

### BOLETIM INFORMATIVO PERIÓDICO n.º 2 (NOVEMBRO DE 2014)

#### ÍNDICE

- Editorial.....1
- Notícias do NAE.....2
- Tema do mês: Parto Humanizado
  - nota introdutória.....3
  - legislação.....10
- Leis & Julgados sobre outros temas.....11
- Anexos:
  - I – Portaria de instauração de PAP
  - II – Termos e Ofícios para o PAP
  - III – Petição Inicial da Ação Civil Pública
  - IV – Projeto de Lei n.º 00157/2014
  - V – STJ em teses: Falta Grave em Execução Penal

#### EDITORIAL

Não há qualquer evidência científica que justifique o elevadíssimo percentual de partos cesáreos realizados no Brasil anualmente.

O quadro abaixo retrata a situação nos anos de 2010 e 2011.



A Organização Mundial da Saúde – OMS estabelece como aceitável o índice de 15% de cesarianas. Mas 52,30% dos partos ocorridos em 2010 no Brasil foram cesáreos; em 2011 a taxa subiu para 53,70%.

Isso faz do nosso País o “líder mundial de cesáreas” <sup>(1)</sup>.

Alarmante? Sim. E o pior é que o índice subiu para 55,60% em 2012, segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS <sup>(2)</sup>:

	Nº de nascidos vivos	% de partos cesarianos
BRASIL	2.905.789	55,60%

	Nº de partos realizados	% de partos cesarianos
Saúde Suplementar	502.812	84,60%

	Nº de partos realizados	% de partos cesarianos
SUS	1.877.505	40%

Mas a realidade consegue ser bem mais impactante se considerarmos isoladamente a rede particular. Lá 84,60% dos partos foram cesáreos!

Um dos problemas com a cesariana é que:

“Se o cálculo da idade gestacional do bebê for malfeito, o parto cesáreo será feito antes da hora e o bebê nascerá prematuro, podendo trazer complicações no pós-parto como distúrbios respiratórios. Bebês de 37 a 38 semanas têm 120 vezes mais chances de apresentar a síndrome da angústia respiratória do que aqueles de 39 semanas. No parto normal, você tem certeza que ele está nascendo na época adequada”. <sup>(3)</sup>

A cesárea sem real indicação clínica é uma violência, mas não é a única. Várias outras situações ocorrem na assistência ao parto e constituem verdadeira “violência obstétrica”.

A Defensoria Pública pode – e deve – intervir para mudar esse cenário. É por isso que o parto humanizado é o tema do mês neste Boletim.

Boa leitura!

Fábio Rogério Rombi da Silva  
Defensor Público – Coordenador do NAE

<sup>1</sup> Disponível em [http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2014/04/140411\\_cesareas\\_principal\\_mdb\\_rb](http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2014/04/140411_cesareas_principal_mdb_rb), acessado em 14/10/2014.

<sup>2</sup> Disponível em <http://www.slideee.com/slide/promo-o-do-parto-normal-na-saude-suplementar>, acessado em 15/10/2014.

<sup>3</sup> Disponível em <http://guiadobebe.uol.com.br/parto-publico-e-privado-parto/>, acessado em 14/10/2014.



### BOLETIM INFORMATIVO PERIÓDICO n.º 2 (NOVEMBRO DE 2014)

#### NOTÍCIAS DO NAE

##### • **Transtorno do Espectro Autista**

Como divulgado no Boletim Informativo anterior, o NAE instaurou em face do Município de Campo Grande (MS) o Procedimento para Apuração Preliminar – PAP n.º 001/2014, cujo objeto era apurar o atendimento dispensado na rede pública municipal de Campo Grande às pessoas diagnosticadas com transtorno do espectro autista e a efetivação da Lei Municipal n.º 5.287, de 8 de janeiro de 2014, inclusive quanto à qualificação dos servidores municipais das áreas de saúde e de educação para identificar os sinais de autismo, bem como para prestar o respectivo atendimento multidisciplinar que se faça necessário.

O Procedimento foi concluído ao fim do seu prazo inicial, tendo-se concluído pela propositura de Ação Civil Pública. Isso por que restou apurado haver omissão do poder público municipal.

A petição inicial está em fase de elaboração e sua cópia será fornecida no próximo Boletim, bem como o código do processo a fim de permitir o acompanhamento eletrônico de sua tramitação.

##### • **Vagas em creche e pré-escola**

O Defensor Público Guilherme Cambraia de Oliveira, Coordenador da Unidade Centro, em Campo Grande (MS), local onde funcionam, dentre outras, as Defensorias Públicas do Núcleo da Cidadania, Direitos Humanos, Fazenda Pública e Registros Públicos formalizou pedido de atuação do NAE em relação à falta de vagas nos Centros de Educação Infantil – CEINF's de Campo Grande.

Paralelo a isso a Vereadora Luiza Ribeiro enviou dois convites para nos sábados 1.º de novembro e 8 de novembro o NAE participar de reuniões solicitadas por lideranças e moradores de bairros da periferia de Campo Grande justamente para tratar do assunto em questão.

Foi identificada aí uma demanda de alta relevância e de interesse institucional e estratégico, razão pela qual o NAE instaurou em face do Município de Campo Grande (MS) o

Procedimento para Apuração Preliminar – PAP n.º 002/2014, cujo extrato da respectiva Portaria foi publicado no D.O.E. n.º 8.790, de 3 de novembro de 2014, página 55.

Seu objeto é apurar a falta de vagas em creches e pré-escolas na rede pública municipal em Campo Grande (MS) e as medidas que o Município vem adotando para a abertura de novas vagas, inclusive próximas à residência das crianças ou do trabalho de seus responsáveis legais.

Esse assunto interessa também a outros membros da Instituição, que têm se deparado com situação parecida nas Comarcas aonde atuam.

O material que resultará dessa nova frente de trabalho do NAE será compartilhado com todos a fim de que, por sua vez, também possam replicar essa mesma iniciativa pelo Interior.

##### • **Audiência Pública**

Em reunião realizada dia 31/10/2014 na sede da DPGE foi deliberado que o NAE promoverá uma Audiência Pública dia 02/12/2014.

Participaram dessa reunião os Defensores Públicos que atuam na área de Fazenda Pública em Campo Grande (MS). Foi pontuado por eles que o atendimento à saúde da população pela rede pública municipal sofreu sensível piora. Aumentou, por exemplo, a procura de pessoas hipossuficiente que não estão conseguindo sequer agendar consultas e exames simples.

A par disso, o Município de Campo Grande (MS) não vem cumprindo as liminares e decisões antecipatórias dos efeitos da tutela, em particular nos feitos em trâmite no Juizado Especial da Fazenda Pública.

Em que pese os pedidos de tutela de urgência feitos nas petições iniciais estejam sendo, via de regra, decididos com a brevidade que os casos requerem, os Defensores Públicos atuantes na área têm percebido demora para o efetivo sequestro de valores do Município nos casos em que o ente público tem ficado inerte.

A convocação para a Audiência Pública e seu regulamento serão objeto de publicação na imprensa oficial dentro dos próximos dias.



### BOLETIM INFORMATIVO PERIÓDICO n.º 2 (NOVEMBRO DE 2014)

#### Tema do mês: PARTO HUMANIZADO

##### • Nota introdutória

Desde logo é importante dizer que:

“A humanização do parto não significa mais uma nova técnica ou mais conhecimento, mas, sim, o respeito à fisiologia do parto e à mulher.

Muitos hospitais e serviços médicos ignoram as regulamentações exigidas pela Organização Mundial de Saúde e Ministério da Saúde, seja por querer todo o controle da situação do parto, por conveniência dos hospitais em desocupar leitos mais rápido ou por comodidade de médicos e mulheres em que no mundo atual não se pode perder muito tempo.

Mas a ciência vem comprovando que o excesso de intervenções tecnológicas durante o parto pode não ser tão seguro em partos de baixo risco.

Já se provou que as parteiras são mais seguras que os médicos nos nascimentos de baixo risco, e que neste mesmo nascimento de baixo risco o parto domiciliar ou em Casas de Parto são tão seguros quanto os realizados nos hospitais e maternidades, com a vantagem de não realizarem tantas intervenções, pois o parto é mais natural”.<sup>4</sup>

Práticas simples humanizam o parto. Vejamos algumas delas:

- informação clara, objetiva e verdadeira sobre as opções à disposição da parturiente desde a gestação, bem como quanto à necessidade e finalidade de alguma intervenção, pois a mulher tem o direito de exercer o “consentimento informado” (quando ela concorda com a realização do procedimento) ou a “recusa informada” (quando, ao contrário, não concorda);
- presença de acompanhante (seja homem, seja mulher) indicado pela parturiente desde o trabalho de parto até sua alta médica;
- possibilidade da parturiente contar com uma doula<sup>(5)</sup> que se voluntarie para lhe acompanhar no

<sup>4</sup> Disponível em <http://guiadobebe.uol.com.br/parto-humanizado/>, acessado em 16/10/2014.

<sup>5</sup> Doula (palavra que vem do grego e significa “mulher que serve”) é, conforme a qualificação 3221-35 da Classificação Brasileira de Ocupações – CBO do Ministério do Trabalho, profissional que presta suporte contínuo à gestante no ciclo gravídico puerperal,

trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, não contando ela como sendo acompanhante;

- liberdade para a parturiente escolher a posição mais cômoda para si no trabalho de parto (como a de cócoras, por exemplo, em vez da deitada);
- liberdade para a parturiente se movimentar ou caminhar antes do parto;
- ter a parturiente o bebê junto a si logo após o parto (contato pele a pele);
- incentivar a amamentação na primeira hora do pós-parto;
- ser a parturiente acolhida e tratada com respeito pela equipe envolvida no atendimento ao parto.

Humaniza também o parto a eliminação de práticas que não têm evidência científica comprovada e que constituem verdadeira **violência obstétrica**<sup>(6)</sup>.

Logo, em vez de serem adotadas como rotina, as práticas a seguir nominadas devem ser reservadas a situações onde haja real indicação clínica, inclusive passível de posterior controle quanto ao acerto de seu uso no caso concreto, tais como:

- jejum obrigatório (de alimentos e de líquidos);
- amniotomia precoce (rompimento artificial da bolsa d’água para induzir o parto);
- aplicação de ocitocina sintética (para contrair artificialmente o útero a fim de acelerar o trabalho de parto);
- clampeamento precoce do cordão umbelical<sup>(7)</sup>;
- episiotomia (corte cirúrgico, também conhecido como “pique”, feito na vulva e na vagina).

Aliás, quanto à episiotomia:

favorecendo a evolução do parto e bem-estar da gestante. A doula não realiza procedimentos médicos, clínicos ou de enfermagem e sim suporte emocional e físico à parturiente, principalmente no parto em si.

<sup>6</sup> Sobre violência obstétrica recomenda-se assistir ao vídeo disponível no link <http://www.youtube.com/watch?v=eg0uvonF25M>

<sup>7</sup> Estudos revelam que se ao invés de clampear (cortar e selar) imediatamente o cordão umbilical esperar-se um minuto após o nascimento, isso aumenta a prevenção à deficiência de ferro e anemia nos primeiros meses do recém-nascido. A propósito, vide artigo disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008001400017&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008001400017&script=sci_arttext), acessado em 20/10/2014.



### BOLETIM INFORMATIVO PERIÓDICO n.º 2 (NOVEMBRO DE 2014)

“Esse procedimento cirúrgico começou a ser recomendado como prática rotineira no início do século passado sem qualquer embasamento científico e tornou-se uma tradição que continua a ser ensinada nas faculdades brasileiras.

A Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde contraindicam o uso rotineiro da episiotomia.

Em alguns países onde se utilizam boas práticas na assistência ao parto, esse procedimento é realizado em menos de 10% dos partos normais e esse uso mais raro e criterioso não prejudica a saúde nem o bem-estar das mulheres e dos recém nascidos”. (Vários colaboradores. *Episiotomia ‘é só um cortezinho’: violência obstétrica é violência contra a mulher: mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica*. São Paulo: Parto do Princípio, 2014, p. 4).

Em relação às práticas abaixo elencadas deve ser considerado o seguinte:

- tricotomia (raspagem de pêlos): deve ser reservada exclusivamente para os casos onde seja necessário o parto cirúrgico (cesariana);

- enema (lavagem intestinal): não deve ser feito qualquer que seja o tipo de parto.

- manobra de Kristeller (empurrar a barriga da mulher para forçar a saída do bebê): não deve ser realizada, pois coloca em risco a vida e a saúde do nascituro e da mãe, inclusive em alguns países essa manobra é proibida.

Pois bem, o tema parto humanizado tem sido pouco – ou nada – debatido no âmbito do Poder Judiciário.

É imperioso que nós, Defensores(as) Públicos(as), mudemos esse cenário.

O art. 134, *caput*, da Constituição Federal, sob a nova redação decorrente da Emenda n.º 80/2014, impõe à Defensoria Pública, dentre outras incumbências, a promoção dos direitos humanos.

Ora, a humanização do parto é matéria umbelicalmente – se assim podemos nos expressar – ligada à temática dos direitos humanos.

O momento histórico atual está parindo – aqui também fazendo um trocadilho – um novo paradigma de atuação para nossa Instituição.

O enfrentamento individual das demandas foi, é e sempre será necessário no dia-a-dia do(a) Defensor(a) Público(a). Mas o foco exclusivo

nesse modelo de atendimento não se sustenta mais.

É fato sociológico estar havendo forte tendência à judicialização de grande parte dos fatos da vida. Em plena era da *internet* a notícia, inclusive sobre direitos, circula em velocidade impressionante. E é nesse mesmo ritmo que as pessoas têm vindo cada vez mais a procura da orientação jurídica promovida pela Defensoria Pública.

Como, então, dar conta de um atendimento cada vez mais crescente?

Bem, uma das estratégias possíveis é justamente a do manejo adequado e responsável da Ação Civil Pública, instrumento apto para recompor a lesão sofrida por toda uma coletividade, ao invés de apenas uma pessoa como se dá na clássica tutela individual.

Dou aqui um exemplo desse novo paradigma de atuação a que somos chamados.

A Defensoria Pública do Distrito Federal ajuizou Ação de Obrigação de Fazer para que a empresa Avianca Oceanair Linhas Aéreas S/A seja obrigada a fazer a emissão de passagens aéreas gratuitas para Emmanuel de Jesus Bispo Ferreira. A petição inicial foi distribuída aos 02/09/2014 para a 25.ª Vara Cível de Brasília (DF) e os autos receberam o código 0032464-20.2014.8.07.0001. Extrai-se da decisão interlocutória (que pode ser consultada via *internet*) que o autor, em resumo, é portador de deficiência, sem recursos financeiros suficientes e que precisa realizar viagens para o Estado da Bahia a fim de se submeter a tratamento de saúde contínuo e por prazo indeterminado, mas não tem condições físicas para deslocar-se para lá sentado por longo período, o que inviabiliza a opção pelo transporte terrestre. A Lei n.º 8.899/94 garante-lhe o passe livre no sistema de transporte coletivo interestadual (art. 1.º). Mas, quanto ao transporte aéreo restou omissa a posterior regulamentação feita pelo Decreto n.º 3.691/00, pela Portaria Interministerial n.º 003/01 do Ministério dos Transportes e pela Instrução Normativa n.º 001/01 da Secretaria de Transportes Terrestres e da Secretaria de Transportes Aquaviários.

Por entender que “*não se divisa razão jurídica ou econômica para a exclusão do*



### BOLETIM INFORMATIVO PERIÓDICO n.º 2 (NOVEMBRO DE 2014)

*transporte aéreo gratuito aos portadores de necessidades especiais carentes*”, o Juiz de Direito antecipou parcialmente os efeitos da tutela pretendida.

Insta dizer, entretanto, que antes disso, no seu primeiro despacho o Juiz determinou à Defensoria Pública “*Explicar a razão de não optar pelo ajuizamento de ação coletiva (ação civil pública), permitindo-se à Defensoria, em tese, a tutela de direitos das pessoas com deficiência*”.

É esse enfoque que nos interessa aqui.

Não é nosso objetivo analisar se o Juiz de Direito agiu certo ou errado no plano processual ao despachar da forma mencionada.

O que interessa é destacar o pensamento embutido no despacho.

Esse pensamento deve passar a fazer parte dos nossos próprios questionamentos: não é melhor enfrentar no plano coletivo as demandas individuais que sabidamente serão repetitivas?

Veja que a Ação efetivamente apresentada ao Poder Judiciário foi em caráter individual (e assim continuou sendo tratada a fim de tutelar o interesse de um autor específico). Mas sem dúvida está aí uma espécie de demanda que interessa a um número indeterminado de pessoas e pode vir a ser objeto de Ação Civil Pública.

O texto da Lei n.º 8.899/94 dispõe que:

“**Art. 1º** É concedido passe livre às pessoas portadoras de deficiência, comprovadamente carentes, no sistema de transporte coletivo interestadual”.

Logo, todas as pessoas que sejam ao mesmo tempo portadoras de deficiência e carentes (no plano financeiro) têm o mesmo direito que fora pleiteado somente no plano individual.

É possível prever que surjam outras pessoas que se enquadrem na hipótese legal querendo também a gratuidade no transporte aéreo. E aí? O que é melhor: ficar propondo uma série de ações individuais (com o respectivo acompanhamento processual) ou já partir para a execução de uma sentença proferida em sede de Ação Civil Pública que já tratou do assunto?

Voltemos ao tema parto humanizado.

O assunto tem sido muito debatido no âmbito das políticas públicas em diversas esferas governamentais.

Também a imprensa tem se interessado pela temática. Faça uma busca em qualquer *site* de pesquisa na *internet* para a expressão “parto humanizado” e veja a quantidade de notícias.

Estamos vivendo a era da informação, como dito linhas atrás.

Não tardará para que a Defensoria Pública passe a receber um número cada vez mais crescente de mulheres reivindicando o direito à assistência humanizada ao parto e ao nascimento.

Sabe-se que nos termos constitucionais (art. 134, *caput*) o agir da Defensoria Pública – quer no plano individual, quer no meta-individual – é restrito “*aos necessitados, na forma do inciso LXXIV do art. 5º desta Constituição Federal*”.

Daí que no plano coletivo a legitimidade da Defensoria Pública fica condicionada ao que se chama de “pertinência temática”<sup>(8)</sup>. Terá legitimidade se – e na medida em que – a pretensão que deduzir na petição inicial puder beneficiar pessoas hipossuficientes. Confira-se:

“Para que a Defensoria seja considerada como ‘legitimada adequada’ para conduzir o processo coletivo, é preciso que seja demonstrado o nexo entre a demanda coletiva e o interesse de uma coletividade composta por pessoas ‘necessitadas’, conforme locução tradicional. Assim, por exemplo, não poderia a Defensoria Pública promover ação coletiva para a tutela de direitos de um grupo de consumidores de PlayStation III ou de Mercedes Benz. **Não é necessário, porém, que a coletividade seja composta exclusivamente por pessoas necessitadas.** Fosse assim, praticamente estaria excluída a legitimação da Defensoria para a tutela de direitos difusos, que pertencem a uma coletividade de pessoas indeterminadas. Ainda neste sentido, não seria possível a promoção de ação coletiva pela Defensoria quando o interesse

<sup>8</sup> “**Pertinência temática** – expressão que busca contrastar o objeto do processo com as finalidades institucionais de determinados entes ou entidades para lhes reconhecer legitimidade ativa no plano do ‘direito processual coletivo’”. (BUENO, Cassio Scarpinella. **Curso Sistematizado de Direito Processual Civil – v. 2 – t. III.** 4.ed. São Paulo: Saraiva, 2014, p. 286) – negrito original no texto transcrito.



### BOLETIM INFORMATIVO PERIÓDICO n.º 2 (NOVEMBRO DE 2014)

protegido fosse comum a todas as pessoas, carentes ou não.

Constatada a legitimação da Defensoria, de acordo com o critério aqui defendido, a decisão poderá beneficiar a todos, indistintamente, necessitados ou não. Qualquer indivíduo poderá valer-se da sentença coletiva para promover a sua liquidação e execução individual. **Não se pode confundir o critério para a aferição da capacidade de conduzir o processo coletivo, com a eficácia subjetiva da coisa julgada coletiva.** A tutela coletiva é sempre indivisível: tutela-se o direito da coletividade, beneficiando-se, por consequência, *todos* os seus membros”. (DIDIER Jr., Fredie; CUNHA, Leonardo José Carneiro da [Coord. CANOTILHO, J. J. Gomes *et alli*]. **Comentários à Constituição do Brasil. 2.tir.** São Paulo: Saraiva, 2014, p. 1.558) – negritei.

Note que a sentença proferida em Ação Civil Pública ajuizada pela Defensoria poderá, em tese, acabar beneficiando, por reflexo, até mesmo pessoas que não são hipossuficientes. Não há problema nisso. O que não poderá ocorrer é a Defensoria Pública, após o trânsito em julgado, buscar a execução individual da sentença para quem não seja hipossuficiente. Quem tiver condições financeiras e tenha sido beneficiado pelo julgado poderá executá-lo, mas deverá fazê-lo através de Advogado contratado.

Ora, nem toda parturiente é hipossuficiente. Entretanto, se eventual Ação Civil Pública for proposta para que o ente estatal disponibilize no Sistema Único de Saúde – SUS as práticas humanizadas, parece óbvio o atendimento, de plano, quanto à pertinência temática. Isso por que notoriamente o público que efetivamente busca atendimento pelo SUS é hipossuficiente, embora nada impeça uma mulher que não se enquadre como hipossuficiente também queira se valer do atendimento público na área de saúde.

Já se a Ação for proposta em face de alguma operadora de plano privado de assistência à saúde – que notoriamente tem no seu quadro de usuários pessoas até mesmo de grande capacidade financeira – a pertinência temática poderá ser vencida se demonstrado haver dentre os usuários pessoas hipossuficiente, cujo grupo será beneficiado com a medida pretendida.

Em ambos os casos a legitimidade da Defensoria Pública está presente e o resultado final poderá beneficiar todos, necessitados ou não. Apenas na posterior liquidação da sentença é que a diferenciação econômica será relevante, pois a Defensoria somente poderá defender os interesses dos que comprovarem insuficiência de recursos.

Pois bem, até uns 50, 60 anos atrás o parto era tratado pela sociedade brasileira como um evento familiar. Era realizado por parteiras e no ambiente doméstico. Essa prática subsiste hoje apenas nas regiões interioranas, com difícil (ou nenhum) acesso aos serviços de saúde.

De processo biológico o parto passou a ser tratado como evento cirúrgico.

Houve uma mudança de paradigma forjando-se o modelo obstétrico contemporâneo.

Não é exagero dizer haver no Brasil uma indústria do parto, inclusive com processo de produção em série.

Para os profissionais envolvidos – e até mesmo para a hotelaria hospitalar – é muito mais conveniente agendar o parto cesáreo com controle do dia e hora de sua realização.

O problema é que o agendamento não atende às necessidades do principal interessado: o bebê. Ele deve nascer quando a natureza indica que a hora é chegada, o que se dá quando a mulher entra em trabalho de parto, e não antes, quando ainda não está amadurecido para deixar o útero.

A conceituada Fundação Oswaldo Cruz, através da Agência Fiocruz de Notícias, divulgou as conclusões da pesquisa “Nascer no Brasil”. O estudo é o maior já realizado sobre parto e nascimento no Brasil. Face ao elevadíssimo número de cesarianas antecipando a data em que o parto ocorreria naturalmente foi identificado que:

“A proporção de nascimentos prematuros (antes de 37 semanas) encontrada no estudo foi de 11,3%. Quando comparado aos dados populacionais da Inglaterra e País de Gales, a ordem brasileira foi 55% maior. Em relação aos bebês que nasceram com 37 ou 38 semanas gestacionais, a proporção foi de 35%. Embora não sejam considerados prematuros, são bebês que poderiam ganhar mais peso e maturidade se tivessem a chance de chegar a 39 semanas ou mais



### BOLETIM INFORMATIVO PERIÓDICO n.º 2 (NOVEMBRO DE 2014)

de gestação. A epidemia de nascidos com 37 ou 38 semanas no Brasil é, em parte, explicada pelo número elevado de cesarianas agendadas antes do início do trabalho de parto, especialmente no setor privado<sup>9</sup>, alerta o estudo<sup>(9)</sup>.

Dito isso, faz-se mister algumas breves definições trazidas no art. 2.º da Portaria n.º 904, de 29 de maio de 2013, do Gabinete do Ministro – Ministério da Saúde:

**I - parto normal:** trabalho de parto de início espontâneo, sem indução, sem aceleração, sem utilização de intervenções como fórceps ou cesariana, sem uso de anestesia geral, raquiana ou peridural durante o trabalho de parto e parto;

**II - Centro de Parto Normal (CPN):** unidade destinada à assistência ao parto de risco habitual, pertencente a um estabelecimento hospitalar, localizada nas dependências internas ou externas ao estabelecimento hospitalar;

**III - Centro de Parto Normal Intra-hospitalar (CPNi):** CPN localizado nas dependências internas do estabelecimento hospitalar;

**IV - Centro de Parto Normal Peri-hospitalar (CPNp):** CPN localizado nas dependências externas ao estabelecimento hospitalar a uma distância de, no máximo, 200 (duzentos) metros do referido estabelecimento;

**V - quarto PPP:** espaço destinado ao pré-parto, parto e puerpério, privativo para cada mulher e seu acompanhante, onde a atenção aos períodos clínicos do parto e do nascimento ocorre no mesmo ambiente, da internação à alta, com ambiência adequada à Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) n.º 36, de 3 de junho de 2008, que dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal, considerando-se os aspectos fisiológicos, culturais, afetivos, sexuais e familiares do nascimento; e

**VI - atenção humanizada ao parto e nascimento:** respeito ao parto como experiência pessoal, cultural, sexual e familiar fundamentada na importância do fortalecimento do protagonismo e autonomia da mulher, com sua participação nas decisões referentes às condutas; proteção contra abuso, violência ou negligência; reconhecimento dos direitos fundamentais de mulheres e crianças a tecnologias apropriadas de atenção em saúde com adoção de práticas baseadas em evidências, incluindo-se a liberdade de movimentação e de posições durante o trabalho de parto e parto, o direito a acompanhante de livre escolha e à preservação da sua integridade corporal”.

Mais outra definição é necessária no presente trabalho<sup>(10)</sup>:

- **parto cesáreo:** Esse tipo de parto é cirúrgico e deve haver motivos clínicos para a realização deste como desproporção do tamanho do bebê em relação à pelve, infecção herpética ativa, gestantes diabéticas, posição do bebê invertida e difícil ou ainda se o trabalho de parto não estiver progredindo normalmente. Quando a cesárea é optada pelo médico a mãe deixa de ser uma parturiente para ser uma paciente cirúrgica. Os cuidados com assepsia são maiores e as complicações são mais possíveis por se tratar de uma cirurgia de grande porte, os riscos são maiores.

Que fique claro: não se está aqui condenando o parto cesáreo. Ele é útil e revela evidente progresso da Medicina no atendimento à parturiente. A questão é que deve ser reservado exclusivamente para os casos em que haja sua real e clara indicação clínica como procedimento necessário para salvar vidas. O que se condena, portanto, é a prática do parto cesáreo como rotina, como regra, como vem ocorrendo hoje.

Há que se compreender que:

“A gravidez não deve ser tratada como doença e sim como expressão de saúde, e o nascimento como processo fisiológico e natural. Intervenções desnecessárias, sem embasamento científico,

<sup>9</sup> Disponível em <https://portal.fiocruz.br/pt-br/print/24965>, acessado em 10/10/2014.

<sup>10</sup> Todas elas disponíveis no site <http://guiadobebe.uol.com.br/parto/>, aba “tipos de parto”, acessado em 16/10/2014.

### BOLETIM INFORMATIVO PERIÓDICO n.º 2 (NOVEMBRO DE 2014)

devem ser evitadas, já que existe um grande corpo de evidências demonstrando que a facilitação do processo natural do nascimento, permitindo que ocorra de acordo com suas características normais, pode originar melhores resultados maternos e perinatais”. (Cadernos Humaniza SUS – v. 4. Brasília: Ministério da Saúde, 2014, p. 30)

Os interesses comerciais não podem estar acima dos direitos humanos.

Veja, por exemplo, o caso do aleitamento materno. Fruto da evolução de outros hominídeos, desde quando o ser humano (*homo sapiens sapiens*) surgiu em nosso planeta seus bebês tinham no leite materno a fonte de alimentação e hidratação. E isso funcionou por milhares e milhares de anos, tanto é que a humanidade não foi extinta. Algumas décadas atrás, porém, os interesses comerciais da indústria do leite artificial, através de maciça campanha, fez as mães acreditarem que o leite materno não era “forte” o suficiente, que bom mesmo para a saúde e o bom desenvolvimento do bebê eram os produtos industrializados. Hoje, como fartamente demonstrado, sabe-se o óbvio: o aleitamento materno é a melhor fonte de alimentação e hidratação para o bebê, além de servir como importante reforço no vínculo mãe-bebê e contribuir eficazmente para o desenvolvimento do sistema imunológico do recém-nascido.

Também são os interesses comerciais que desde algumas décadas vêm fazendo as mulheres crer que não têm mais a capacidade para parir. Detalhe: o corpo das mulheres de hoje não tem diferença anatômica em relação ao de suas antepassadas. Por que, então, essa migração para o parto cesáreo?

A resposta é: por pura conveniência econômica dos profissionais envolvidos, que alimentam nas gestantes a crença de que o parto cesáreo é a melhor opção sempre.

Que o diga o inexplicável índice de cesarianas na rede particular de assistência à saúde.

Será que de cada 100 parturientes quase 85 delas estão em real situação de risco que justifique clinicamente o procedimento cirúrgico da cesariana em vez do parto normal? Ou será que os médicos que as acompanham não querem, na

verdade, ficar à disposição delas durante o trabalho de parto, que pode levar horas, em detrimento da possibilidade financeira de atender nesse espaço de tempo outras pacientes e intervir em outros procedimentos, cuja soma lhes é mais vantajosa?

“Tempo é dinheiro”, afinal de contas.

Já na rede pública o índice de partos normais é mais alto por que quem realiza o procedimento é o médico que estiver de plantão ou o que lhe seguir caso o trabalho de parto se prolongue. A parturiente não elege o profissional que a assistirá no momento em que efetivamente ocorrer o parto. Fora isso, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS o parto normal é remunerado com valor superior ao cesáreo.

Note-se, ainda, que na “epidemia” de cesáreas as mulheres não são informadas de que esse procedimento, justamente por ser cirúrgico, envolve muito mais riscos a ela e ao bebê do que o parto normal.

Como se vê no gráfico a seguir morrem 3,5 vezes mais mulheres em partos cirúrgicos (cesarianas) do que em parto normal <sup>(11)</sup>.



E nada disso é informado às parturientes, que se soubessem do risco maior da cesariana teriam até um estímulo maior para preferir o parto normal. Aliás, o que ocorre é justamente o contrário. Embora muitas mulheres iniciem o pré-

<sup>11</sup> Disponível em

<http://vilamamifera.com/mulheresempoderadas/cesarea-necessaria-ou-desnecessaria/>, acessado em 22/10/2014.





### BOLETIM INFORMATIVO PERIÓDICO n.º 2 (NOVEMBRO DE 2014)

natal interessadas no parto normal, ao longo do tempo os médicos acabam por fazê-las mudar de ideia através de mensagens como “o bebê é grande demais”, “nossa! como você é corajosa”, “você quer mesmo correr o risco do parto normal?”, “o bebê pode estar com circular de cordão”, etc.

Logo, tudo considerado, o que se deve buscar é a atenção humanizada ao parto e nascimento. Isso inclui a restrição do parto cesáreo somente às hipóteses com verdadeira indicação clínica, dando oportunidade ao “consentimento informado” ou a “recusa informada” da parturiente. Além disso:

a) nos termos da Portaria n.º 1.459 de 2011 do Gabinete do Ministro – Ministério da Saúde, que instituiu no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS a Rede Cegonha, que por sua vez consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, deve ser adotada também, dentre outras práticas:

- ambiência das maternidades orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n.º 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);

- práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento";

- garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;

b) nos termos da Portaria n.º 371 de 2014 da Secretaria de Atenção à Saúde – Ministério da Saúde, que instituiu no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS as diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN), deve ser adotada também, dentre outras práticas para o RN a termo com ritmo respiratório normal, tônus normal e sem líquido meconial:

- assegurar o contato pele-a-pele imediato e contínuo, colocando o RN sobre o abdômen ou tórax da mãe de acordo com sua vontade, de bruços e cobri-lo com uma coberta seca e aquecida. Verificar a temperatura do ambiente que

deverá estar em torno de 26 graus para evitar a perda de calor;

- proceder ao clameamento do cordão umbilical, após cessadas suas pulsações (aproximadamente de 1 a 3 minutos), exceto em casos de mães isoimunizadas ou HIV HTLV positivas, nesses casos o clameamento deve ser imediato;

- estimular o aleitamento materno na primeira hora de vida, exceto em casos de mães HIV ou HTLV positivas;

- postergar os procedimentos de rotina do recém-nascido nessa primeira hora de vida. Entende-se como procedimentos de rotina: exame físico, pesagem e outras medidas antropométricas, profilaxia da oftalmia neonatal e vacinação, entre outros procedimentos.

**Está aí, colegas, um bom Procedimento de Apuração Preliminar - PAP a ser instaurado em cada Comarca visando humanizar o atendimento ao parto.** A propósito, visando auxiliar o trabalho daqueles legitimados que se propuserem a apurar o tema em suas respectivas Comarcas seguem modelos de:

- Portaria de instauração do PAP (**Anexo I**);

- Termos e Ofícios (**Anexo II**), aqui incluídos modelos de Termos úteis para os autos do PAP como também modelos de Ofícios ao Defensor Público-Geral comunicando a instauração do PAP e ao(à) Prefeito(a) requisitando informações;

- Modelo de Petição Inicial de Ação Civil Pública (**Anexo III**) especialmente elaborada para a questão do parto humanizado.

O NAE se coloca à disposição dos interessados, caso sintam necessidade, para orientar a condução do PAP, a realização de eventual Audiência Pública, bem como a própria propositura de Ação Civil Pública, se necessária.

Quanto à Audiência Pública é interessante analisar-se a importância de sua convocação, pois é instrumento apto para o diálogo com as autoridades da saúde pública local, profissionais e sociedade em geral quanto à temática aqui discutida. Como os colegas já sabem, a Audiência Pública pode ser convocada dentro ou fora de algum PAP e serve para o(a) Defensor(a) Público(a) sentir as necessidades, dificuldades e expectativas locais em torno do tema. Fora isso,



### BOLETIM INFORMATIVO PERIÓDICO n.º 2 (NOVEMBRO DE 2014)

há sempre a possibilidade de surgir do evento o interesse por parte da Administração Pública no sentido de, voluntariamente, adequar suas práticas através de um Termo de Ajustamento de Conduta.

Para algumas Comarcas (as maiores) poderá vir a ser instaurado outro PAP, desta vez para apurar o porquê de não haver no Município um Centro de Parto Normal. Digno de nota é o fato de que a União repassa verbas federais que cobrem 100% (cem por cento) do custeio para Centros de Parto Normal.

Conforme a Portaria n.º 2.351 de 2011 do Gabinete do Ministro – Ministério da Saúde os valores são de:

- R\$ 350.000,00 para construção do Centro de Parto Normal;
- R\$ 150.000,00 para aquisição de equipamentos e materiais para o Centro de Parto Normal;
- R\$ 80.000,00/mês para custeio do Centro de Parto Normal conforme padrão estabelecido pelo Ministério da Saúde (cinco quartos de pré-parto, parto e puerpério).

Para reforma de hospital público para implantação de um Centro de Parto Normal Intra-hospitalar (CPNi) a Portaria n.º 904 de 2011 do Gabinete do Ministro – Ministério da Saúde prevê que os valores podem chegar a:

- R\$ 270.000 para CPNi de cinco quartos PPP;
- R\$ 189.000,00 para CPNi de três quartos PPP;
- R\$ 165.000,00 para aquisição de equipamentos e materiais permanentes para CPNi de cinco quartos PPP;
- R\$ 100.000,00 para aquisição de equipamentos e materiais permanentes para CPNi de três quartos PPP;
- R\$ 80.000,00 para custeio mensal de CPNi de cinco quartos PPP;
- R\$ 50.000,00 para custeio mensal de CPNi de três quartos PPP.

Para fazer jus aos incentivos o CPNi de cinco quartos PPP deve manter uma média de 70 partos por mês; já o de três quartos PPP, 40 partos mês (daí o porquê desse outro PAP interessar somente às Comarcas maiores, pois as menores não atingirão essa média mensal de partos).

Quanto a isso o NAE já está estudando a legislação e o regramento do Sistema Único de Saúde para deflagrar posteriormente as medidas

cabíveis (compartilhando oportunamente os modelos aos interessados) visando compelir os Municípios que se enquadrem nas normas para a construção dos Centros de Parto Normal.

Vê-se, pois, que existe programa federal para a construção, equipagem e manutenção de Centros de Parto Normal.

Mas mesmo para os Municípios pequenos, que não têm tanta demanda de partos, ainda assim não ficam eximidos de implantarem ao menos as boas práticas para humanização do parto.

#### • **Legislação sobre Parto Humanizado**

A legislação básica abaixo referida pode ser consultada via *internet* através de qualquer *site* de busca e pode ser desenvolvida para fundamentar o direito ao parto humanizado:

- **Constituição Federal:** art. 1.º, III; art. 5.º, *caput*, c/c II, III, XIII (este para o acesso da doula), XXXV; art. 6.º; art. 134, *caput*; art. 196.

- **Código Civil:** art. 2.º; art. 15.

- **Lei n.º 8.069/90 (ECA):** art. 7.º; art. 70.

- **Lei n.º 8.078/90<sup>(12)</sup> (CDC):** art. 6.º, I, III; art. 8.º; art. 39, IV.

- **Lei n.º 8.080/90 (SUS):** art. 2.º, § 1.º; art. 7.º, III e V; art. 19-J.

- **Lei n.º 11.634/2007:** dispõe sobre o direito da gestante saber previamente qual maternidade está vinculada para lhe prestar assistência no âmbito do SUS.

- **Portaria n.º 569 de 2000 do Gabinete do Ministro – Ministério da Saúde** (Programa de humanização do pré-natal e nascimento): art. 2.º.

- **Portaria n.º 1.820 de 2009 do Gabinete do Ministro – Ministério da Saúde** (direitos e deveres dos usuários do SUS): art. 3.º; art. 4.º; art. 5.º, V (**OBSERVAÇÃO:** Esta Portaria traz

<sup>12</sup> Aplica-se no caso de operadoras de planos privados de assistência à saúde.



### BOLETIM INFORMATIVO PERIÓDICO n.º 2 (NOVEMBRO DE 2014)

importantes direitos e seu conhecimento é necessário por parte de todos quantos atuem na temática saúde pública em geral).

- **Portaria n.º 1.459 de 2011 do Gabinete do Ministro – Ministério da Saúde** (Rede Cegonha): art. 4.º, III; art. 7.º, II;

- **Portaria n.º 904 de 2013 do Gabinete do Ministro – Ministério da Saúde** (diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal).

- **Portaria n.º 371 de 2014 da Secretaria de Atenção à Saúde – Ministério da Saúde** (diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido): art. 4.º.

- **Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA n.º 36 de 2008** (Regulamento Técnico para funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica Neonatal):

- **Resolução n.º 1.931 de 2009 do Conselho Federal de Medicina** (Código de Ética Médica): artigos 14, 22, 24 e 31.

#### LEIS & JULGADOS SOBRE OUTROS TEMAS

1) Segue como **Anexo IV** Projeto de Lei encaminhado pelo Governador do Estado à Assembleia Legislativa tendo por objeto nova redação à alínea “e” do inciso I do art. 8.º da Lei n.º 3.808/2009 a fim de aumentar (dos atuais 24 anos) para 30 anos, 11 meses e 29 dias a idade limite para inscrição dos candidatos no Curso de Formação das Carreiras de Oficiais e Praças da Polícia Militar e do Corpo de Bombeiros Militar do Estado.

Referido Projeto de Lei recebeu o n.º 00157/2014 e desde 21/10/2014 está com o Deputado Cabo Almi, Relator da matéria na Comissão de Constituição, Justiça e Redação.

Esse Projeto de Lei de iniciativa do Poder Judiciário é aqui mencionado dado seu caráter emblemático.

Foram incontáveis os feitos interpostos pelos Defensores Públicos de Primeira Instância e os acompanhados pelos Defensores Públicos de Segunda Instância, inclusive em muitos deles com posterior interposição de recursos aos Tribunais Superiores, na defesa do direito de candidatos impedidos de prosseguir em Concursos de Admissão à Polícia Militar e ao Corpo de Bombeiros Militar em decorrência da idade limite.

Dia 24/10/2014, por exemplo, foi divulgado no *site* da Defensoria Pública de Mato Grosso do Sul mais um caso desse tipo<sup>(13)</sup>. Dessa vez a pessoa lesada foi atendida pela Defensora Pública (de Primeira Instância) LÍDIA HELENA DA SILVA, da Comarca de Corumbá, que impetrou Mandado de Segurança (autuado no TJMS sob código 1406863-89.2014.8.12.0000), cuja tramitação posterior foi acompanhada no Tribunal de Justiça pela Defensora Pública (de Segunda Instância) OLGA LEMOS CARDOSO DE MARCO.

Sem dúvida alguma a atuação aguerrida e reiterada dos membros da Defensoria Pública Estadual em inúmeros casos, como bem ilustra o acima mencionado, muito contribuiu para sensibilizar o Poder Executivo a finalmente enviar o referido Projeto de Lei.

2) Para os colegas que atuam na área da Execução Penal segue como **Anexo V** uma edição da série “Jurisprudência em Teses” consolidando o atual entendimento do STJ sobre “Falta Grave em Execução Penal”, inclusive com os respectivos precedentes que levaram à elaboração dos tópicos lá destacados.

<sup>13</sup> Disponível em

[http://www.defensoria.ms.gov.br/index.php?templat=vis&site=182&id\\_comp=2073&id\\_reg=282916&voltar=home&site\\_reg=182&id\\_comp\\_orig=2073](http://www.defensoria.ms.gov.br/index.php?templat=vis&site=182&id_comp=2073&id_reg=282916&voltar=home&site_reg=182&id_comp_orig=2073), acessado em 31/10/2014.