidiano, que a gente precisa fazer com todos os profissionais que estão na assistência, com a comunidade, e pensar muito nisso num lugar de não hierarquização.

Acho que, infelizmente, a gente ainda tem muito esse peso de, de uma maneira bastante equivocada, entender que a população só vai assimilar quando essa coisa vem verticalmente. E o que a gente entende como transformação, se a gente olha para a história dos movimentos sociais em geral, a gente vai entender que só funciona aquilo que vem da

comunidade, para, inclusive, orientar e pensar política pública. Então acho que esse convite da gente pensar junto política pública é sobretudo um lugar de pertencimento, de que não existe uma qualificação, um selo, quase que uma gradação para que você faça essa contribuição.

E acho que esse exercício que a gente está aqui fazendo, de ter um mandato aberto, de ter pessoas sensíveis nesse processo, faz parte de um processo político de transformação que, de fato, valide os saberes que todos os dias a gente constrói. Então não adianta só a gente ter a lei, não adianta a gente obrigar os profissionais a fazerem, por exemplo, formações que vão ter lá no seu cerne questões de enfrentamento ao racismo, se a gente de fato não sensibiliza, se as pessoas não dão conta também de se sensibilizarem para que essa transformação ocorra. Existe um movimento que só vai ser concreto se a gente, de fato, genuinamente se envolver nessa transformação. Então não tem equação mágica, mas tem um caminho possível, que eu acredito que é esse caminho de construção coletiva.

Acho que uma das coisas que, logo no início da graduação, me pegou muito, a gente tinha uma disciplina que se chama Etnologia Indígena, e era muito difícil entender o funcionamento, entender aquelas coisas todas. Aí eu tive uma professora muito querida que falou assim para nossa turma, na ocasião: “Sabe por que vocês não conseguem entender, por que para vocês não faz sentido que, sim, nesse rio aqui, para essa etnia indígena, tem uma cobra grande, todo mundo saiu dela e vai voltar para ela? É isso, porque vocês não tiram o jaleco. Tem um lugar aí que vocês colocam, de um saber hierarquizado que impede vocês de acessarem o óbvio”.

Então acho que, quando a gente está debatendo aqui modos de enfrentamento e denúncias sobre mortalidade materna, a gente está falando do óbvio. A gente está dizendo que um direito inalienável tem sido corrompido, que é o direito a viver. Isso não é uma coisa elaborada, mas a gente precisa construir essa saída junto, coletivamente, entendendo. Acho que é isso, não é? Ninguém é um pote vazio de saberes, de conhecimentos, mas que a gente precisa nomear isso todo o tempo. Então, quando a gente está pensando que essa comunidade traz respostas que ela formula.

E é isso, gente. Não chegaríamos aqui se não fosse uma sabedoria territorial que parece não existir, mas que nos protegeu e que faz com que a gente se encontre aqui hoje.

Então é preciso devolver esse entendimento para essas pessoas. Todo o tempo a gente precisa saber. Acho que o lugar da autonomia se constrói nesse respeito de você... É isso, ninguém está fazendo um favor para ninguém. Tem um lugar aqui que a gente tem uma história de alijamento de direitos e que somos nós que vamos sensibilizar essas pessoas para dizer assim: “Não, seu jaleco não importa, a gente vai construir isso aqui junto”. Acho que isso é importante. (Palmas)

A SRA. BIANCA ALVES DE OLIVEIRA ZORZAM - Agradecer também as reflexões.

Eu fiquei pensando aqui, principalmente com a sua fala também, como alguém que vai pensar na gestão, porque a gente tem políticas desenhadas. A gente tem, por exemplo, modelo de Casa de Parto, as portarias da Casa de Parto a gente têm já, há um bom tempo, não é, Simone? Acho que pelo menos há mais de 20 anos a gente tem funcionamento desse lugar, a gente tem a experiência das pessoas - a Dani que está aqui -, a gente tem os indicadores, recentemente foi publicado um artigo sobre os indicadores da Casa de Parto.

E a gente não consegue expandir esse modelo por uma série de questões. E aí como que a gente faz esse... A gente força essa política a funcionar e lidar com todas essas estratégias de impedimento para que ela de fato aconteça? Que eu acho que é o que a gente está tentando fazer já há alguns anos.

E também pensar que, assim, eu fui parte da primeira turma do curso de obstetrícia, em 2005, me formei em 2008. E a EACH completa 20 anos, e há 20 anos as obstetrizes estão lutando para poder trabalhar nas maternidades e nos hospitais do Município de São Paulo. Então eu gostaria de perguntar para as organizações sociais o que elas têm a dizer sobre isso. Por que não há contratação de obstetrizes nos hospitais e maternidades públicas de São Paulo, formados pela Universidade de São Paulo, no modelo que visibiliza e sensibiliza sobre os direitos sexuais, sobre direitos reprodutivos das mulheres e das pessoas que gestam? Eu queria ouvir as organizações sociais, as pessoas que decidem: por que essas profissionais não podem compor

REUNIÃO: 21195 DATA: 11/06/2025 FL: 44 DE 47

a equipe multiprofissional de saúde em favor da mudança do modelo de assistência obstétrica no Brasil e na cidade de São Paulo? (Palmas)

A SRA. FABIANA LUCENA - Bem, eu queria começar dizendo que fico muito animada de ver gente aqui engajada e mais pessoas engajadas nessas questões todas que a gente discutiu.

Esqueci do Vitor, que colocou essas questões todas mais endereçadas, digamos assim. E tenho pensado muito, discutido também sobre essa questão da reforma obstétrica e sobre como fazer uma reforma pensando na questão diversa da mulher e também na questão que a Dani coloca, a partir dos indicadores que todo mundo já conhece. Fui provocada sobre como a gente constrói políticas antirracistas. Acho que isso é uma grande questão para mim, e não tenho essa resposta. Acho que uma reforma obstétrica passa por tudo isso mesmo que você falou. Temos um problema complexo, e qualquer pessoa que vier aqui dar uma resposta vai ver que não existe solução fácil para problema complexo.

Sobre a formação, acontecem formações tecnicistas que não dão conta. E como a gente consegue fazer tudo junto: políticas que garantam assistência de qualidade para as pessoas que moram nas periferias e inserção de enfermeiras obstétricas e doulas? Eu e a Bianca estávamos conversando e dizíamos: “Legal ter doulas no SUS”. Mas qual é o modelo de doulas no SUS? É pela atenção básica? É um modelo de agente comunitário? Sei da experiência da Casa Ângela, mas penso que a gente precisa de muitas Casas Ângela, a gente precisa de mais casas assim. Enfim, como são os modelos que podemos compor dentro dessa realidade que a gente tem, de organização do SUS?

Como a gente constrói políticas alinhadas para resolver um problema complexo, que olhem para a formação das pessoas, que olhem para o racismo institucional, que olhem para as práticas racistas em atividades profissionais e que olhem também para essa estrutura? Como é que essa estrutura está desenhada de forma que dá um acesso pior a uma população e um acesso melhor a outra população? Não sei responder, precisamos pensar.

Ao mesmo tempo, a gente vê os indicadores melhorando em algumas situações. O

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE REGISTRO PARLAMENTAR E REVISÃO – SGP.4
NOTAS TAQUIGRÁFICAS SEM REVISÃO

REUNIÃO: 21195 DATA: 11/06/2025 FL: 45 DE 47

estudo Nascer no Brasil traz algumas questões. Vemos que tem diminuído a episiotomia, tem diminuído algumas práticas; mas há 60% de cesáreas, elas têm aumentado. Então, como a gente responde a isso? Acho que não tem resposta para isso de forma simples e pontual, mas os caminhos para essas respostas passam, hoje, sempre pela mobilização.

O desafio é: como a gente mobiliza as mulheres para essa pauta quando as mulheres que estão expostas - que passam por um parto normal - passam por um parto tão violento e, no fundo, querem acessar uma forma de não sofrer aquela violência? Como a gente constrói isso com a sociedade? Acho que o caminho é este: precisamos pautar um modelo de assistência diferente, que faça com que as pessoas tenham uma assistência diferente. Acho que é esse o caminho que precisamos seguir. (Palmas)

A SRA. CARMEN SIMONE GRILO DINIZ - Eu queria primeiro agradecer a oportunidade desta iniciativa da Vereadora e de sua assessoria, pois retomar o debate em si já é muito importante. Sobre a reforma obstétrica, eu diria que é um movimento a ser construído; então estão todos convocados a participar, porque todo mundo está imbuído da perspectiva de “nada sobre nós sem nós”. Para isso, a gente precisa estar lá presente contribuindo com as diferentes perspectivas, que é o que vai garantir uma reforma obstétrica de massa, sólida. Então, é um projeto cuja construção que cabe a cada um de nós.

Eu fico muito animada com a fala da AGPP. Já fico pensando em um convênio da AGPP com a obstetrícia, para pensar em termos de política pública e de ter projetos conjuntos. Inclusive seria muito legal um projeto de políticas públicas da Fapesp, porque a Fapesp tem uma linha de política pública, tem rodadas anuais. Estou dando a ideia para nossa nova geração de professores da obstetrícia, acho que isso seria uma coisa muito importante.

Acho que a questão é muito mais estrutural, e a formação reflete isso. É importante que as mulheres sejam informadas, mas a governabilidade das mulheres sobre o que acontece no parto delas é muito limitada. No nível do indivíduo, ele decide pouco. Há muitas vulnerabilidades sociais, programáticas etc., mas a ideia é uma assistência em equipe, e não centrada no médico, porque o parto centrado no médico, do ponto de vista científico, do ponto

REUNIÃO: 21195 DATA: 11/06/2025 FL: 46 DE 47

de vista da saúde pública, é um erro. O médico deve compor a equipe para atender as pacientes de risco de fato. Porque, se você colocar uma pessoa com formação cirúrgica para atender um processo fisiológico, vai durar muitas horas; e o médico vai fazer o que ele sabe: uma cirurgia.

Então, isso é uma distorção, e nós existimos nessa distorção. Muitas vezes, governos progressistas não colocam a vontade política necessária para solucionar essa situação. Isso é algo que a gente deveria cobrar dos nossos representantes, de quem a gente vota, tanto no Executivo como no Legislativo.

Quero reforçar o convite para a conferência livre. Eu acho que essa é uma oportunidade ótima até para amadurecer esses projetos de parcerias e para adensar tudo isso. A Fabi e outras pessoas conhecem uma metodologia chamada de Laboratório de Mudança, que pode ser útil para a gente pensar algumas dessas questões.

Quero convidar vocês também para uma exposição que vai haver - que terá a participação de algumas pessoas, dentre elas a Bianca -, chamada Sentidos do Nascer. Quem nunca ouviu falar, participe. Vamos começar, estamos na fase de pré-produção, e a partir de agosto, setembro haverá uma exposição maravilhosa. Queremos levar todo mundo, inclusive o pessoal desta Câmara, escolas, pessoas da periferia, todo mundo. Vai ser uma coisa muito bacana e que aumentará o debate sobre os próximos passos.

E enfim, queria mais uma vez agradecer e convocar todo mundo. Todos nós estamos convocados a pensar como essa reforma obstétrica pode acontecer. (Palmas)

A SRA. PRESIDENTE (Keit Lima) - Maravilha. Gente, primeiro eu quero agradecer a todo mundo que ficou até o final aqui, resistindo, ouvindo, aprendendo. Eu estou muito feliz por esta audiência ter acontecido, porque foi muito duro passar esse tema na Casa. Fico me perguntando - e esse foi um questionamento que eu fiz para os Vereadores -: a quem não interessa discutirmos direitos produtivo na Casa? A quem não interessa falarmos sobre um projeto de vida? Foi muito difícil fazer passar esta audiência na Comissão de Finanças, e fiquei fazendo este questionamento, esta provocação: quem tem medo de discutirmos sobre as nossas vidas? Quem tem medo de discutirmos sobre um projeto de vida? Que bom estarmos aqui,

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE REGISTRO PARLAMENTAR E REVISÃO – SGP.4
NOTAS TAQUIGRÁFICAS SEM REVISÃO

fls. 52

REUNIÃO: 21195 DATA: 11/06/2025 FL: 47 DE 47

demarcando este espaço, debatendo esse sistema e trazendo os nossos corpos, pois este é um ato político.

A Ana Paula, Aninha, falou aqui sobre os próximos passos, mas também quero me colocar totalmente à disposição. Eu acho muito político a gente ocupar este espaço, mas vou pegar o que a Paixão trouxe, sobre a gente também estar nos territórios. Então, coloco totalmente à disposição o nosso mandato para pensarmos, fazermos essa discussão a partir dos territórios daquelas que morrem, a partir daqueles corpos que estão morrendo. O território é sempre o lugar dos movimentos sociais, dos homens transmasculinos, de onde podemos avançar cada vez mais nessa discussão. Porque ninguém vai querer falar sobre esse tema se não nós mesmas.

Que a gente possa avançar, pensar política pública, pensar na fiscalização. O que eu, na verdade, quero dizer para vocês é que contem com este mandato. Que este mandato seja uma ferramenta para a gente construir isso juntos. Então, o que vocês pensarem que o mandato possa fazer, é só chegar, que a gente vai fazendo. A gente se encontra nas trincheiras de muitas lutas, mas também o que precisar na trincheira de luta do mandato, saibam que este mandato também é de vocês. Era isso o que eu queria muito reforçar.

Não havendo mais nada a tratar, declaro encerrada a presente reunião. Vamos tirar uma foto bem bonita. (Palmas)