

Ao Ministério Público Federal
São Paulo, 28 de julho de 2.006.

XXXXXXXX, portadora do RG nº XXXXXXXX SSP/SP, xxxxxxxxxxxxxxxx, residente e domiciliada na xxxxxxxxxxxxxxxx, São Paulo/SP, CEP xxxxxxxxxxxx, telefones xxxxxxxxxxxx e xxxxxxxxxxxx (e-mail xxx@xxxxxxxxxx); xxxxxxxxxxxxxxxx, portadora do RG nº xxxxxxxxxxxx, xxxxxxxxxxxx, residente e domiciliada na xxxxxxxxxxxxxxxx, São Paulo/SP, CEP xxxxxxxxxxxx, telefones xxxxxxxxxxxx e xxxxxxxxxxxx (e-mail xxxxx@xxxxxxxxxx) e xxxxxxxxxxxxxxxx, portadora do RG nº xxxxxxxxxxxxxxxx, xxxxxxxxxxxx, residente e domiciliada na xxxxxxxxxxxxxxxx São Paulo/SP, (e-mail xxxxxxxx@xxxxxxxxxxxxx”), na qualidade de cidadãs e representantes da rede Parto do Princípio, vêm, por meio da presente, denunciar ao Ministério Público Federal o abuso das cesarianas, ocorridas no Brasil, na rede privada de saúde, causando prejuízo a milhares de mulheres e crianças, requerendo providências urgentes contra essa situação, conforme informações que se seguem:

Somos participantes da rede Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa (<http://www.partodoprincipio.com.br/>), cujo propósito é promover os benefícios do parto humanizado, do parto ativo, do protagonismo da mulher no parto e lutar contra a banalização da cesariana, em várias frentes de ação. Desta rede participam mais de 200 mulheres com representatividade em 13 estados brasileiros, mais o Distrito Federal.

Levantamos um quadro alarmante de cesáreas praticadas de forma abusiva junto ao setor de saúde suplementar, situação que vem ocorrendo em função do predomínio de interesses corporativistas, bem como em razão da total omissão da Agência Nacional de Saúde (ANS), que está se omitindo em suas funções de regulamentação e fiscalização.

Neste documento, em nome da rede Parto do Princípio, buscamos levar ao conhecimento do Ministério Público Federal um panorama sobre as distorções que estão ocorrendo no setor, apresentando as graves implicações para as saúdes materna e neonatal, resultantes desse aumento

indiscriminado de cesáreas. Estamos denunciando situações desumanas às quais mulheres estão sendo submetidas, detalhando os mecanismos que estão levando essas mulheres a cirurgias desnecessárias e o que as fazem aquiescer de maneira silenciosa.

Entendemos caber ao Ministério Público Federal, na qualidade de representante da sociedade, tomar conhecimento da situação ora denunciada para que, exercendo suas funções constitucionais, atue de forma a coibir o abuso das cesáreas desnecessárias em nosso país, preservando a vida de milhares de mulheres e crianças, conforme a seguir será exposto.

I - PANORAMA ATUAL

O parto é um evento fisiológico e essencialmente feminino. Porém, no Brasil o parto transformou-se num evento médico e pior, cirúrgico.

De acordo com os dados de 2004 do Sistema de Nascidos Vivos (Sinasc) do Ministério da Saúde, 41,8% dos partos realizados em todo o Brasil foram cirúrgicos¹. Esse número representa o conjunto dos índices no Sistema Único de Saúde juntamente com os índices no setor de saúde suplementar, onde as taxas assumem as maiores proporções.

Conforme reconhecem a Agência Nacional de Saúde (ANS)² e o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo³, no Sistema Único de Saúde (instituições públicas e privadas conveniadas) a taxa foi de 27% no ano de 2005. Já na saúde suplementar (que engloba as medicinas de grupo, seguros de saúde, entidades filantrópicas e cooperativas médicas), regulada pela ANS, a taxa de cesárea em 2004 chegou a espantosos 79%.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), o limite aceitável de partos que precisam terminar por via abdominal é de 10% a 15%. (<http://www.weikert.de/alexandra/who1.html>) Contrastando com estes níveis, o referido aumento dos partos cirúrgicos no país chama a atenção, ressaltando-se, de acordo com estudo realizado pelo CLAP (1988), que o aumento da proporção de cesariana não se fez acompanhar do decréscimo equivalente nas taxas de mortalidade perinatal e materna, desmistificando o argumento tradicionalmente evocado de que a cesariana seria mais segura do que o parto vaginal⁴.

São muitas as desculpas utilizadas pelos obstetras para convencerem suas clientes a fazer cesariana, muitas delas altamente questionáveis, o que torna o índice de operações em nosso país tão superior ao indicado pela Organização Mundial de Saúde.

Diante da falta de informação, muitas mulheres escolhem a cirurgia, mesmo sem qualquer indicação médica, seja por temerem o parto normal ou por influência da opinião dos médicos obstetras, maiores defensores das operações cesarianas.

A seguir, passamos a analisar porque a rede privada detém índices tão alarmantes de cesarianas, dando ao nosso país o vergonhoso título de campeão mundial na realização de partos cirúrgicos.

II – AS DIFERENÇAS DAS TAXAS NA REDE PÚBLICA E NA REDE PRIVADA

Porque no SUS a taxa de cesárea é de 27% e na medicina privada de 79%? Será que as mulheres na medicina privada simplesmente não desejam partos normais? Ou seriam as mulheres brasileiras, com carteiras de convênio, incapazes de parir?

Três diferentes pesquisas chegaram praticamente aos mesmos resultados:

- Em entrevista realizada no pós-parto, mais de 72% das mulheres que preferiam partos normais, tiveram cesáreas em hospitais privados.⁵
- Este valor é comprovado em outro estudo, mas a taxa é ligeiramente maior, 74,2%.⁶
- 89,4% das mulheres que tiveram oportunidade de experimentar os dois partos preferiam o parto normal.⁷

Restou apurado que “*A incidência de cesariana variou segundo a categoria de internação, observando-se um gradiente crescente à medida que se elevou o padrão social das gestantes, não havendo correspondência com o risco obstétrico*”. Portanto, constatou-se grande paradoxo, na medida em que a quantidade de cesáreas é maior nos grupos de menor risco, melhor acompanhamento pré-natal e menor incidência de doenças.⁸

No estudo sob menção, baseado em dados e estatísticas da década de 90, os autores tentam buscar explicações extratécnicas para a variação de padrões assistenciais e tentam esclarecer esta diferença pelo tipo de relação que se estabelece entre o médico, a paciente e seus familiares. A justificativa é de que como a cesárea está sendo culturalmente difundida no Brasil como uma resolução “segura” ao parto e sem sofrimento, tem sido incorporada por quem a deseja e tem o poder de custeá-la. Por isso, transformada num objeto de consumo acessível segundo o padrão de renda.

Todavia, outro estudo mais recente, realizado na cidade de Belo Horizonte e apresentado no XI Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP (Associação Brasileira de Estudos Populacionais), detalha melhor a preferência por via de parto, segundo nível de escolaridade, idade e classe econômica. A conclusão foi: “A maioria absoluta de mulheres disse preferir o parto vaginal independente de sua idade, paridade, nível de escolaridade, tipo de hospital em que teve o parto e forma utilizada para financiá-lo”.⁹

E também:

“Mais da metade das mulheres que tiveram um parto cesáreo não conseguiram efetivar sua preferência por um parto por via vaginal, enquanto apenas 8% das que tiveram um parto normal desejavam um parto operatório. Como a nossa amostra foi composta de números iguais de mulheres que cada tipo de parto e o índice de cesáreas nos hospitais que atendem apenas clientela particular ou de planos de saúde alcança 80% do total de partos, a generalização desses resultados equivaleria a dizer que mais de 70% das gestantes que neles se internam têm um parto operatório contra a sua expectativa, uma cifra maior que a de outros tipos de hospital” (PERPÉTUO, BESSA & FONSECA, 2000).

Portanto, apuramos um índice de mais de 70% de mulheres que têm seus desejos frustrados, sendo operadas quando desejariam um parto normal.

Outro estudo, realizado em 2004, mostra o desencontro de informações entre mulheres e seus médicos, afirmando que: “O conceito de que

*a principal causa do aumento da taxa de cesárea é o respeito dos desejos das mulheres por parte dos médicos não tem sustentação na opinião declarada pelas mulheres”.*¹⁰

Portanto a alegação dos médicos, de que as mulheres preferem o parto cirúrgico, justificando os altos índices no país, resta afastada. É certo que uma pequena parcela delas, mal orientada durante as consultas de pré-natal, opta voluntariamente pela cesariana, iludidas pelos argumentos dos obstetras de que a cirurgia seria mais segura, evitaria a perda do desempenho sexual e traria menos dor à parturiente. Porém, como acima dito, a esmagadora maioria das mulheres deseja o parto normal, não o conseguindo na rede de saúde suplementar.

III - RAZÕES DA BANALIZAÇÃO DA CESARIANA NA REDE DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Passamos a seguir, a elencar as causas que permitiram a banalização da cesariana na rede de saúde suplementar.

III. 1 – Preferência médica em indicar a cesariana, como forma de manter um padrão de vida alto, podendo planejar suas férias e feriados.

Um trabalho de parto e parto leva em média doze horas e pode acontecer a qualquer momento. Uma cesariana demora no máximo uma hora (contando com os preparativos), pode ser agendada de acordo com a comodidade do médico, que não corre o risco de ter que ir ao hospital nos finais de semana, feriados ou durante suas férias, e nem precisa desmarcar suas consultas, podendo, desta forma, agendar várias cesarianas para o mesmo dia.

Uma análise científica de certidões de nascimento mostra que o nascimento é mais comum de segunda à sexta, das 9 às 17 horas, sendo que até a cesárea de emergência é mais comum de segunda a sexta, no mesmo período (<http://www.amigasdoparto.com.br/ac019.html>).

Na rede de saúde suplementar um médico tem a mesma remuneração no parto normal ou na cesariana. Porém, se dividirmos a remuneração pela quantidade de horas trabalhadas, há uma grande vantagem em se realizar cesarianas por conveniência.

Ao comportamento nada ético dos médicos que indicam cesáreas desnecessárias, alia-se a falta de informação das parturientes, que acreditam erroneamente que a cesariana é um procedimento mais rápido, menos doloroso, e que oferece menos riscos para a mãe e para a criança. Assim, as mulheres são, em grande parte das vezes, enganadas pelos médicos, sendo levadas a acreditar que estariam em risco em razão de desculpas médicas bastante questionáveis.

III. 2 – Valorização da formação cirúrgica do médico obstetra.

As faculdades de medicina no Brasil enfatizam a formação cirúrgica e intervencionista dos médicos obstetras. Não os prepara para simplesmente aguardar o desenrolar natural do processo fisiológico do parto, sem intervir.

Por outro lado, há uma visão equivocada, transmitida nas faculdades, de que a operação cesariana seria mais segura do que o parto normal, por contar com o apoio tecnológico e com a formação profissional dos médicos. Com isso, o parto deixa de ser visto como um evento natural e fisiológico e as intervenções cirúrgicas são cada vez mais freqüentes, em desprezo aos números que demonstram os sérios riscos das cesarianas em comparação aos partos normais.

III. 3 – Indicação médica da cesariana para evitar ações judiciais.

No Brasil, a prática da obstetrícia defensiva por parte dos médicos é costumeira, visando o total comando do nascimento. Na cesariana a mulher está totalmente passiva, literalmente nas mãos dos médicos, que controlam todo o procedimento. Os obstetras acreditam que desta forma nada sairá de seu controle, evitando quaisquer erros ou danos.

Como em nosso país a questão da livre aceitação da cesariana é cultural, em virtude da ignorância dos riscos que tal operação envolve, raramente alguém move alguma ação contra um médico por realizar uma cesariana que não teve um final feliz, porque se acredita que por ter optado pela cirurgia ele tenha feito tudo o que podia. Porém, há muitos casos de ações contra médicos que realizaram partos normais mal-sucedidos.

Tudo isso ocorre, vale ressaltar, em função da falta de informação das mulheres e dos médicos atingidos pela formação intervencionista de nossas faculdades (com exceção, é claro, das situações em que os obstetras indicam dolosamente a operação cesariana por comodismo pessoal). Muitos dos processos por não realização de cesarianas poderiam ser evitados com uma boa orientação e preparação no pré-natal, durante as consultas médicas ou em cursos de educação perinatal, a serem indicados pelos obstetras.

III. 4 – Excesso de intervenções desnecessárias e procedimentos desaconselhados pela Organização Mundial de Saúde (OMS)

Podemos mencionar como intervenções desnecessárias que ocorrem no parto normal: o uso de ocitócitos (hormônios sintéticos) mesmo em mulheres que não apresentam nenhum problema para parir naturalmente e o descolamento de membranas precoce. Ambos os procedimentos são utilizados rotineiramente para acelerar o trabalho de parto. Não há nenhuma justificativa para esses procedimentos a não ser a redução do tempo para a conveniência dos profissionais. A literatura indica que o risco de uma mulher precisar de uma cesárea dobra com o uso de ocitócitos.

Uso da posição de litotomia (mulher permanece deitada durante o parto) o que intensifica muito as dores. Leva conseqüentemente ao uso de analgesia e anestesia. A única justificativa para isso é a conveniência da posição para o profissional.

Todos os procedimentos acima dificultam o processo natural do parto, podendo levar uma mulher a uma cesariana, apenas para contornar as complicações causadas por tais intervenções. Por tal razão, é necessário o incentivo ao parto da forma mais natural possível, ou seja, sem intervenções desnecessárias.

III. 5 – Cesarianas e laqueaduras conjuntas

A cesariana é muitas vezes indicada por médicos ou solicitada por mulheres que desejam realizar a laqueadura, acreditando ser esta a única forma possível de obter esse tipo de esterilização. Trata-se de mais uma indicação bastante questionável, pois atualmente existe a laqueadura por laparoscopia. É

um procedimento cirúrgico realizado através de pequenas cânulas de metal, inseridas na região abdominal, muito menos invasivo do que a cesariana.

No caso de laqueadura e cesariana conjuntas, a mulher deverá passar por todos os inconvenientes e riscos do parto cirúrgico, que em tal caso, representa maiores riscos de infecção, visto que a parturiente permanece por tempo maior com a cavidade abdominal exposta, sem contar os demais riscos que a cesariana acarreta para as parturientes e seus bebês.

III. 6 – Cesarianas a pedido

Em razão da falta de informação dos riscos que o parto cirúrgico apresenta, algumas mulheres requerem aos seus obstetras a realização de cesarianas sem qualquer indicação médica. Como motivos, há mulheres que desejam que seu bebê nasça em determinada data por crença na astrologia ou por outras conveniências, como férias ou festas de final de ano. Há mulheres que simplesmente acreditam que o parto cirúrgico é melhor do que o vaginal, pedindo aos seus obstetras a realização do procedimento.

Tal fenômeno apenas encontra explicação na falta de orientação das mulheres por parte de seus obstetras, que defendem a cesárea a pedido.

Seria ético, uma categoria de médicos defender a cesárea a pedido, sabendo que a cesárea sempre será um procedimento mais conveniente para eles? Essa questão será mais bem abordada no item que trata da cesárea por conveniência médica.

Porém, é preciso afirmar que as cesáreas realizadas a pedido da mulher não são representativas do total das cesáreas realizadas, como se pode inferir da análise das pesquisas supracitadas, que demonstram ser o parto normal desejado por 80% das mulheres [11](#).

IV - O PROCESSO DE CONVENCIMENTO DAS PARTURIENTES

Tendo em vista as constatações de que o índice de cesarianas recomendado pela OMS é de 10% a 15% e que a maioria das mulheres prefere o parto normal, mas acabam encaminhadas para o parto cirúrgico, passamos a

analisar algumas das razões frequentemente utilizadas pelos médicos para a indicação de cesarianas desnecessárias.

As razões expostas a seguir representam mitos e formas de convencimento infundadas, comumente alegadas pelos obstetras e aceitas pelas parturientes sem maiores questionamentos:¹²

| MITO | EXPLICAÇÃO | FATOS |
|---------------------------|---|---|
| Falta de Dilatação | Muitas mulheres hoje em dia dizem que não conseguiram ter um parto porque tiveram falta de dilatação. | Tecnicamente não existe falta de dilatação em mulheres normais. Ela só acontece quando o médico não espera o tempo suficiente. A dilatação do colo do útero é um processo passivo que só acontece com as contrações uterinas. |
| Bacia Estreita | Uma mulher com bacia estreita não teria espaço para a passagem do bebê. | Existem situações não muito comuns em que um bebê é grande demais para a bacia da mulher, ou então está numa posição que não permite seu encaixe. Não mais que 5% dos partos estariam sujeitos a essa condição. Além disso, tecnicamente é impossível saber se o bebê não vai passar enquanto o trabalho de parto não acontecer, a dilatação chegar ao máximo e o bebê não se encaixar. |
| Parto Seco | Um parto depois que a bolsa rompeu seria uma tortura de tão doloroso. | A verdade é que depois que a bolsa rompe o líquido amniótico continua a ser produzido, e a cabeça do bebê faz um efeito de "fechar" a saída, de modo que o líquido continua se acumulando no útero. Além disso, o colo do útero produz muco continuamente que serve como um lubrificante natural para o parto. |

| | |
|--|--|
| Parto Demorado | Um bebê estaria correndo riscos porque o parto foi/está sendo demorado. Um bebê estiverem bem, com boas condições vitais, o que é verificado durante o trabalho de parto. Um parto pode demorar 1 hora como pode demorar 3 dias, o mais importante é um bom atendimento por parte da equipe de saúde. O que dá à equipe as pistas sobre o bebê são os batimentos cardíacos. Enquanto eles estiverem num padrão tranquilizador, então o parto está no tempo certo para aquela mulher. |
| Bebê passou da hora | O bebê teria como uma "data de validade" após a qual ele ficaria doente. Os bebês costumam nascer com idades gestacionais entre 37 e 42 semanas. Mesmo depois das 42 semanas, se forem feitos todos os exames que comprovem o bem estar fetal, não há motivos para preocupação. O importante é o bom pré-natal. Caso os exames apontem para uma diminuição da vitalidade, a indução do parto pode ser uma ótima alternativa. |
| Cordão Enrolado | A explicação é de que o bebê iria se enforçar no cordão umbilical. O cordão umbilical é preenchido por uma gelatina elástica, que dá a ele a capacidade de se adaptar a diferentes formas. O oxigênio vem para o bebê através do cordão direto para a corrente sanguínea. Assim, o bebê não pode sufocar. |
| Não entrou/não teve trabalho de parto | A idéia aqui é de que a mulher em questão tem uma falha que a impede de entrar em trabalho de parto. A verdade é que toda mulher entra em trabalho de parto, mais cedo ou mais tarde. Ela só não vai entrar em trabalho de parto se a operarem antes disso. |

Não tem dilatação final da gravidez A explicação é que o Técnico uma mulher pode chegar a no médico fez exame de 42 semanas sem qualquer sinal de da toque com 38/39 dilatação, sem contrações fortes, sem semanas e diz que a perder o tampão e de uma hora para outra mulher não vai ter parto entrar em trabalho de parto e dilatar tudo o porque não tem dilatação que é necessário. É impossível prever nenhuma no final da como vai ser o parto por exames de toque gravidez. durante a gravidez.

Placenta envelhecida A placenta ficaria tão O exame de ultra-som não consegue envelhecida que não avaliar exatamente a qualidade da funcionaria mais e placenta. A qualidade da placenta colocaria em risco a vida isoladamente não tem qualquer significado. do bebê Ela só tem significado em conjunto com outros diagnósticos, como a ausência de crescimento do bebê, por exemplo. A maioria das mulheres têm um "envelhecimento" normal e saudável de sua placenta no final da gravidez. Só será considerado anormal uma placenta com envelhecimento precoce, por exemplo, com 30 semanas de gravidez.

A perversidade ao se divulgar falsos motivos para a realização de uma cesárea é a perpetuação de um círculo vicioso de ignorância que torna as mulheres cada vez mais suscetíveis a uma cirurgia desnecessária.

Chama a atenção que o parto anterior influencia os procedimentos subseqüentes. Grande parte das mulheres que desejavam cesárea já tinha sido submetida a uma cesárea anterior. A preocupação é que 42% das primíparas, no setor privado, haviam sofrido uma cesariana no primeiro parto, ratificando o conceito largamente difundido pelos médicos que "uma vez cesárea, sempre cesárea".

Infelizmente uma mulher submetida a uma primeira cesariana, torna-se automaticamente uma parturiente de risco para as gestações subseqüentes. Por falta de uma cultura de VBAC (Vaginal Birth After Cesarean

ou PNAD - Parto Normal Após Cesárea), técnicas, estrutura de apoio e equipes profissionais preparadas para realizar um parto normal após cesárea, uma mulher submetida à cesárea invariavelmente terá cesárea nos partos posteriores. ¹³

Em uma pesquisa realizada entre os médicos no que tange às indicações para o parto cirúrgico, apurou-se que:

“Um dos responsáveis pela análise dessas razões na pesquisa classificou-as em quatro grupos (de indicações de cesárea): indicações não-médicas, razões médicas que não justificam uma cesárea, razões com justificativa duvidosa e indicações médicas corretas. Ao comparar com os resultados, verificou-se que apenas 13% tinham real indicação, 18% entre pacientes SUS e 4% entre as particulares. Em apenas 29% dos casos a razão dada foi abertamente não-médica e coincidia com os motivos apresentados no debate realizado durante o Congresso. Em quase 60% dos casos a razão ‘médica’ apresentada não justificava a conduta adotada ou era no mínimo duvidosa”.

“A incerteza aumenta ainda mais ao comparar as mulheres que expressaram desejo de ter parto cesáreo com as que queriam parto vaginal. A metade das que queriam cesárea receberam francamente uma justificativa não-médica para marcar a cesárea: férias do médico, conveniência de horário, etc. Apenas 17% das que queriam parto vaginal receberam uma explicação igualmente franca. Para quase dois terços do grupo que desejava parto vaginal, foi dada uma razão ‘médica’ que não justificava a conduta ou que era, no mínimo, duvidosa. Tudo indica, portanto, que a conduta franca de informar a paciente das verdadeiras razões para marcar uma cesárea e permitir que ela decida, se dá apenas em torno de um terço dos casos sem indicação real de cesárea eletiva, e que isso é três vezes mais provável quando a paciente já expressou o desejo pessoal de ter parto cesáreo.

Quando a mulher expressa o desejo de um parto vaginal, a tendência é criar um motivo médico que seja aceitável pela paciente e pela família, o que constitui gravíssima transgressão ética.”¹⁴

Portanto, as mulheres estão sendo enganadas por seus próprios médicos. A maioria das mulheres está sendo convencida, com argumentos inverídicos, que o parto normal colocaria seu filho em situação de risco. E esse convencimento é feito por uma pessoa que tem alto grau de confiança por parte dela: o obstetra que ela escolheu para o nascimento de seu filho.

V - A CESÁREA POR CONVENIÊNCIA MÉDICA - Procedimento abusivo e antiético

Diante do que foi exposto, concluímos que o alto índice de cesarianas na rede de saúde particular ocorre por CONVENIÊNCIA MÉDICA.

O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo reconhece, oficialmente, os riscos das cesáreas abusivas ao tratar da Ética na Assistência ao Parto, conforme consta nos Cadernos CREMESP – Ética em Ginecologia e Obstetrícia, 2004, 3ª Edição, p. 92:

"As cesáreas, realizadas sem consistência na indicação, podem ser encaradas como procedimentos desnecessários e que impõem riscos aumentados tanto na morbidade quanto na mortalidade materna. O obstetra deve estar qualificado para assistir ao trabalho de parto com toda segurança do bem-estar fetal e apto a terminá-lo de forma conveniente, mesmo que instrumentalizado por fórcepe ou vácuo-extrator quando necessário, evitando a realização da cesárea por insegurança nas suas capacitações em permitir o parto vaginal. A busca do aprimoramento e destreza nos procedimentos obstétricos, ou mesmo um melhor conhecimento da fisiologia do trabalho de parto e do próprio parto, permitirão aumentar a segurança, permitindo um maior número de partos vaginais"¹⁵

De acordo com o Código de Ética Médica, os preceitos que são infringidos por tal prática desvirtuada são:

" Art. 29 - Praticar atos profissionais danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência.

Art. 42 - Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação do País.

Art. 46 - Efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente perigo de vida.

Art. 48 - Exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a sua pessoa ou seu bem-estar.

Art. 56 - Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida.

Art. 57 - Deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnósticos e tratamento a seu alcance em favor do paciente.

Art. 59 - Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal.

Art. 60 - Exagerar a gravidade do diagnóstico ou prognóstico, complicar a terapêutica, ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos.

Art. 79 - Acobertar erro ou conduta antiética de médico”.¹⁶

Assim, o abuso de cesáreas na medicina privada brasileira é um problema de ética e corporativismo, muitas vezes reconhecido abertamente pelos médicos.

Em debate realizado em 2004 com titulares de Obstetrícia de duas renomadas faculdades de medicina no Brasil: Medicina da USP e UNIFESP/ Escola Paulista de Medicina, a respeito de cesárea a pedido, o Dr. Marcelo Zugaib, professor titular e chefe do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Medicina da USP – uma das mais proeminentes faculdades de medicina no país - comenta que no SUS não se realiza cesárea a pedido, mas na medicina privada sim.¹⁷ O critério utilizado por ele é:

"Eu ensino teoricamente a respeito do que penso sobre a cesárea a pedido para que o indivíduo possa exercer isso na sua clínica privada, mas em termos do hospital-escola não posso deixar de ter uma padronização porque senão vou tirando as possibilidades de que o ensino da obstetrícia se faça fundamentado nas indicações médicas”.

Por que o estudante de medicina precisa saber quais as indicações médicas para uma cesárea e o profissional formado não precisa mais respeitar isso em sua clínica privada? Por que o CREMESP, apesar de ter deliberado de que cesárea por conveniência médica é antiética, não fiscaliza seus associados?

A resposta é simples: diante da total omissão dos órgãos públicos, permanece o predomínio dos interesses corporativos e antiéticos de grande parte da classe médica.

VI - CONSEQUÊNCIAS DA BANALIZAÇÃO DA CESARIANA

É certo que a cesariana, quando bem indicada, representa um avanço da medicina moderna, permitindo salvar vidas de mulheres e bebês. Porém, quando realizada de forma desnecessária, oferece muito mais riscos do que o parto normal, conforme a seguir será exposto.

VI. 1- Doenças maternas, mortes e uso de antibióticos

Todos os estudos feitos com rigor demonstram que o parto normal é mais seguro para a mulher e seu bebê.

Um estudo da Organização Mundial de Saúde (OMS), publicado em 23/05/2006 pela revista médica “The Lancet”, concluiu que o índice de morte pós-parto na América Latina subiu 20% com o aumento do número de cesarianas.

Para a pesquisa, foram selecionados aleatoriamente 120 hospitais públicos e privados em oito países: Argentina, Brasil, Cuba, Equador, México, Nicarágua, Paraguai e Peru. Um terço dos 97 mil partos analisados durante o período do estudo foi realizado por cesariana. Tal estudo também concluiu que os hospitais com o maior número de partos realizados por meio de cesarianas eram os que apresentavam maiores taxas de doenças maternas, mortes e uso de antibióticos após a gravidez.¹⁸

Estudos internacionais apontam que perto de cem mulheres perdem a vida a cada 100 mil cesáreas, cinco vezes mais do que no parto normal¹⁹.

Esses riscos estão bem expostos na obra “Parto Normal ou Cesárea”:

“Em um estudo bastante amplo realizado no Reino Unido, entre 1.996 e 1998, muito citado pelos defensores da cesárea por indicações não-médicas, comprovou-se que as chances de a mãe morrer são quase três vezes maiores em uma cesárea eletiva (sem nenhuma indicação médica, com a mãe e o bebê saudáveis) e quase oito vezes maiores, quando é feita cesárea de emergência (Hall, 1999). Outros estudos rigorosos mostram um risco de morrer

cinco a sete vezes maior (ICAN, 2003). Isso porque comparam a cesárea com o parto vaginal com intervenções desnecessárias, que aumentam o risco para as mulheres e os bebês.

Um estudo brasileiro, publicado em 2003 que pesquisou vinte anos de mortes maternas no Rio Grande do Sul, demonstrou o “número expressivo de mortes relacionadas à cesariana, principalmente os casos de infecções puerperais, justamente em um país onde as taxas médicas de cesariana são sabidamente aumentadas”. O trabalho constatou um risco de morte quase onze vezes maior para as mulheres submetidas à cesariana se comparadas às que fizeram parto vaginal. Essas mortes se deveram, principalmente, a complicações infecciosas da cesárea e a acidentes anestésicos (Ramos, 2003).²⁰

VI. 2- Complicação em gravidez futura, diminuição da chance de nova gravidez.

Há comprovações de que as cesarianas geram complicações que afetam futuras gestações tais como: diminuição das chances de engravidar, aumento do risco de perder o bebê na próxima gestação e maior chance de gravidez ectópica (quando um óvulo fecundado se fixa fora do útero, como nas trompas de Falópio). Além do que a cicatriz uterina causa problemas graves, tais como: risco duas a quatro vezes maior de descolamento prematuro de placenta ou placenta prévia (nesse caso, o risco é 4,5 vezes maior em uma cesárea é até 45 vezes maior com quatro cesáreas); ocorrência do acretismo da placenta (invasão do útero ou de outros órgãos), risco este onze vezes maior com três cesáreas ou mais do que em comparação ao primeiro parto²¹.

Uma pesquisa, publicada no *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, foi realizada com 25.371 mulheres que deram à luz na Maternidade de Aberdeen, na Escócia, entre 1980 e 1997. Constatou-se que 66,9% das mulheres submetidas à cesariana tiveram um outro bebê, enquanto 73,9% das que tiveram parto natural fizeram o mesmo. O estudo revelou que a média do tempo entre partos era maior para as mulheres submetidas à cesariana do que para as que deram à luz por outros processos, bem como confirmou que as mulheres submetidas à cesariana também têm maior probabilidade de sofrer complicações em gravidez futura e maior probabilidade de uma gestação ectópica²².

VI. 3- Prematuridade, morbi-mortalidade perinatal, problemas respiratórios em recém nascidos

Para os bebês, há grande risco de prematuridade iatrogênica, ou seja, de serem retirados do útero antes de estarem completamente maduros e de nascerem com baixo peso.

A alta prevalência de bebês prematuros no Brasil parece estar relacionada, em grande parte, às cesarianas e às induções do trabalho de parto realizadas antes da completa maturidade fetal. Estes fatores têm sido apontados como uma das principais causas de morbi-mortalidade perinatal destacando-se, entre elas, a síndrome de angústia respiratória do recém-nascido. Fetos de 37 a 38 semanas de gestação possuem 120 vezes mais chances de apresentarem essa complicação quando comparados aos fetos com mais de 39 semanas, sendo muito comum o agendamento de cesarianas quando os fetos ainda estão com essa idade gestacional, de modo a evitar que a mulher entre espontaneamente em trabalho de parto²³.

Ainda que atualmente, com o uso mais freqüente da ultrasonografia para identificar a idade gestacional, o risco de prematuridade iatrogênica esteja diminuído, já se discute a necessidade de corticoterapia anteparto (aplicação de corticóides no feto) em cesarianas eletivas a fim de diminuir o sofrimento respiratório neonatal. Mais uma intervenção que se utilizada em bebês realmente prematuros é louvável para minimizar seu sofrimento. Contudo, se utilizado rotineiramente para corrigir um erro médico de avaliação, ou seja, para corrigir uma prematuridade iatrogênica torna-se absolutamente antiético. Nenhuma mãe, se informada honestamente, irá consentir com tal conduta.

Restou constatado que, em razão das altas taxas de cesáreas nas classes mais altas da sociedade, houve uma inversão da tendência histórica, já que as chances de nascimento com baixo peso são maiores para os bebês de mães de maior renda do que para bebês de mães pobres. Outro estudo, que comparou bebês nascidos de cesárea por razões não-médicas com bebês nascidos de partos vaginais constatou que aqueles tinham risco quase cinco vezes maior de necessitar de cuidados intensivos ou semi-intensivos, bem como cinco vezes maior de precisar de assistência respiratória. A hipertensão pulmonar persistente, uma complicação respiratória grave, é ainda 4,5 vezes

mais freqüente em bebês nascidos de cesárea eletiva, em comparação aos nascidos de parto vaginal. Acrescente-se que, mesmo nos bebês que nascem a termo, o risco de desconforto respiratório é sete vezes maior nos nascidos de cesárea, uma vez que o trabalho de parto é um processo hormonal e físico que completa o amadurecimento do bebê, em especial de seus sistemas respiratório, imunológico e nervoso.²⁴.

VI.4- Risco de cárie em bebês

Uma pesquisa feita na Universidade de Nova York analisou os históricos de 156 bebês e concluiu que os que nasceram por cesariana foram infectados por bactéria causadora de cáries um ano antes do que os que vieram ao mundo por parto normal. Isto porque eles estavam mais expostos a bactérias durante o parto, afirmam os cientistas.

Em artigo publicado na revista acadêmica *Journal of Dental Research*, os autores do estudo admitem, porém, que fatores sociais também influenciam a proporção da incidência de cáries nos dois grupos.

Em média, os 29 bebês do grupo analisado que haviam nascido por cesariana mostraram os primeiros sinais de presença da bactéria *streptococcus mutans* 17 meses depois de verem a luz. Entre os 127 que nasceram por parto normal, as bactérias começaram a se manifestar 29 meses após o parto²⁵.

VI.5- Prejuízo para a amamentação e interação mãe-neonato

Um estudo realizado em mulheres e bebês em maternidade que atende ao parto de baixo risco pelo SUS identificou a alta prevalência de binômios mãe/bebê com comportamentos sugestivos de dificuldades com o início da amamentação, marcados pelo nascimento por cesariana²⁶.

Com efeito, as duplas mães/bebês com parto operatório apresentaram avaliação significativamente mais desfavorável referente à posição corporal da mãe e do recém-nascido e ao envolvimento afetivo, dados utilizados para a avaliação global das dificuldades no início do aleitamento materno. Conforme o estudo, a associação detectada entre pior avaliação relativa à posição da dupla e parto cirúrgico pode expressar uma relação causal,

visto que a cesariana altera as respostas endócrinas na mãe e no bebê no período imediato após o parto, bem como provoca dor na mãe e maior sonolência no binômio, retardando e colocando dificuldades nas primeiras mamadas.

No que tange à interação mãe/neonato, grande parte das mães que tiveram seus bebês por cesariana apresentaram dificuldades, o que pode ser explicado pelas diferenças nas respostas maternas e do recém-nascido após a cesariana, em especial pelo uso de anestésicos e ocorrência da dor, que afetam a interação mãe/bebê.

O estudo sob exame ainda relata que já foi bem investigada a relação entre tipo de parto e incidência e duração do aleitamento materno:

“No Sul do Brasil, um estudo apontou risco aumentado de desmame completo no primeiro mês de vida em mães que tiveram seus filhos por cesariana eletiva. Outro estudo, também no Sul do Brasil, encontrou menor prevalência de aleitamento materno aos seis meses em crianças nascidas de parto cirúrgico. Esta associação também foi encontrada em pesquisa realizada no México. Em Campinas (SP), estudo realizado no alojamento conjunto de uma maternidade-escola verificou que a cesariana constituiu um dos principais fatores de risco para a oferta de líquidos suplementares aos neonatos. É possível que uma das maneiras pelas quais a cesariana afete negativamente a duração do aleitamento materno seja justamente aumentando a ocorrência de dificuldades em seu início, tal como detectado no presente estudo.”

VI. 6- Os demais consumidores dos planos de saúde privados acabam arcando com os custos das cesarianas desnecessárias

As operações cesarianas envolvem custos muito superiores aos dos partos normais. Mesmo que a cesariana não resulte em complicações, a puérpera permanece por mais tempo no hospital comparado com casos de parto normal. Em virtude da cirurgia, são utilizados mais medicamentos e outros materiais de consumo. A aplicação de anestesia é sempre necessária, implicando em custos com o médico anestesista.

Como explicado acima, a cesariana aumenta o índice de complicações no parto gerando maiores gastos com internação. Para o recém-nascido, os riscos de prematuridade e problemas respiratórios acabam por mantê-los, por vezes, em UTIs neonatais. Bebês prematuros requerem ainda cuidados semi-intensivos por longo tempo, aumentando a demanda dos serviços de saúde pelo menos durante a primeira infância. Para a mãe, os custos também se elevam em função de complicações decorrentes da cirurgia.²⁷

Os custos elevados das cesarianas já motivaram o Governo Federal a adotar uma série de providências para reduzir as taxas no setor público, visando evitar o desperdício de recursos. Porém, os hospitais privados, sem qualquer controle, continuam a enriquecer bastante com esse quadro. E quem paga a conta? Os demais consumidores dos planos de saúde, que recebem os custos repassados pelas operadoras.

E a sociedade também é conivente com a mulher que escolhe cesárea, embora ambos estejam prejudicando aos convênios e conseqüentemente, aos demais associados, repassando para eles um custo maior por um procedimento desnecessário e neste sentido fraudando os prontuários com alegações muitas vezes inverídicas para justificar as cesarianas.

Segundo Marsden Wagner²⁸, diferente de uma cirurgia plástica, para os médicos é fácil apresentar aos convênios e às seguradoras uma justificativa médica para a cesárea, mesmo que seja uma justificativa altamente questionável. Os convênios não têm o poder de discutir sobre uma opinião médica. Segundo a ANS, o Rol de Procedimentos, estabelecido na CONSU n° 15 de 04/11/98, prevê a cobertura do procedimento “Parto Cesáreo”, independentemente de ele ser eletivo ou não.

Porém, tal distorção não pode ser ignorada pela Agência Nacional de Saúde, tendo em vista sua função de zelar pela proteção e defesa do consumidor dos serviços privados de assistência à saúde. É o que veremos no próximo item.

VII – A OMISSÃO DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

No âmbito do Governo Federal, muitas medidas foram adotadas visando reduzir as taxas de cesariana no SUS. Dentre elas, cabe destacar: estabelecimento de limites máximos para pagamento de cesáreas na rede pública, construção de casas de parto, incentivo à profissão dos enfermeiros obstetras e a Lei do Acompanhante, questões que serão mais bem analisadas a seguir nesse documento.

Outra medida importante foi o lançamento pelo Ministério da Saúde, no dia 30 de maio do presente ano, da campanha nacional de incentivo ao parto normal e redução da cesárea desnecessária. Trata-se de uma campanha que atingirá todo o país, com a divulgação de 90 mil cartazes e a distribuição 3 milhões de folhetos sobre os benefícios do parto humanizado.

Cabe também mencionar que o Governo Federal lançou no dia 08 de março de 2004, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, que tem por objetivo articular os atores sociais mobilizados em torno da melhoria da qualidade de vida de mulheres e crianças. Para nortear a campanha no SUS, o Ministério da Saúde tomou como referência a portaria GM nº 466/00, que propôs o Pacto Nacional pela Redução da Taxa de Cesárea e sugere que todas as unidades da Federação alcancem a taxa de 25% de cesarianas, no máximo, até 2007, num processo de redução gradual. Até janeiro de 2006, um total de 21 Estados havia assinado o pacto.

Não obstante as iniciativas promovidas pelo Governo Federal no âmbito do SUS, na rede de saúde suplementar poucas medidas foram adotadas até o presente momento, o que justifica a diferença dos índices.

É certo que a Agência Nacional de Saúde reconhece o problema, tendo realizado, no dia 16 de fevereiro desse ano, um encontro para a discussão de propostas para a redução das taxas de cesarianas desnecessárias. Foram estabelecidas algumas estratégias de intervenção, dentre as quais: pesquisas de campo nos Estados de maior concentração de beneficiários de planos de saúde; estudos sobre os fatores que levam à primazia das cesarianas sobre os partos vaginais; sensibilização dos médicos obstetras para essa questão; discussão das formas de remuneração dos partos vaginais e cesáreos; contato

com instituições acadêmicas para que, na formação dos futuros profissionais, a preferência pela realização de partos vaginais²⁹.

Consta que a ANS ainda recomenda às operadoras a redução das cesáreas em 15% em um período de 03 anos. Porém, todas essas medidas propostas pela ANS mostram-se extremamente tímidas em relação aos poderosos interesses corporativos que mantêm os índices alarmantes de cesarianas no setor da saúde privada.

A gravidade do problema de saúde pública ora relatado requer a adoção de medidas enérgicas por parte dos órgãos de fiscalização. A competência fiscalizatória e regulatória do setor de saúde suplementar constitui, mais do que uma faculdade ou opção, um dever de agir da Agência Nacional de Saúde, no sentido de garantir o direito a saúde previsto pela Constituição Federal de 1.988. No caso do abuso das cesáreas no setor privado, que vem configurando efetivo problema de saúde pública em nosso país, causando a morte e expondo a sérios riscos milhares de mulheres e crianças, a Agência Nacional de Saúde vem se omitindo, deixando de desempenhar suas funções legais, curvando-se aos interesses corporativos da classe médica e dos convênios privados.

O artigo 4º da Lei 9.961/2002, que regulamenta a Agência Nacional de Saúde elenca diversas competências desse órgão, as quais devem ser exercidas para coibir o abuso das cesáreas desnecessárias em nosso país. Nesse sentido, compete à ANS:

- I** - propor políticas e diretrizes gerais ao Conselho Nacional de Saúde Suplementar - CONSU para a regulação do setor de saúde suplementar;
- II** - estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras;
- (...)
- IV** - fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço às operadoras;
- V** - estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras;
- (...)

VII - estabelecer normas relativas à adoção e utilização, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de mecanismos de regulação do uso dos serviços de saúde;

(...)

XV - estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, sejam eles próprios, referenciados, contratados ou conveniados;

(...)

XXIII - fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde e zelar pelo cumprimento das normas atinentes ao seu funcionamento;

XXIV - exercer o controle e a avaliação dos aspectos concernentes à garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;

(...)

XXXI - requisitar o fornecimento de informações às operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem como da rede prestadora de serviços a elas credenciadas;

(...)

XXXVII - zelar pela qualidade dos serviços de assistência à saúde no âmbito da assistência à saúde suplementar;

(...)

XLII - estipular índices e demais condições técnicas sobre investimentos e outras relações patrimoniais a serem observadas pelas operadoras de planos de assistência à saúde.

Com base nos dispositivos legais sob exame, passamos a elencar algumas propostas de ação a serem adotadas pela Agência Nacional de Saúde, todas no âmbito de sua competência fiscalizatória e regulamentar, podendo resultar em reduções efetivas dos índices de cesariana. Ressaltamos que várias das sugestões a seguir já estão sendo adotadas pelo Ministério da Saúde no Sistema Único de Saúde.

VIII – PROPOSTAS DE SOLUÇÕES

1- A adoção pelos planos de saúde do paradigma já existente no Sistema Único de Saúde, fixando-se tetos máximos para o pagamento de cesáreas, conforme percentuais decrescentes para cada ano.

Dentre as medidas adotadas pelo Governo Federal no âmbito do Sistema Único de Saúde visando reduzir o índice de cesáreas, destaca-se a fixação de metas de redução dos percentuais, com a estipulação de limites máximos para pagamento das cirurgias.

Com efeito, a Portaria nº 2.816/98 instituiu limites máximos de cesárea para o pagamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), inicialmente estabelecidos em até 30% para o ano de 2000. Para contemplar especificidades locais, esse critério foi alterado pelo Ministério da Saúde, com a Portaria nº 466/00, atribuindo às unidades federadas, a definição do limite máximo de cesáreas por instituição. Assim, no Brasil as taxas de cesarianas realizadas no SUS decresceram de 32,5%, no primeiro semestre de 1998, para 28%, em 1999. Matéria do Jornal Folha de São Paulo, publicada em junho de 2000, revelou que o percentual de cesarianas realizadas na rede pública, em São Paulo, baixou de 45% para cerca de 33%, de 1997 para 1999, como resultado da Portaria nº 2.816/98 ³⁰.

A redução das taxas de cesariana no SUS não foi acompanhada de reduções no setor da saúde suplementar, já que não foram adotadas medidas efetivas nessa área, de forma que as taxas aumentam a cada ano.

A ANS, dentro de sua competência regulatória e fiscalizatória (Lei 9.961/2002, artigo 4º e seus incisos), tem poderes para determinar quotas máximas de reembolso por parte dos convênios particulares. Importante frisar que apenas sugerir a redução dos índices de cesárea de nada adiantará. É necessária uma determinação normativa nesse sentido e que, acima da porcentagem estabelecida, o convênio não repasse os pagamentos, nos moldes já adotados pelo Governo Federal em relação ao SUS.

2- O aumento dos valores pagos aos médicos pelos convênios para os partos normais, bem como a diminuição dos valores pagos por cesarianas.

Trata-se de outra medida em estudo pelo Ministério da Saúde para reduzir as cesarianas no âmbito do Sistema Único de Saúde. Tal intenção é plenamente justificável em função do tempo de trabalho do médico para acompanhar um parto normal ser muito superior ao tempo de trabalho em uma operação cesariana.

No âmbito da saúde suplementar, é sabido que os médicos preferem indicar cesarianas porque, em um mesmo dia, realizam várias delas, com horários previamente agendados. Trata-se de uma preferência por questões basicamente financeiras. Para que tal situação seja revertida é necessário recompensar financeiramente os médicos que se dedicam ao parto normal, que se sacrificam no meio da noite para acompanhar suas pacientes em longas horas de trabalho de parto. É mais do que justo que estes profissionais recebam mais pelo parto normal.

Todavia, tendo em vista que os convênios privados são dominados pelos interesses corporativos da classe médica, não adotarão tal providência sem que sejam obrigados a isso. É preciso que a ANS determine a obrigatoriedade do parto normal ter uma remuneração mais elevada do que o parto cirúrgico, com fundamento em suas competências legais.

3- Que enfermeiros obstetras possam ser credenciados para realizar partos normais nos hospitais particulares.

O Ministério da Saúde financiou, até 2001, 55 cursos de especialização em obstetrícia, com o objetivo de incrementar o número de enfermeiros obstetras atuando no país. Com efeito, o Governo vem estimulando a formação desses profissionais por ter ciência de que esta categoria tem atribuição profissional para um atendimento de qualidade, possibilitando a mudança do modelo de assistência intervencionista para um mais humanizado e que respeita a fisiologia do corpo feminino³¹.

Nesse sentido, a Portaria 2815 de 1998 do Ministério da Saúde contribuiu para a consolidação da inserção do enfermeiro obstetra na assistência ao parto, ao incluir o procedimento “Parto normal sem distocias realizado por enfermeiro obstetra” na tabela do Sistema de Informação Hospitalar, reconhecendo a assistência prestada por essa categoria e aprovando o laudo de enfermagem para emissão de autorização de internação hospitalar. Em 1999, o Ministério da Saúde aprovou a portaria 985, que regulamenta os Centros de Parto Normal e inclui o enfermeiro obstetra na composição da equipe mínima.

Apesar dos enfermeiros obstetras estarem realizando partos no SUS, sendo o médico de plantão chamado apenas em caso de complicações,

na medicina privada os convênios e seguros-saúde não possuem sequer uma referência para o pagamento do serviço desses profissionais.

Importante frisar que os enfermeiros com especialização em obstetrícia não podem realizar cesáreas. O maior interesse desses profissionais é buscar e utilizar ferramentas que favoreçam o parto normal. Portanto, porquê os médicos obstetras não deixam os enfermeiros obstetras atenderem aos partos normais, para se concentrarem nas cesarianas que realmente precisam deles?

A resposta é sempre a mesma. Interesses financeiros. Corporativismo da classe médica, que domina os convênios privados.

A LEI Nº 7.498, de 25 de junho de 1986 , que dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem, afirma que:

Art. 11 - O Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem cabendo-lhe

I-privativamente:

(...)

g) assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera;

h) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;

i) execução do parto sem distocia;

Parágrafo único. Às profissionais referidas no inciso II, do Art. 6, desta Lei incumbe, ainda:

a) assistência à parturiente e ao parto normal;

b) identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;

c) realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária.

Assim, a legislação permite aos enfermeiros obstetras a “execução do parto sem distocia”, bem como a “identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico”.

Como dito, a legislação sob exame não é respeitada nos hospitais privados, onde prevalecem os interesses corporativos dos médicos e os enfermeiros obstetras não têm permissão para acompanharem inteiramente um parto, mas apenas para os procedimentos de avaliação das parturientes, supervisão da equipe, exames físicos, pedido de materiais, orientação de acompanhante, orientação de amamentação, e outras. Tais profissionais não

recebem autorização para fazer a assistência ao parto sem a supervisão do médico.

A Organização Mundial de Saúde, no Guia Prático de Assistência ao Parto Normal, em 1996, destacou serem as parteiras profissionais os prestadores de cuidado primário mais adequados para a assistência ao parto normal. O guia estabeleceu que o prestador de cuidados deve ter treinamento específico e habilidades em obstetrícia adequadas ao nível de atenção em que atue, que permitam que ele: identifique riscos e complicações; faça o acompanhamento e monitoramento da mulher, do feto e do recém-nato; realize intervenções básicas essenciais; encaminhe a mulher e/ou o bebê para um nível mais complexo de atenção, quando necessário; e tenha atitude empática e paciência para oferecer o suporte para a mulher e sua família.

Em países com taxas de cesarianas bastante reduzidas é extremamente comum o atendimento do parto por enfermeiros obstetras. Na Holanda, por exemplo, onde a taxa de cesarianas é menor do que 10%, os partos de baixo risco são assistidos por estes profissionais, que atendem tanto em domicílio como no hospital. O médico obstetra só é chamado quando há indicação precisa e é ele quem faz a cesariana, quando necessária.

Como vimos, a assunção da responsabilidade pelo atendimento aos partos normais sem complicação pelos enfermeiros obstetras encontra amparo legal e como incentivo do ponto de vista das políticas públicas do setor saúde, tratando-se de uma importante estratégia para a modificação do modelo de assistência prestado nas maternidades brasileiras.

Na tabela AMB (Associação Médica Brasileira), utilizada como referência para a os convênios, não há sequer previsão para a remuneração dos serviços dos enfermeiros obstetras, criando-se uma reserva de mercado para os médicos na lucrativa “indústria de partos” na medicina privada.

Para reverter esse cenário, é imperiosa a intervenção da Agência Nacional de Saúde, para que estabeleça a obrigatoriedade de todos os convênios terem em suas tabelas valores para remuneração dos enfermeiros obstetras para as seguintes atuações: consultas de pré-natal e pós-parto; realização de parto normal; acompanhamento da parturiente durante trabalho de parto que, no curso do mesmo, necessitou de operação cesariana.

É importante que essa remuneração ocorra, tanto na forma de reembolso, quando na forma de cadastramento direto dos enfermeiros obstetras nos convênios de saúde, recebendo seus honorários diretamente destes. Assim agindo, no uso de suas atribuições legais, a ANS estará zelando pelo cumprimento da legislação que regulamenta as atividades dos enfermeiros obstetras e adotando importante estratégia para a redução das taxas de cesariana na saúde suplementar.

4. Incentivo à construção de Casas de Parto Particulares anexas ou próximas a hospitais, para caso a parturiente tenha necessidade de transferência.

As Casas de Parto do Sistema Único de Saúde representam importante incentivo e estímulo ao parto normal, possibilitando atendimento por enfermeiros obstetras altamente qualificado e humanizado. Trata-se de mais uma medida adotada pelo Governo Federal para incentivar o parto normal e reduzir as taxas de cesarianas no âmbito do SUS.

Da mesma forma, a implantação de Casas de Parto particulares, cobertas por planos de saúde seria uma excelente alternativa para a redução das cesáreas desnecessárias do âmbito da saúde suplementar. Ressalte-se, novamente, que a redução dos custos hospitalares em função da queda das taxas de cesarianas traria grandes compensações aos planos de saúde.

5) Planos de saúde tornarem públicas as taxas de cesáreas dos obstetras e maternidades que reembolsa.

Tais dados estão na base de dados dos planos de saúde e, em homenagem ao princípio da transparência que norteia as relações de consumo, devem ser disponibilizados aos consumidores.

Com isso, a gestante terá condições de escolher uma maternidade e um médico obstetra que esteja efetivamente preocupado em lhe proporcionar as condições para um parto normal, fugindo dos riscos das operações cesarianas. Tal medida ainda será um incentivo às maternidades e aos médicos obstetras, que, provavelmente, não se sentirão mais confortáveis ao terem seus índices abusivos de cesarianas divulgados.

Dessa forma, deve a ANS determinar a obrigatoriedade de que todos os convênios de saúde informem aos seus conveniados as taxas de cesáreas dos médicos filiados, assim como das maternidades e hospitais que fizerem parte do plano contratado.

6) Que a parturiente tenha direito de ser acompanhada por uma pessoa de sua preferência durante todo o trabalho de parto nos estabelecimentos da rede de saúde suplementar, independentemente de taxas e de autorização médica.

Atualmente, a presença do acompanhante no parto e pós-parto nas maternidades do Sistema Único de Saúde (SUS) é garantida pela Lei 11.108, de abril de 2.005.

Conforme consta no site do Ministério da Saúde, 14 estudos científicos brasileiros e internacionais realizados em mais de cinco mil mulheres demonstraram que as gestantes que têm um acompanhante no parto e no pós-parto ficam mais tranquilas e seguras durante o processo, o que contribui para a redução do tempo do trabalho de parto e para diminuir o número de cesáreas. Como explica a técnica da coordenação de saúde da mulher do Ministério da Saúde, Daphne Rattner, "Durante o trabalho de parto, é normal a mulher sentir medo e insegurança. Esse medo muitas vezes aumenta a dor das contrações e a experiência do parto torna-se traumática". Acrescenta que "A presença do acompanhante diminui esses obstáculos e transforma o acontecimento em uma experiência positiva e inesquecível"³².

O Ministério da Saúde ainda reconhece que a permanência de outra pessoa junto à parturiente, durante o parto e pós-parto, contribui ainda para reduzir a possibilidade de depressão pós-parto, doença que hoje atinge cerca de 15% de todas as mães do mundo.

A legislação sob exame representa, assim, um grande avanço no caminho da redução das cesarianas e humanização do nascimento, avanço que, novamente, não foi acompanhado pela rede de saúde suplementar, onde é comum os hospitais e maternidades impedirem que a parturiente tenha um acompanhante durante o parto e pós-parto. Mesmo quando admitem o

acompanhante, é muito comum a cobrança de taxas ou a exigência de autorização expressa do médico.

Portanto, incumbe à ANS, no âmbito de suas competências regulatória e fiscalizatória, agir para que as parturientes tenham garantida a presença de um acompanhante durante o parto e pós-parto nos hospitais e maternidades privados, independentemente de taxas ou autorizações médicas.

8) Que seja vedado aos planos de saúde excluírem de sua cobertura o ressarcimento e/ou pagamento dos honorários de médicos obstetras ou de enfermeiros obstetras, em casos de partos domiciliares

A exclusão do pagamento dos honorários profissionais, nessa forma de atendimento, é comumente adotada pelos planos de saúde, o que serve de desestímulo ao parto domiciliar, bastante comum em países europeus com baixos índices de cesariana.

O parto é um evento fisiológico e natural. A não ser em casos excepcionais, a tecnologia disponível nos hospitais torna-se desnecessária, tendo em vista que o corpo feminino, em gestações de baixo risco, mostra-se apto a parir sem interferências médicas. Não há evidências científicas, ou números, comprovando que os partos hospitalares seriam mais seguros do que partos em casa, para gestantes de baixo risco.

Muito pelo contrário, no ambiente hospitalar, como explicado anteriormente, são rotineiras as intervenções, muitas vezes desnecessárias, gerando dificuldades no processo natural do nascimento e sujeitando as parturientes e os recém-nascidos, paradoxalmente a mais riscos. Diversos estudos comparando partos hospitalares e não hospitalares indicaram reduzidas mortes, ferimentos e infecções em partos domiciliares atendidos por parteiras, enfermeiros obstetras ou médicos obstetras. Constatou-se ainda que problema respiratório em bebês recém-nascidos é muito mais alto nos partos hospitalares do que nos domiciliares.

Embora a idéia do parto domiciliar ainda encontre divergências entre os médicos brasileiros (não obstante sua enorme difusão em países europeus com taxas de cesariana e de mortalidade materna e neonatal muito

inferiores às nossas), tal opção não pode ser excluída pelos planos de saúde. A mulher que arca com as prestações de um convênio de saúde tem o direito de escolher o ambiente mais adequado para o nascimento de seu filho e contar com a assistência médica que lhe é conveniente. Esse direito de escolha não pode ser restringido pelos convênios privados.

Portanto, deve a ANS intervir para que seja vedado aos planos de saúde afastarem o pagamento e/ou ressarcimento de honorários profissionais no atendimento a partos domiciliares, situação que deve se aplicar tanto aos médicos obstetras quanto aos enfermeiros obstetras, a serem cadastradas pelos planos de saúde.

Tal medida, inclusive, vai ao encontro dos interesses financeiros dos planos, já que não deverão arcar com custos hospitalares. A segurança dos partos domiciliares também afastará os custos decorrentes de cesarianas desnecessárias já expostos nesse documento, tais como material hospitalar, honorários, medicamentos e UTIs. Casos de eventuais fraudes poderão ser facilmente evitados com a exigência de apresentação de exames realizados durante o período gestacional, bem como certidão de nascimento da criança.

IX - CONCLUSÕES

O índice de cesarianas no setor da saúde suplementar é atualmente o maior do mundo, o que se dá em função do predomínio de interesses corporativos em detrimento da saúde pública, ocasionando prejuízos a milhares de mulheres e bebês.

No âmbito do SUS, o Governo Federal vem adotando uma série de medidas efetivas visando à redução gradual dos índices, preservando vidas e evitando o desperdício de dinheiro público. O mesmo não ocorre na saúde suplementar, já que a Agência Nacional de Saúde se mantém inerte e omissa, apenas adotando medidas inócuas, incapazes de gerar efeitos reais.

Tal ocorre porque no âmbito da saúde suplementar a conta é repassada pelos convênios de saúde aos demais consumidores, e cabe à ANS modificar sua postura e enfrentar a questão de forma enérgica. A ANS não pode deixar-se dominar pelos interesses dos grandes hospitais e maternidades

(bastante satisfeitos com os lucros obtidos com tantas cesarianas), assim como pelos interesses da classe médica cesarista, igualmente satisfeita.

Esse cenário precisa mudar. As propostas presentes nesse documento fundamentam-se em medidas já adotadas no âmbito do SUS e perfeitamente aplicáveis à saúde suplementar. Fundamentam-se, também, em estratégias aplicadas com sucesso em países onde as taxas de cesariana são as mais baixas do mundo.

Justamente por serem propostas que efetivamente poderão baixar os índices de cesarianas, enfrentarão muitas resistências por parte de todos aqueles que lucram com a indústria do parto cirúrgico.

Portanto, faz-se necessária a imediata atuação do Ministério Público Federal, para que, utilizando-se de suas competências constitucionais como defensor da sociedade, interfira e obrigue a Agência Nacional de Saúde a exercer suas funções legais, regulando e fiscalizando as operadoras de planos de saúde de forma rígida e eficaz, preservando o direito de escolha de milhares de mulheres e, fundamentalmente, preservando-se o direito à vida.

É o que requeremos no presente documento, contando que a atuação do órgão ministerial em muito reforçará a nossa luta.

Em nome da rede Parto do Princípio, colocamo-nos à sua inteira disposição para prestarmos quaisquer esclarecimentos que forem necessários, trazendo novas evidências científicas que sustentem nossos argumentos, colocando o Ministério Público em contato com outras organizações, participando de reuniões, audiências públicas e o que for necessário.

Juty Chen

Roberta Lizandra Marcinkowski

Fabiola Cassab

Bibliografia:

¹ http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=27258

² <http://www.ans.gov.br/portal/site/home/cesarianas.asp>

³ Jornal nº Edição 226 - 6/2006 Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
- <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=687>

⁴ http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000300007

⁵ Are Brazilian women really begging for cesareans? Página 10, tabela 3. Autores: HOPKINS, Kristine; POTTER, Joseph E.
Link: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/PDF/1998/a160.pdf>

⁶ Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? Página 5, "As mulheres preferem cesárea? Autores: BARBOSA, Gisele Peixoto; GIFFIN, Karen; ANGULO-TUESTA, Antonia *et al.* *Cad. Saúde Pública*. [online]. nov./dez. 2003, vol.19, no.6 [citado 16 Abril 2006], p.1611-1620.
Link: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000600006&lng=pt&nrm=iso

⁷ Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre via de parto. Página 4, Tabela 1. Autores: FAÚNDES, Aníbal; PÁDUA, Karla Simônia; OSIS, Maria José Duarte *et al.* *Rev Saúde Pública* 2004; 38(4):488-94 Link www.fsp.usp.br/rsp

⁸ Incidência de cesárea segundo fonte de financiamento. Página 1, "Conclusão" Autores: YAZLLE, Marta Edna H. Diógenes; ROCHA, Juan Stuardo Yazlle, MENDES, Maria Célia, *et al.* *Rev Saúde Pública* 2001; 35(4):202-206 Link www.fsp.usp.br/rsp

⁹ Parto cesáreo: Uma análise da perspectiva das mulheres de Belo Horizonte. Autores: PERPÉTUO, Ignez H. Oliva; BESSA, Gina Hunter de; FONSECA, Maria do Carmo. 2000, XI Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP

¹⁰ Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. Página 1, "Conclusões" Autores: FAÚNDES, Aníbal; PÁDUA, Karla Simônia; OSIS, Maria José Duarte *et al.* *Rev Saúde Pública* 2004; 38(4):488-94 Link www.fsp.usp.br/rsp

¹¹ <http://www.amigasdoparto.com.br/ac022.html>

¹² Seção Mitos e Fatos, extraído do site: www.partodoprincipio.com.br

¹³ Dows the maxim "Once a Caesarean, Always a Caesarean" Still hold true?

Autor: Ugwumadu, A (2005) PLoS Med 2(9): e305,

Link: <http://medicine.plosjournals.org/perlserv/?request=get-document&doi=10%2E1371%2Fjournal%2Epmed%2E0020305>

¹⁴ Cesárea por conveniência e ética médica. Autores: FAÚNDES, Aníbal; PERPÉTUO, Helena Oliva. Link:

http://www.cremesp.org.br/revistasermedico/sermedico040506_2002/sintonia.htm

¹⁵ <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PublicacoesConteudoSumario&id=59>

¹⁶ Cesárea por conveniência e ética médica (op. Cit).

¹⁷ <http://www.cremesp.com/?siteAcao=Revista&id=147>

¹⁸

http://www.bbc.co.uk/portuguese/reporterbbc/story/2006/05/060522_cesariamb.shtml

¹⁹ <http://www.revistapesquisa.fapesp.br/index.php?s=157,3,2976,2&aq=s>

²⁰ "Parto Normal ou Cesárea", DINIZ, Simone Grilo e DUARTE, Ana Cristina, Editora UNESP, p. 36/37

²¹ "Parto Normal ou Cesárea", ob. cit p. 38

²² http://www.bbc.co.uk/portuguese/ciencia/story/2005/08/050801_cesariana.shtml

²³ http://www.ans.gov.br/portal/site/home2/destaque_22585_2.asp?secao=Home

²⁴ "Parto Normal ou Cesárea" , ob. cit. p. 39

²⁵ http://www.bbc.co.uk/portuguese/ciencia/story/2005/08/050829_cesarianaro.shtml

²⁶ "Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação de protocolo - Identification of difficulties at the beginning of breastfeeding by means of protocol application" (Maria Antonieta de Barros Leite Carvalhaes, Cláudia Regina Hostin Corrêa) - http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572003000100005

²⁷ - Cadernos de Saúde Pública, A operação Cesárea no Brasil. Incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação - Conseqüências Econômicas dos Altos Índices de Cesáreas – in http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102-311X1991000200003&script=sci_arttext

²⁸ Choosing caesarean section

Autor: WAGNER, Marsden. Página 1: "Viewpoint" Revista The Lancet – Vol 356 – 11 de novembro de 2000 – Páginas 1677-1680.

²⁹ <http://www.ans.gov.br/portal/site/home/cesarianas.asp>

³⁰ Revista Latino Americana de Enfermagem, in

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000500007

³¹ <http://www.pcarp.usp.br/acsi/anterior/823/newpage6.htm>

³² http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24112 – site do Ministério da Saúde