



Rede pela Humanização do Parto e Nascimento - ReHuNa

CNPJ: 04.813.786/0001-17

SHCN CL 113, Bl "B", sala 106, Brasília-DF - CEP: 70.763-020

(55)(61) 3964 6010 - (61) 984559 3951

e-mail: sec.rehuna@gmail.com

PARECER TÉCNICO REHUNA Nº 6/ 2023

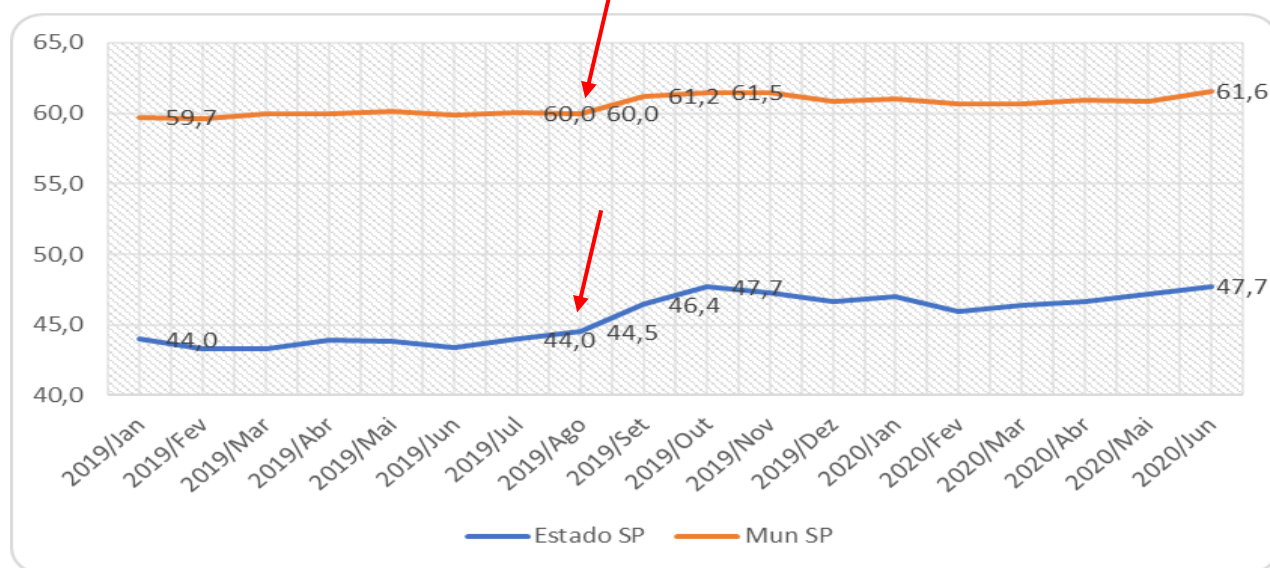
ASSUNTO: PLS nº 3.947/2019

INTRODUÇÃO

No primeiro semestre de 2019, a deputada estadual Janaína Paschoal protocolou o Projeto de Lei (PL) nº 435, em cuja ementa constava: “Garante à gestante a possibilidade de optar pelo parto cesariano, a partir da trigésima nona semana de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal”. Esse protocolamento veio acompanhado de pedido de tramitação em regime de urgência.

Um integrante do Colegiado da ReHuNa, o médico obstetra Bráulio Zorzella, acompanhado da presidente da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Estado de São Paulo (Sogesp), a médica obstetra Rossana Pulcineli Francisco, agendaram uma conversa com a deputada, para lhe explicar as implicações dessa iniciativa, sem que conseguissem qualquer mudança. A presidente da ReHuNa, a médica epidemiologista Daphne Rattner, foi convidada pela deputada estadual Beth Sahão e fez uma palestra na audiência pública realizada na Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo sobre esse PL, em 19 de junho desse ano, em cuja mesa estavam a deputada Beth Sahão, a deputada Professora Bebel, a deputada Márcia Lia, a deputada Janaína Paschoal, a deputada Érika Malunguinho e a ex-ministra Eleonora Menicucci. Após a palestra, várias entidades se manifestaram, majoritariamente propondo a interrupção da tramitação. Apesar de todas as articulações, o regime de urgência foi aprovado em 14 de agosto, após o recesso de julho. O PL nº 435 foi aprovado em 22 de agosto e encaminhado ao governador do estado, João Dória. Em 23/08/2019 era sancionado como Lei nº 17.137/2019. Um dos efeitos imediatos dessa lei foi o crescimento da proporção de nascimentos vivos por cesárea, como se pode ver no gráfico abaixo.

Gráfico 1. Série história das proporções de nascimentos vivos por cirurgia cesariana no Sistema Único de Saúde. Estado de São Paulo e Capital, janeiro de 2019 a junho de 2020.



Fonte: SIH/ Ministério da Saúde



Rede pela Humanização do Parto e Nascimento - ReHuNa

CNPJ: 04.813.786/0001-17

SHCN CL 113, Bl "B", sala 106, Brasília-DF - CEP: 70.763-020

(55)(61) 3964 6010 - (61) 984559 3951

e-mail: sec.rehuna@gmail.com

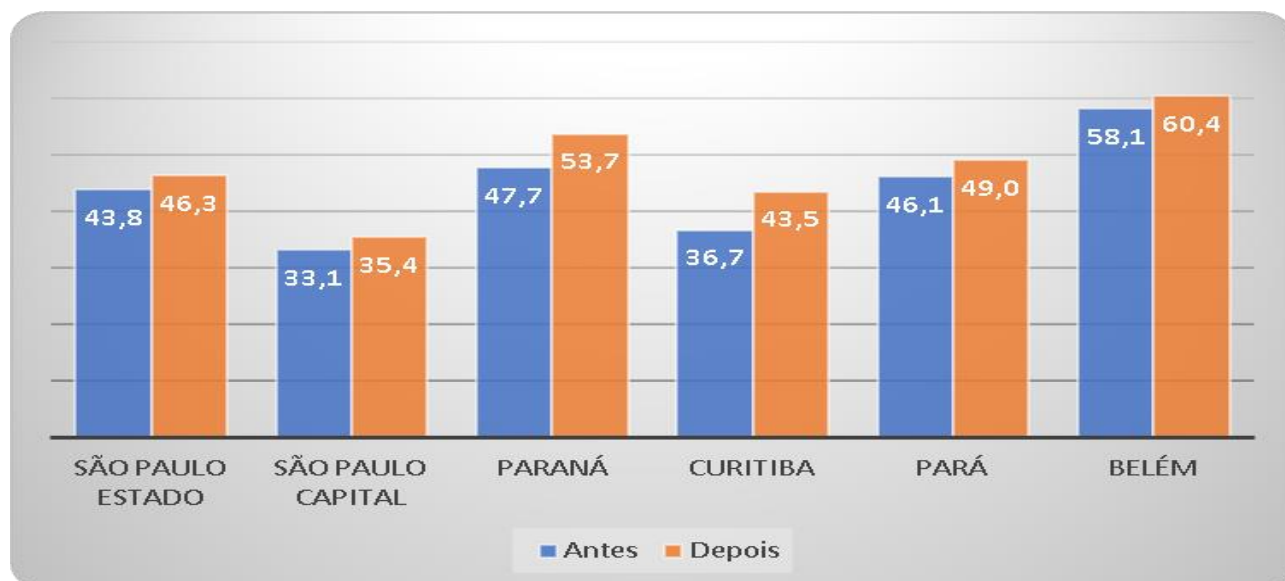
O Deputado Campos Machado ingressou com Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN) e o processo foi julgado inconstitucional por unanimidade no estado de São Paulo, em 02/07/2020. Todavia, o estado de São Paulo apelou e o processo chegou ao Supremo Tribunal Federal (STF), onde houve reversão dessa decisão em 24/08/2021.

Chegou ao conhecimento da ReHuNa que PLs similares estavam tramitando em alguns estados. Também foram apresentados **PLs na Câmara Federal** pelas deputadas Carla Zambelli (SP), Alê Silva (MG) e pelo deputado Filipe Barros (PR). **No Senado Federal**, o PL foi apresentado pelo senador Sérgio Petecão (AC).

Em 03/09/2019 foi realizada audiência pública na Câmara Federal sobre os PLs de cesárea que nela tramitavam, proposta pelo deputado federal Alexandre Padilha, em que foram convidadas a se manifestar as seguintes entidades, além da ReHuNa: Conselho Federal de Medicina; Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas do Ministério da Saúde; Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos; Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo; e outros.

Nessa audiência pública, alguns deputados se manifestaram e relataram que em seus estados também estavam tramitando PLs semelhantes. Um levantamento realizado pela ReHuNa identificou que os textos são muito semelhantes ao PL elaborado pela deputada Janaína Paschoal. A ReHuNa vem acompanhando a tramitação nos estados e ativistas têm proposto atividades de esclarecimento a deputados, petições, denúncias. Até o presente, foram sancionadas, além da lei do estado de São Paulo, as leis nº 20.127, de 15/01/2020, no estado do Paraná que altera a lei nº 19.701/2018; e nº 9.016 de 30/01/2020 no estado do Pará. Os efeitos imediatos, a exemplo do que ocorreu no estado de São Paulo, foram aumentos entre 3 e 5% na proporção de nascimentos vivos por cesariana nesses estados. No estado do Paraná, em 30 de junho de 2022, o decreto nº 11.570 do governador Carlos Massa Ratinho regulamentou a lei nº 20.127. O Gráfico 2 mostra os efeitos imediatos dessas leis nas proporções de nascimentos vivos por cesariana.

Gráfico 2. Proporções de nascimentos vivos por cirurgia cesariana no Sistema Único de Saúde antes e depois das leis. Estados de São Paulo, Paraná e Pará e respectivas capitais. Janeiro de 2019 a dezembro de 2021.





Rede pela Humanização do Parto e Nascimento - ReHuNa

CNPJ: 04.813.786/0001-17

SHCN CL 113, Bl "B", sala 106, Brasília-DF - CEP: 70.763-020

(55)(61) 3964 6010 - (61) 984559 3951

e-mail: sec.rehuna@gmail.com

O Quadro 1 traz informações atualizadas sobre os projetos de lei e leis referentes ao tema que foram identificados pela ReHuNa.

Quadro I. Projetos de lei de cesárea em diferentes casas legislativas do Brasil.

Região	
Norte	Pará, Rondônia, Amapá, Roraima, Acre
Nordeste	Bahia, Pernambuco, Ceará, Paraíba, Alagoas, Piauí
Sudeste	São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Espírito Santo
Sul	Paraná*, Santa Catarina
Centro-Oeste	Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Distrito Federal
NÍVEL FEDERAL	
Câmara	Carla Zambeli (PL-SP), Alê Silva (Republicanos- MG), Filipe Barros (PL – PR)
Senado	Sérgio Petecão (PSD – AC)

Notas: * = Decreto nº 11570/2022 do governador regulamentou a lei. Não localizamos PL em: Sergipe, Rio Grande do Norte, Maranhão, Amazonas, Tocantins, Rio Grande do Sul. Em **negrito**, estados onde a lei foi aprovada.

Para subsidiar as discussões referentes a essas Leis e Projetos de Lei, e visando orientar o parecer a ser elaborado para a movimentação do projeto de lei tramitando no Senado Federal, foi elaborado o presente Parecer Técnico.

SUMÁRIO EXECUTIVO

O presente parecer inicia com referências às diretrizes nacionais, emanadas do Ministério da Saúde, e internacionais, com as recomendações da Organização Mundial de Saúde. Apresenta de forma resumida e didática as principais consequências associadas à realização de forma eletiva de cirurgias cesarianas, tanto para a mulher, como para seu conceito. Agrega informações de custos para o sistema de saúde, que são arcados por toda a sociedade. Traz informações da tendência ascendente de nascimentos pela via cirúrgica no país. Traz algumas considerações adicionais, relacionadas à questão da cesárea por escolha. Finaliza concluindo que:

Desde 2000, as proporções de nascimentos pela via cirúrgica no Brasil estão muito acima do valor recomendado. São necessárias medidas urgentes para redirecionar a prática da Obstetrícia para que siga as recomendações do Ministério da Saúde e dos organismos internacionais. Essas leis e projetos de lei vão na contramão dessas recomendações e são um atentado à saúde das mulheres e de seus conceitos, que necessitam ter uma boa assistência, tanto durante a gestação, como no parto/nascimento e no puerpério e primeiros anos de vida.



Rede pela Humanização do Parto e Nascimento - ReHuNa

CNPJ: 04.813.786/0001-17

SHCN CL 113, Bl "B", sala 106, Brasília-DF - CEP: 70.763-020

(55)(61) 3964 6010 - (61) 984559 3951

e-mail: sec.rehuna@gmail.com

PARECER TÉCNICO

Preliminarmente, cabem alguns comentários. No que tange à oferta de opção por cesarianas, esses projetos de lei contrastam frontalmente com documento da Organização Mundial de Saúde (OMS), intitulado “Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas” (2015), disponível em português no link

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=AE0AA5A440517B83D15E2BAC85DCDDDB?sequence=3

Segue o texto do Resumo Executivo dessa Declaração (**grifos nossos**):

Desde 1985, a comunidade médica internacional considera que a taxa ideal de cesárea seria entre 10% e 15%. Porém as cesáreas vêm se tornando cada vez mais frequentes tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento. Quando realizadas por motivos médicos, as cesarianas podem reduzir a mortalidade e morbidade materna e perinatal. Porém **não existem evidências de que fazer cesáreas em mulheres ou bebês que não necessitem dessa cirurgia traga benefícios**. Assim como qualquer cirurgia, **uma cesárea acarreta riscos imediatos e a longo prazo**. Esses riscos podem se estender muitos anos depois de o parto ter ocorrido e afetar a saúde da mulher e do seu filho, podendo também comprometer futuras gestações. Esses riscos são maiores em mulheres com acesso limitado a cuidados obstétricos adequados. Nos últimos anos, governos e profissionais de saúde têm manifestado crescente preocupação com o aumento no número de partos cesáreos e suas possíveis consequências negativas sobre a saúde materna e infantil. Além disso, a comunidade internacional aponta para a necessidade de reavaliar a recomendação de 1985 sobre a taxa de cesáreas. (**grifos nossos**)

Portanto, considerando recomendações internacionais, cesarianas são procedimentos cirúrgicos com riscos e, conseqüentemente, suas indicações devem ser bem ponderadas, levando em conta os riscos e benefícios para a mulher e seu bebê.

Saliente-se também a existência de publicações do Ministério da Saúde que orientam a adoção dos procedimentos ‘parto vaginal’ e ‘cesariana’ no país, quais sejam:

- a) Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, disponíveis no link http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf
- b) Diretrizes de Atenção à Gestante: a Operação Cesariana, disponíveis no link: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDTCesariana_CP.pdf

Neste Parecer Técnico serão abordados resumidamente dados epidemiológicos referentes ao procedimento cirúrgico eletivo – cesariana a pedido.



Rede pela Humanização do Parto e Nascimento - ReHuNa

CNPJ: 04.813.786/0001-17

SHCN CL 113, Bl "B", sala 106, Brasília-DF - CEP: 70.763-020

(55)(61) 3964 6010 - (61) 984559 3951

e-mail: sec.rehuna@gmail.com

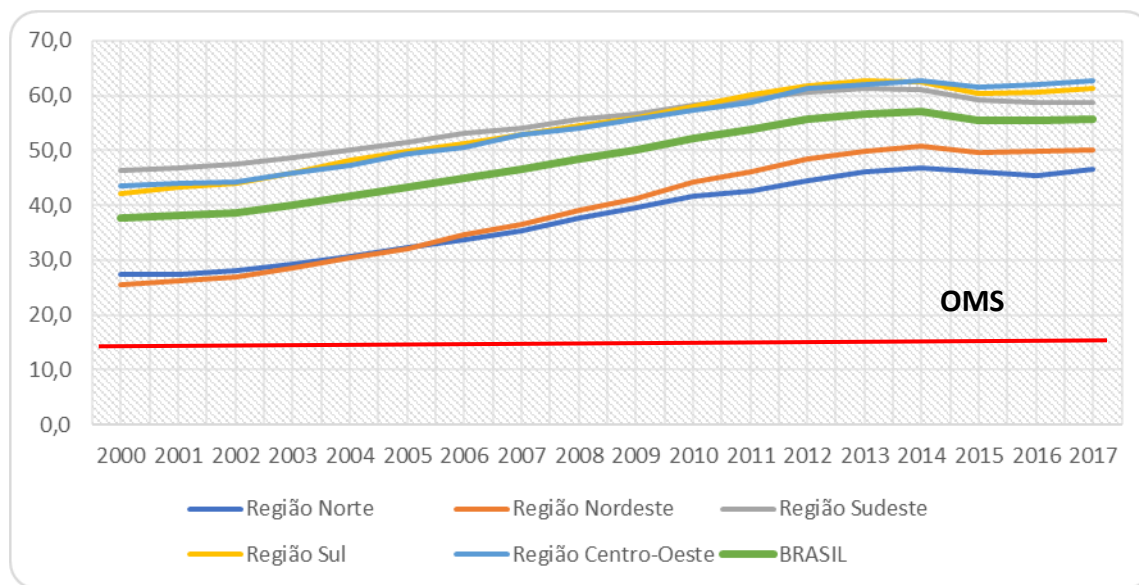
SÍNTESE DE INFORMAÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS

Cesariana, como todo procedimento cirúrgico, não é inócua, tem seus riscos. Como citado no documento da OMS, há consequências, seja para a mulher, seja para o bebê, seja para a instituição, seja para a sociedade. A seguir serão apresentadas algumas informações sobre essas consequências.

1. Sobre cesarianas e suas taxas

No Brasil, o comportamento das taxas de cesárea tem tido curva ascensional, como pode ser visto na figura abaixo. Em 2000, a taxa nacional era 37,8%, em 2009 ultrapassou 50%, em 2014 chegou a 57%, alcançando 57,2% em 2020, após pequena redução em 2015.

Gráfico 3. Série histórica de taxas de cesárea (%). Brasil e regiões, 2000 a 2017



Fonte: Sinasc/DATASUS/Ministério da Saúde

Com relação à adequação de taxas, a OMS publicou artigo em 1985 em que mencionava (OMS, 1985): “**Não há justificativa para que qualquer região tenha uma taxa acima de 10-15%.**” Ademais, o Global Survey, estudo multicêntrico conduzido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que contemplou 290.610 nascimentos (15.129 do Brasil), mostrou que há um risco seis vezes maior de complicações graves associadas à cesariana e, quando esta é realizada sem indicação clínica, o procedimento apresenta apenas os riscos, sem seus benefícios. Entre essas complicações, destacam-se risco de **morte, admissão em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), necessidade de transfusão e necessidade de realização de histerectomia (retirada do útero durante o nascimento, por complicações infecciosas ou hemorrágicas).**



Rede pela Humanização do Parto e Nascimento - ReHuNa

CNPJ: 04.813.786/0001-17

SHCN CL 113, Bl "B", sala 106, Brasília-DF - CEP: 70.763-020

(55)(61) 3964 6010 - (61) 984559 3951

e-mail: sec.rehuna@gmail.com

Todos esses desfechos foram mais frequentes após a realização de cesarianas (SOUZA *et al.*, 2010). Outro estudo mais recente referendou que taxas de cesarianas maiores que 10%-15% aumentam complicações maternas e perinatais, sem benefícios clínicos, **também em populações de alta renda** e, portanto, com baixa vulnerabilidade sociocultural (YE *et al.*, 2014).

Seguem alguns exemplos de potenciais consequências da cesariana, seja para a mulher, seja para o bebê, para a instituição ou para a sociedade.

2. Potenciais complicações para a mulher

Quadro 2. Potenciais complicações da cirurgia cesariana para a mulher

Complicação	Observações
Reação indesejável à anestesia	Pode ocorrer em qualquer cirurgia. Se não há indicação precisa para o procedimento cirúrgico, a anestesia acrescenta riscos, sem benefícios.
Lacerações acidentais	Podem ocorrer lacerações de útero, bexiga, artéria, veias, feto etc. Dependem da perícia do cirurgião
Hemorragias	As perdas sanguíneas numa cesariana podem ser de um litro ou mais de sangue, enquanto que no parto normal são cerca de 300 a 500 ml. O sangramento excessivo é a principal causa de óbito materno no mundo.
Íleo paralítico	Procedimentos cirúrgicos abdominais podem interferir com a peristalse, ou seja, com os movimentos intestinais, causando desconforto e distensão abdominal no pós-cirúrgico
Uso de medicamentos	É mais frequente após procedimentos cirúrgicos, seja para dor, prevenir infecção, ou tratamento de complicações.
Encaminhamento para UTI	Em decorrência das complicações. Por exemplo, se a hemorragia é severa, pode levar a choque hipovolêmico.

O quadro 1 acima é um compilado de resultados de vários artigos. Um artigo do American College of Obstetricians and Gynecologists (2014), sintetizou achados comparativos entre partos vaginais e cirúrgicos, disponíveis na tabela 1, abaixo.



Rede pela Humanização do Parto e Nascimento - ReHuNa

CNPJ: 04.813.786/0001-17

SHCN CL 113, Bl "B", sala 106, Brasília-DF - CEP: 70.763-020

(55)(61) 3964 6010 - (61) 984559 3951

e-mail: sec.rehuna@gmail.com

Tabela 1. Risco de efeitos adversos maternos por tipo de parto

Resultados maternos	Parto vaginal	Cesariana
Morbidade severa e mortalidade geral	0,9%	2,7%
Mortalidade materna	3,6/100.000 NV*	13,3/100.000 NV*
Embolia por líquido amniótico	3,3 a 7,7/100.000 partos	15,8/100.000 cesáreas
Laceração de 3º ou 4º grau	1,0 a 3,0%	Não se aplica
Anormalidades de placenta	Aumentam com cesariana prévia e o risco continua aumentando a cada nova cesariana	
Incontinência urinária	Sem diferença aos 2 anos	
Depressão pós-parto	Sem diferença aos 2 anos	

Nota: * NV = nascidos vivos

Portanto, cesarianas eletivas, ou seja, sem indicação, acarretam mortalidade mais de três vezes maior do que em partos vaginais. Há ainda **complicações em longo prazo, para futuras gestações**, como aderências cicatriciais, riscos de rotura uterina, acretismo placentário (implantação inadequada da placenta, que pode ter como consequência a histerectomia, ou seja, a retirada o útero, comprometendo permanentemente a fertilidade da mulher) e outras.

3. Sobre potenciais complicações para o recém-nascido

Quadro 3. Potenciais complicações da cesariana para o recém-nascido

Complicação	Observações
Lacerações acidentais	Segundo documento da ACOG, ocorrem entre 1,0 e 2,0% dos bebês.
Síndrome de desconforto ou angústia respiratória	Associada tanto a imaturidade pulmonar, quando a cesárea é realizada prematuramente, como ao fato de permanecer líquido amniótico nos pulmões pela não passagem pelo canal vaginal.
Prematuridade iatrogênica	Ocorre quando a cesariana é realizada antes de 39 semanas. Segundo estudos, a estimativa de maturidade fetal pela ultrassonografia pode ter erro de até 4 semanas. Daí a recomendação de apenas realizar cesárea eletiva (sem indicação clínica) quando a gestante entrar em trabalho de parto e após a gestação completar 39 semanas.
Não ocorrência do contato pele-a-pele	É menos frequente o contato pele-a-pele nos nascimentos por procedimento cirúrgico, uma vez que a cavidade abdominal ainda se encontra aberta. Esse contato é recomendado pela OMS, juntamente com a amamentação na primeira hora.



Rede pela Humanização do Parto e Nascimento - ReHuNa

CNPJ: 04.813.786/0001-17

SHCN CL 113, Bl "B", sala 106, Brasília-DF - CEP: 70.763-020

(55)(61) 3964 6010 - (61) 984559 3951

e-mail: sec.rehuna@gmail.com

Atraso na instalação da amamentação	Com vistas ao aumento da sobrevivência infantil, a OMS recomenda: corte oportuno do cordão umbilical, contato pele-a-pele e amamentação na primeira hora. Essa é chamada a de "a hora de ouro", por oportunizar o vínculo mãe-filho e pela descarga hormonal que não se repetirá em outras oportunidades. Contribui também para o sucesso da amamentação, que tem papel primordial na promoção de uma vida mais saudável para o bebê. Na cesariana, é menos frequente.
Doenças crônicas em longo prazo	Estudos recentes têm associado doenças como asma, obesidade, hipertensão arterial, diabetes e outras à não colonização do recém-nascido pela flora microbiana vaginal e da pele da mãe ao nascimento.

4. Consequências para o serviço e para o sistema de saúde

Procedimentos cirúrgicos implicam em utilização mais intensiva de recursos médico-hospitalares (profissionais médicos, de enfermagem, anestesia, equipamentos, limpeza da sala cirúrgica, medicamentos etc.), assim como demandam maior tempo de internação. Há ainda os custos decorrentes das complicações, difíceis de serem estimados. Há que ter em mente que, em estabelecimentos que atendem usuárias do sistema público de saúde, é frequente a carência de profissionais, assim como pode haver desabastecimento de medicamentos e outros insumos.

Em estudo realizado sob a responsabilidade da OMS, Gibbons *et al.* (2010) consideraram a sobreutilização da cesárea uma barreira para a cobertura universal, estimando um excesso anual de cerca de 6,2 milhões de cirurgias desnecessárias realizadas mundialmente, gerando um custo global de US\$ 2,32 bilhões de dólares.

Um estudo nacional (ENTRIGER *et al.*, 2018) identificou que o custo total para mulheres de risco habitual primíparas foi de R\$ 2.245,86 para a cesariana eletiva e R\$ 1.709,58 para o parto vaginal espontâneo. Portanto, a cesariana eletiva apresentou custo incremental de R\$ 536,28. Em 2019, as 1.604.189 cesarianas realizadas no Brasil representaram 56,3% do total de nascimentos vivos. Cada 1% desse total, portanto, são 16.042 procedimentos cirúrgicos no país. A supor que essa seja uma estimativa aplicável tanto para o sistema público como para o suplementar, **cada 1% do total de cesarianas que deixasse de ser realizada teria um impacto de economia de R\$ 8.603.003,76**. Como a taxa de cesáreas do Brasil foi de 57,2% em 2020 e a dados preliminares para 2022 apontam para taxa de 58.1%, pode-se estimar a economia ao reduzir os procedimentos cirúrgicos desnecessários, e como os poucos recursos da Saúde poderiam ter sido melhor aplicados: assumindo 20% como taxa possível, o excesso de 38% na taxa representa **R\$ 326.914.142,88** que estão sendo gastos desnecessariamente – e acarretando riscos para a população assistida. Salientando que, caso haja redução, essa seria a economia apenas com os procedimentos, sem considerar os gastos com as complicações e sequelas.

Destarte, o Brasil vem dispendendo importante soma cobrindo os gastos de procedimentos que, desde seu princípio, não deveriam ter sido realizados e que têm impacto na saúde das mulheres, seus bebês e, portanto, de suas famílias, assim como para serviços de saúde e para a sociedade em geral, que é quem custeia essa despesa.



Rede pela Humanização do Parto e Nascimento - ReHuNa

CNPJ: 04.813.786/0001-17

SHCN CL 113, Bl "B", sala 106, Brasília-DF - CEP: 70.763-020

(55)(61) 3964 6010 - (61) 984559 3951

e-mail: sec.rehuna@gmail.com

Todavia, não é esse o valor efetivamente pago pelo Sistema Único de Saúde (SUS) pois, como dizem os economistas da Saúde, custo é diferente de gasto. Independentemente desse fato, cesarianas sem indicação gerarão maiores despesas para o SUS, assim como para o setor de Saúde Suplementar.

CONSIDERAÇÕES ADICIONAIS¹

A cesárea é, indiscutivelmente, uma tecnologia importante para salvar vida de mulheres e bebês em situações em que o parto vaginal apresenta risco. É um direito da mulher, desde que tenha indicação para sua realização, e deve ser garantido o acesso oportuno para todas sempre que necessário.

Com o tempo, e pela forma como essa tecnologia foi incorporada às práticas médicas, passou a ser uma forma rotineira de nascer. Deixou de ser um procedimento utilizado excepcionalmente e passou a ser procedimento padrão de diversas maternidades, uma cirurgia que foi banalizada. Por diversas razões:

- **CONTROLE:** o parto vaginal envolve inúmeras variáveis não controláveis, pois depende de processos fisiológicos que variam de mulher para mulher, envolve aspectos culturais locais, e é influenciado pelo perfil dos profissionais envolvidos no momento da parturição. Por ter a mulher como protagonista, é um evento cujo tempo e dinâmica são imprevisíveis. Na cesárea, a equipe de saúde tem um controle maior do processo. Com a mulher anestesiada e muitas vezes sedada, o protagonismo é do médico que conduz a cirurgia. Pode ser agendada e em geral é um procedimento rápido, se comparado ao parto vaginal.
- **ESTIGMA DA DOR:** ao longo da história da obstetrícia moderna, a dor relacionada às contrações no trabalho de parto foi estigmatizada como sendo algo muito ruim. Somada às sequelas de violências sofridas no parto vaginal, a cesárea passou a ser “vendida” como a possibilidade de “parto sem dor”.
- **RENTABILIDADE:** pela forma de remuneração/custeio/financiamento dos procedimentos estabelecida para os serviços de saúde, a cirurgia cesariana, pelo nível de complexidade, afinal é um procedimento cirúrgico, é mais bem remunerada/custeadada/financiada, fazendo com que a relação custo/benefício para profissionais de saúde seja maior na cesárea (mais dinheiro em menos tempo) do que nos partos vaginais (menos dinheiro em mais tempo), especialmente na rede privada, onde se observa as maiores taxas de cesariana e o impacto direto do capitalismo na saúde das mulheres.

Desta relação espúria entre o mercado da saúde e o saber-poder de uma categoria de profissionais da saúde, nasce a construção de um inconsciente coletivo onde o parto vaginal é doloroso, onde a mulher que escolhe o parto vaginal é a louca que quer “parir que nem índia” ou colocar seu bebê em risco; onde a mulher quer saber mais que o médico. A pesquisa *Proporção de cesarianas segundo cor da pele e escolaridade materna nas diferentes regiões do Brasil: tendência temporal de 2007 a 2016*, encontrou as mesmas justificativas ao analisar a crescente de cesarianas no país:

Tal escolha pode estar relacionada ao fato de esse perfil de mulheres acreditar que a cesariana é mais segura, mais conveniente e menos dolorosa do que o parto vaginal e que a melhor qualidade da assistência ao parto estaria associada ao maior uso de tecnologias. Além disso, mulheres com mais escolaridade teriam, de uma forma geral, maior conhecimento e poder para solicitar um parto operatório, quando

¹ Seção extraída e adaptada de: TEODORO I. Causa mortis: Racismo - violência obstétrica e dispositivo de racialidade na morte materna evitável brasileira. Dissertação de mestrado apresentada no Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos da Universidade de Brasília, 2023.



Rede pela Humanização do Parto e Nascimento - ReHuNa

CNPJ: 04.813.786/0001-17

SHCN CL 113, Bl "B", sala 106, Brasília-DF - CEP: 70.763-020

(55)(61) 3964 6010 - (61) 984559 3951

e-mail: sec.rehuna@gmail.com

comparadas com mulheres com menor escolaridade (BARROS et al., 1991; MADEIRO; RUFINO; SANTOS, 2017). A escolha pela cesariana também pode ser explicada pelo medo e por fantasias em relação ao parto expressos durante a gestação, que podem ser agravados pelo fornecimento insuficiente de informações por parte da equipe e dos médicos durante o pré-natal (HASLINGER et al., 2011). (citações no artigo original, veja a referência ROTHSTEIN et al ao final).

Um outro aspecto cruel da cesárea é que a cirurgia não seria necessária se não fossem as violências obstétricas prévias que criaram essa necessidade. O excesso de medicalização e intervenções durante a assistência ao trabalho de parto pode trazer sofrimento às mulheres, o que faz com que peçam a cirurgia para evitar as violências; ademais, há riscos de intercorrências intraparto, fazendo surgir a necessidade de cirurgia de emergência (cesárea intraparto). A cesárea intraparto apresenta risco cirúrgico ainda maior para mãe e bebê do que a cesárea eletiva, sendo responsável por grande parte das complicações pós-parto. Assim, é necessária a prevenção de qualquer tipo de intervenção desnecessária no trabalho de parto, minimizando o risco de intercorrências, para evitar a necessidade de uma cirurgia intraparto.

E quando se analisa a cesárea sob a perspectiva racial, dois outros aspectos aparecem: são realizadas mais cesarianas em mulheres brancas que em mulheres não brancas; e em mulheres negras são realizadas em piores condições que em mulheres brancas, aumentando os riscos de complicações pós-parto. Assim, a diferença se dá de duas formas:

- ACESSO: apesar de a cesárea ser uma tecnologia que deveria ser utilizada para salvar vidas, as mulheres brancas, escolarizadas, têm maior acesso a essa tecnologia do que mulheres negras. Vidas brancas se salvam. Vidas negras se perdem. Mulheres brancas acessam por escolha e em melhores condições. Mulheres negras acessam em situação de emergência ou forçada, muitas vezes em condições precárias.
- QUALIDADE: mulheres negras sofrem com analgesia/anestesia insuficiente ou inexistente e maiores complicações pós-parto (hemorragias e infecções), demonstrando a diferença na qualidade nas intervenções cirúrgicas orientada por filiação racial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo sido a taxa de cesáreas de 2019, no Brasil, de 56,3%, quando o projeto de lei em pauta foi apresentado, já havia sobrerealização de procedimentos cirúrgicos para nascimentos no país. Em decorrência da morbidade e mortalidade materna e perinatal associadas ao nascimento por meio de cirurgia, assim como considerando os custos para o sistema público de Saúde, **recomenda-se que esse projeto de lei seja revisto – e rejeitado.**

Certamente, no contexto de pandemia de Coronavírus que se instalou no planeta em 2020, os recursos públicos poderiam ter melhor utilização no atendimento à emergência de Saúde Pública que na realização de cirurgias sem indicação clínica ou obstétrica.

Em relação a gastos adicionais com procedimentos desnecessários, é importante salientar que há consequências que não podem ser mensuradas. Se a mortalidade, em termos populacionais, é maior para



Rede pela Humanização do Parto e Nascimento - ReHuNa

CNPJ: 04.813.786/0001-17

SHCN CL 113, Bl "B", sala 106, Brasília-DF - CEP: 70.763-020

(55)(61) 3964 6010 - (61) 984559 3951

e-mail: sec.rehuna@gmail.com

mulheres submetidas a uma cirurgia cesariana, não há como mensurar o custo da perda da vida de uma mulher, da orfandade de seus outros filhos caso os tenha, da desagregação familiar e outros.

Infelizmente, para esses projetos de lei, seus formuladores se baseiam na Resolução nº 2.144/2016 do Conselho Federal de Medicina, que admite a cesariana a pedido a partir da 39ª semana. É importante salientar, também, que a deputada Janaína Paschoal encontrou boa acolhida para sua proposta no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e no Conselho Federal de Medicina (vide artigos sobre essas visitas nas referências).

Finalizando: desde 2000, as proporções de nascimentos pela via cirúrgica no Brasil estão muito acima do valor recomendado – e a tendência tem sido ascendente. São necessárias medidas urgentes para redirecionar a prática da Obstetrícia no país para que sigam a recomendações do Ministério da Saúde e dos organismos internacionais. Essas leis e o projeto de lei em pauta, PLS nº 3.947/2019, como foi citado na Introdução, vão na contramão dessas recomendações e são um atentado à saúde das mulheres e de seus conceitos, sendo que o que é necessário é uma boa assistência à gestação, ao parto/nascimento, ao puerpério e primeiros anos de vida, fundamentada nas evidências científicas.

Em 20 de setembro de 2023.

REFERÊNCIAS

ACOG. American College of Obstetricians and Gynecologists. Society for Maternal-Fetal Medicine. Obstetric Care Consensus. Safe Prevention of Primary Cesarean Section. 2014, reaffirmed in 2016. Disponível em <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Obstetric-Care-Consensus-Series/Safe-Prevention-of-the-Primary-Cesarean-Delivery?IsMobileSet=false> Acesso em 08/06/2019

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Audiência Pública. <https://www.al.sp.gov.br/noticia/?19/06/2019/direito-a-opcao-por-cesariana-no-sus-e-debatido-em-audiencia-publica&textoBusca=sindicato&flRealca=T> Acesso em 29/01/2023.

CONJUR. <https://www.conjur.com.br/2020-jul-02/lei-autorizou-cesareas-recomendacao-inconstitucional>

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução 2144. É ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno fetal. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/res21442016.pdf>. Acesso em 29/01/2023.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Autonomia da parturiente: dep. Janaína Paschoal defende PL de cesariana eletiva. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/autonomia-da-parturiente-dep-janaina-paschoal-defende-pl-de-cesariana-eletiva/?lang=en>. Acesso em 29/01/2023.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Projeto de lei sobre analgesia e parto cesárea é apresentado à Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia do Cremesp. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Noticias&id=5359>. Acesso em 29/01/2023.



Rede pela Humanização do Parto e Nascimento - ReHuNa

CNPJ: 04.813.786/0001-17

SHCN CL 113, Bl "B", sala 106, Brasília-DF - CEP: 70.763-020

(55)(61) 3964 6010 - (61) 984559 3951

e-mail: sec.rehuna@gmail.com

ENTRINGER AP; PINTO M; DIAS MAB; GOMES MASM. Análise de custo-efetividade do parto vaginal espontâneo e da cesariana eletiva para gestantes de risco habitual no Sistema Único de Saúde Cad. Saúde Pública 2018; Disponível em:34(5):e00022517 <https://www.scielo.org/pdf/csp/2018.v34n5/e00022517/pt>

GIBBONS L, BELIZÁN JM, LAUER JA, BETRÁN AP, Merialdi M, Althabe F. The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: overuse as a barrier to universal coverage. World Health Report 2010. (Background Paper No. 30). Geneva: WHO: 2010. Disponível em: <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/30C-sectioncosts.pdf> Acessado em junho de 2018.

» <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/30C-sectioncosts.pdf>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Appropriate technology for birth. The **Lancet**, v. 2, n. 8452, p. 436-437, 1985.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas**. Genebra: OMS, 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf>.

ROTHSTEIN, J. R., SECCO, A. C., SOUZA, R., WEBER, L., D'ORSI, E., HALLAL, A. L. C., & SOARES, F. M. (2019). PROPORÇÃO DE CESARIANAS SEGUNDO COR DA PELE E ESCOLARIDADE MATERNA NAS DIFERENTES REGIÕES DO BRASIL: TENDÊNCIA TEMPORAL DE 2007 A 2016. *Revista Univap*, 25(49), 116–129. <https://doi.org/10.18066/revistaunivap.v25i49.2224>. Disponível EM: <https://revista.univap.br/index.php/revistaunivap/article/view/2224>, Acesso em 21/09/2023.

SOUZA, J. P.; GÜLMEZOGLU, A.; LUMBIGANON, P.; LAOPAIBOON, M.; CARROLI, G.; FAWOLE, B.; RUYAN, P.; WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health Research Group. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. **BMC Med**, v. 8, n. 71, 2010.

TEODORO I. Causa mortis: Racismo - violência obstétrica e dispositivo de racialidade na morte materna evitável brasileira. Dissertação de mestrado apresentada no Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos da Universidade de Brasília, 2023.

YE, J.; BETRÁN, A. P.; GUERRERO VELA, M.; SOUZA, J. P.; ZHANG, J. Searching for the optimal rate of medically necessary cesarean delivery. **Birth**, v. 41, n.3, p. 237-244, 2014.