

Norma visa incentivar parto normal na rede suplementar de saúde, sob a perspectiva de uma política pública de redução de riscos à mulher e ao bebê.

Por Valéria Sousa (\*)

Recentemente foi publicada a [Resolução Normativa nº 368/2015](#) pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar<sup>1</sup>, autarquia vinculada ao Ministério da Saúde responsável pela gestão da Saúde Suplementar.

Esta resolução era esperada há muito tempo e é resultado de uma Ação Civil Pública movida pelo Ministério Público Federal, em curso na 24<sup>a</sup>. Vara Cível Federal de São Paulo, ajuizada em face do excessivo número de cirurgias cesarianas na rede suplementar: quase 85% (oitenta e cinco por cento) dos nascimentos é feito por cirurgia no setor<sup>2</sup>.

A ACP, por sua vez, foi motivada por uma denúncia das próprias mulheres e usuárias dos planos de saúde, que se organizaram em rede no movimento social “Parto do Princípio”, trazendo em comum a narrativa de terem realizado o pré-natal com a intenção de ter um parto normal, mas os desfechos foram cirúrgicos por determinação exclusivamente médica, contra a sua vontade e muitas vezes com justificativas questionáveis sob o ponto de vista clínico.

Esta situação foi confirmada na pesquisa “Trajetória das mulheres pela definição pelo parto cesáreo”, conduzida pela Fundação Oswaldo Cruz em 2008, que constatou que 70% (setenta por cento) das mulheres tinha preferência pelo parto normal, mas 90% (noventa por cento) delas tiveram seus filhos por cesariana<sup>3</sup> - 92% (noventa e dois por cento) por procedimento antes do trabalho de parto.

Dados do Ministério da Saúde indicam que as cirurgias cesarianas causam 3 (três) vezes mais risco de morte para a mãe e 120 (cento e vinte) vezes mais chances do bebê nascer com complicações respiratórias<sup>4</sup>, além de estudos indicarem maiores chances da criança desenvolver a longo prazo asma, alergias e doenças autoimunes tais como a diabetes tipo 1 (20%) e Doença de Crohn.

A cesariana também aumenta o risco de prematuridade dos bebês nos casos da cirurgia ser feita sem real indicação clínica – o que aumenta também o risco de morte da criança, pois cerca de 25% (vinte e cinco por cento) dos óbitos neonatais são causados pela prematuridade<sup>4</sup>.

A situação é grave. A relação entre a mortalidade materna/neonatal e o alto número de cirurgias foi reconhecida no Relatório 2014 da PMCH – Partnership for Maternal, Newborn and Child Health (Parceria para Saúde Materna, Neonatal e Infantil da Organização Mundial de Saúde<sup>5</sup>, e vem sendo estudada por conta do impacto nos índices de mortalidade materna, que no Brasil atingem o patamar de 69 (sessenta e nove) mulheres a cada 100.000 nascidos vivos atualmente (a Organização Mundial de Saúde considera ALTA a taxa a partir de 50/100.000)<sup>6</sup>.

Desde o ano 2000 o Brasil vem implantando uma política pública de atenção à saúde das mulheres focada em diminuir a mortalidade materna e neonatal, considerando as conclusões do Relatório da CPI da Mortalidade Materna<sup>7</sup> instaurada naquele ano, onde se apurou que 68% (sessenta e oito por cento) da mortalidade materna ocorre durante os partos e que em 98% (NOVENTA E OITO POR CENTO) DOS CASOS AS MORTES SÃO EVITÁVEIS.

Porém, atualmente, com o elevadíssimo índice de nascimentos cirúrgicos na rede suplementar, e 56% (cinquenta e seis por cento) na média nacional, verificamos há grande resistência do setor de saúde para efetivar as políticas públicas de incentivo ao parto normal e que as mulheres não estão sendo informadas dos riscos associados ao parto cirúrgico, o que expõe mulheres e bebês a riscos desnecessários cujas consequências são arcadas isoladamente pelas mulheres.

A não efetividade desta importante política pública de proteção à maternidade implica em grave violação de direitos humanos. Destacar uma parcela da população (gestantes) que vem sendo impedida de receber seu direito à saúde no mais elevado nível disponível e livre de riscos de morte desnecessários (direito previsto no artigo 12 do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1966, ratificado pelo Brasil de 1992)<sup>8</sup>, significa atribuir um tratamento discriminatório às mulheres, o que, por sua vez, constitui violação à Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher de 1979 (CEDAW), ratificada integralmente pelo Brasil em 2002<sup>9</sup>.

Considerar honestamente os riscos do procedimento cirúrgico como via de parto é uma questão de saúde pública que, na verdade, está harmonizada com todos os preceitos legais atinentes ao direito à saúde e fundamentado no preceito constitucional constante do art. 196:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Esta premissa é repetida na lei da Saúde (8.080/90), que dispõe sobre o dever do Estado em implementar políticas de redução de riscos, de alcance universal e igualitário.

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Nesse sentido, o estímulo ao parto normal enquanto política nacional de redução de riscos à mulher e ao bebê deve ser dar na rede pública e também na rede privada de atenção à saúde. E no âmbito da Saúde Suplementar, o estímulo ao parto normal é expressamente um princípio balizador do setor. A resolução 338/13 da ANS determina expressamente que:

Art. 3º A atenção à saúde na saúde suplementar deverá observar os seguintes princípios:

I - atenção multiprofissional;

II - integralidade das ações respeitando a segmentação contratada;

III - incorporação de ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, bem como de estímulo ao parto normal;

IV - uso da epidemiologia para monitoramento da qualidade das ações e gestão em saúde; e

Não à toa o Ministério da Saúde fala em “epidemia de cesarianas” na rede suplementar, já que este é um princípio de atuação para analisar resultados e determinar condutas de saúde.

Especialmente, ressaltamos que existe vedação aos médicos de realizarem cirurgias cesarianas eletivas, antes do início do trabalho de parto e sem necessidade terapêutica comprovada, que resultem em nascimentos prematuros, constante do decreto 10.931/32 - vigente atualmente e que foi revigorado pelo decreto de 12/07/91:

Art. 16 É vedado ao médico:

f) dar-se a práticas que tenham por fim impedir a concepção ou interromper a gestação, só sendo

admitida a provocação do aborto e o parto prematuro, uma vez verificada, por junta médica, sua necessidade terapêutica;

O estímulo ao parto normal é diretriz terapêutica do Ministério da Saúde e medida de efetivação dos direitos humanos fundamentais das mulheres, consolidada no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal de 2004<sup>10</sup>. Gerado pelo Ministério da Saúde, este documento tem força vinculante em todo o âmbito da Saúde, pública e particular, de acordo com o art. 19-Q da lei 8.080/90.

Fruto da diretriz terapêutica de estímulo ao parto normal, houve os posteriores desdobramentos que se consolidaram na criação da Atenção Humanizada ao Parto e Nascimento como política nacional de redução da mortalidade materna/neonatal definida na Portaria 1.067/05 do Ministério da Saúde<sup>11</sup>, bem como na criação da Lei do Acompanhante no Parto (lei 11.108/05) e na lei de Vinculação da gestante à maternidade (11.634/07).

Como política nacional, a atenção humanizada ao parto e nascimento pressupõe que a mulher e a criança são sujeitos de direitos, detentores de direitos humanos fundamentais tais como dignidade da pessoa humana, integridade física e atenção qualificada e eficiente à saúde. Nesse sentido, a política de humanização determina que as condutas médicas sejam decididas em conjunto pela mulher e equipe de saúde:

A Atenção Obstétrica e Neonatal, prestada pelos serviços de saúde deve ter como características essenciais a qualidade e a humanização. É dever dos serviços e profissionais de saúde acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido, enfocando-os como sujeitos de direitos. (...)

A atenção com qualidade e humanizada depende da provisão dos recursos necessários, da organização de rotinas com procedimentos comprovadamente benéficos, evitando-se intervenções desnecessárias e do estabelecimento de relações baseadas em princípios éticos, garantindo-se a privacidade, a autonomia e compartilhando-se com a mulher e sua família as decisões sobre as condutas a serem adotadas.

Determinar que a decisão sobre os procedimentos seja compartilhada, além de garantir a efetividade dos direitos humanos fundamentais da mulher e do bebê, reitera outras disposições legais que condicionam os procedimentos ao consentimento livre e informado do paciente, como encontramos:

a) No Código Civil, art. 15:

Art. 15. Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica.

b) E no Código de Ética Médica, arts. 22 a 24 e 31:

Art. 22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 23. Tratar o ser humano sem civilidade ou consideração, desrespeitar sua dignidade ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto.

Art. 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

É vedado ao médico:

Art. 31. Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente

sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

Ou seja, a escolha da via de parto não é uma escolha exclusivamente do médico. Toda e qualquer conduta adotada no corpo da mulher deve ser expressamente autorizada por ela após ter recebido do profissional as informações claras e adequadas sobre os benefícios e os riscos de cada procedimento.

Lembramos ainda que na saúde suplementar, onde a usuária é consumidora do plano de saúde, vigora especialmente a exigência legal da escolha informada sobre os riscos para aquisição do serviço da cirurgia cesariana:

Art. 6º São direitos básicos do consumidor:

I - a proteção da vida, saúde e segurança contra os riscos provocados por práticas no fornecimento de produtos e serviços considerados perigosos ou nocivos;

II - a educação e divulgação sobre o consumo adequado dos produtos e

III - a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade, tributos incidentes e preço, bem como sobre os riscos que apresentem;

Neste aspecto, acertada a resolução 368/15 da ANS que ao instituir a obrigatoriedade do percentual de cesarianas do profissional e do estabelecimento, permite à usuária do plano escolher um profissional que pratique a conduta que estiver mais de acordo com as convicções da mulher, evitando, por exemplo, que uma mulher que deseje o parto normal seja atendida por um profissional com taxa de 100% de nascimentos cirúrgicos.

Igualmente acertadas as determinações sobre o Cartão da Gestante e, especialmente, a Carta de Informação à Gestante, que são instrumentos preciosos de empoderamento da mulher quanto aos seus direitos sexuais e reprodutivos, na atual concepção destes como direitos humanos fundamentais das mulheres constante na Declaração de Pequim 1995, que considera o empoderamento feminino uma ferramenta chave para atingimento das metas do milênio.

Sobre o partograma, que é um documento gráfico que registra a evolução do trabalho de parto, este é um instrumento que permite avaliar se a escolha do procedimento cirúrgico tem justificativa clínica. Apesar de instituído em âmbito público e particular pela RDC 36/08 da Anvisa, este importante documento não vinha sendo utilizado corretamente, o que motivou a elaboração desta política do Ministério da Saúde/ANS, de ordem econômica, que condiciona o pagamento do procedimento ao preenchimento do partograma.

Como política pública, a nova resolução é uma medida de redução de riscos muito benvinda, uma vez que o partograma, por só poder ser preenchido durante o trabalho de parto, visa reduzir o risco de prematuridade dos bebês nascidos de procedimento cirúrgico eletivo - fora do trabalho de parto e com alta taxa de mortalidade.

Vale lembrar que a Resolução NÃO IMPDE A REALIZAÇÃO DE CESARIANA A PEDIDO DA MÃE, que continua com seu direito de solicitar junto ao seu médico o procedimento eletivo.

Nesses casos, a SOGESP (Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia de São Paulo) recomenda que a mulher assine um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido<sup>12</sup> onde se declare ciente dos riscos à ela e a seu bebê associados à cirurgia. Porém, o plano de saúde não vai custear o procedimento, que deve ser pago particular - a exemplo do que já ocorre com as demais cirurgias eletivas como é o caso das cirurgias plásticas.

Já a FEBRASGO (Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia) recomenda que as gestantes elaborem durante o pré-natal o seu Plano de Parto, um documento feito por escrito contendo as principais escolhas da mulher para o seu parto<sup>13</sup>.

O Plano de Parto já é uma realidade no município de São Paulo e foi instituído pela lei municipal 15.894/14.

A recomendação da FEBRASGO depende apenas da sanção do Governador para ser estendida a todas as gestantes do território paulista, tendo em vista a recente aprovação na Assembleia Legislativa de São Paulo, por unanimidade, do PL 712/13 de autoria do Dep. Carlos Bezerra<sup>14</sup>, propondo tanto o Plano de Parto para formação do consentimento da gestante como também consagrando o direito da mulher à receber adequada anestesia no parto normal.

De âmbito nacional, destacamos por fim a iniciativa do PL 7.633/14 proposto pelo Dep. Jean Wyllys que sensibilizou-se com esta importante questão feminina e elaborou em parceria com a Associação Artemis o texto do PL que garante a assistência humanizada às mulheres no parto, elevando à categoria de lei as políticas públicas de saúde já existentes, prevendo especialmente medidas como Plano de Parto, direito à anestesia no parto normal e proteção da mulher e da criança contra a violência obstétrica<sup>15</sup>.

---

## **Referências**

- 1 - Resolução 368/2015 ANS
- 2 - Percentual de partos cirúrgicos na saúde suplementar
- 3 - Pesquisa FioCruz Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo
- 4 - Riscos da Cesariana divulgados pelo Ministério da Saúde
- 5 - Relatório OMS - PMNCH 2014 sobre o Brasil
- 6 - Pesquisa FioCruz Nascer no Brasil
- 7 - Relatório Final da CPI da Mortalidade Materna de Agosto/2001
- 8 - Promulgação do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais
- 9 - Promulgação do Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher de 1979
- 10 - Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal
- 11 - Portaria 1.067/2005 do Ministério da Saúde
- 12 - Parecer SOGESP
- 13 - Parecer FEBRASGO
- 14 - Projeto de Lei Estadual (SP) do Dep. Carlos Bezerra
- 15 - Projeto de Lei Federal do Dep. Jean Wyllys.

(\*) **Valéria Sousa** é advogada e coordenadora do Legal Advocacy na Associação ARTEMIS - ONG que trabalha pela erradicação da Violência contra a Mulher.

**Fonte:** [Migalhas](#), em 28.01.2015.