

Assunto: Procedimento de Gestão Administrativa nº 09.2019.00003298-8

Objeto: Prestar auxílio ao CAODH no intuito de estudar a política de atendimento adotada pelo SUS no Estado na via de parto e no caso de violência obstétrica, observando a possibilidade de escolha da gestante pela via de parto natural ou cesário.

EMENTA: A POLÍTICA DE ATENDIMENTO ADOTADA PELO SUS GARANTE O PARTO HUMANIZADO À PARTURIENTE. AUSÊNCIA DE REGRA LEGAL QUE ASSEGURE A ESCOLHA, PELA GESTANTE, ENTRE O PARTO NORMAL OU CESÁRIO, INCUMBINDO AO MÉDICO A INDICAÇÃO DO PROCEDIMENTO ADOTADO. O Sistema Único de Saúde considera o parto normal como habitual por dispensar intervenções desnecessárias, tendo menores índices de complicações, como hemorragias e infecções. A cesariana representa um recurso que salva vidas quando necessária, porém, sem a indicação adequada, expõe mães e bebês a riscos maiores do que no parto normal. Intervenção ministerial existente no Estado visando a efetivação da política de Humanização do Parto, nos termos da Lei Estadual nº 5.217, de 26 de junho de 2019 e Portaria nº 1.067, de 04.07.2005 do Ministério da Saúde.

O parto representa um momento marcado pela importância da chegada de uma nova vida. Mais que um evento médico, é um acontecimento repleto de emoções e significados, por isso, deve estar adequado à Política de Humanização do Parto e Nascimento (Portaria GM/MS nº 569, de 01 de junho de 2000).

A humanização do parto resulta do respeito à mulher como pessoa única, em um momento da sua vida em que necessita de atenção e cuidado. É o respeito, também, à família em formação e ao bebê, que tem direito a um nascimento sadio e harmonioso.

O SUS, ao instituir a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, considerou nas dimensões da contratualização da Rede de Atenção Obstétrica e Neonatal as taxas de cesáreas e partos normais em cada unidade

hospitalar, estabelecendo como meta qualitativa a redução no número de cesarianas, de acordo com o que preconiza a Organização Mundial de Saúde.

Desse modo, quando ouvimos dos profissionais da saúde pública que tentar o parto normal é protocolo SUS e que eles não estão autorizados a, desde logo, realizar a cesariana, o que eles estão querendo nos dizer é que no SUS a regra é o parto normal e que existe nas unidades de saúde conveniadas SUS incentivo para que aumente o número deste modo de parto, já que dependendo do número de cesáreas alcançadas a unidade não pontua, o que pode comprometer o repasse da contratualização.

Em outras palavras, o SUS contrata estabelecimentos de saúde que atendem as metas estabelecidas por ele e o número de parto normal em acordo com os indicadores da Organização Mundial de Saúde é uma meta que implica em incentivo financeiro para a unidade contratada.

Se formos pesquisar mais a fundo a legislação SUS encontramos a Portaria MS nº 306 de 2016 que aprova as Diretrizes de Atenção à Gestante: Operação Cesariana (Ministério da Saúde, 2015) que textualmente recomenda a cesariana apenas para os casos de apresentação pélvica: "a cesariana programada por apresentação pélvica é recomendada a partir da 39ª semanas de idade gestacional, sugerindo aguardar o início do trabalho de parto". Ou seja, quando o feto, apesar de já estar com 39 semanas, não se encontra na "posição de nascer", recomenda-se realizar de pronto a cesariana. Nos demais casos, segue-se o que é incentivado pelo SUS, que considera o parto normal como aquele que mais previne riscos, em contraposição ao parto cesariano.

Feitas estas considerações, surge-nos os seguintes questionamentos de ordem prática: e esse atendimento do SUS que definiu a política sobre o parto normal tem garantido o parto humanizado à parturiente? Em nome desta política de atendimento tem sido cometidas violências obstétricas contra as mulheres durante o parto?

Diz a Portaria nº 569 de 01.06.2000 do Ministério da Saúde que o Programa de Humanização no Nascimento tem como um dos seus princípios que toda gestante tenha direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura.

A Organização Mundial da Saúde, no documento Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito, e maus-tratos durante o parto, descreve a violência física e verbal no parto da seguinte maneira: “Relatos sobre desrespeito e abusos durante o parto em instituições de saúde incluem violência física, humilhação profunda e abusos verbais, procedimentos médicos coercivos ou não consentidos (incluindo esterilização), falta de confidencialidade, não obtenção de consentimento esclarecido antes da realização de procedimentos, recusa em administrar analgésicos, graves violações da privacidade, recusa de internação nas instituições de saúde, cuidado negligente durante o parto levando a complicações evitáveis e situações ameaçadoras da vida, e detenção de mulheres e recém-nascidos nas instituições, após o parto, por incapacidade de pagamento. Entre outras, as adolescentes, mulheres solteiras, mulheres de baixo nível socioeconômico, de minoria étnicas, migrantes e as que vivem com HIV são particularmente propensas a experimentar abusos, desrespeito e maus-tratos”.

Na prática são inúmeras ocorrências concretas que chegam as Promotorias de Justiça, aos Conselhos de Medicina e aos Tribunais diante da recorrente situação da rede pública que quando se recorre à cesárea, a parturiente já foi submetida a longas horas de sofrimento, buscando o parto normal, em prejuízo da saúde própria e do nascituro.

E se a violência, segundo a própria Organização Mundial da Saúde, pode ser entendida, independente da intencionalidade de causar dano, como o uso da força ou do poder em uma forma de ameaça, que ocasiona ou tem grandes probabilidades de ocasionar lesão, morte, dano ou alterações do desenvolvimento, fácil é enquadrar como violência a dor e o sofrimento impostos à parturiente que tenta exaustivamente o parto natural sem sucesso.

E é justamente neste ponto que compete aos Promotores de Justiça ficarem atentos à prática costumeiramente denunciada, em que o profissional SUS, dissimulando a posição da Organização Mundial de Saúde, busca induzir o parto até sua consumação, mesmo que o ato constitua uma violência para a mulher e um sofrimento para a criança.

Muitos são os casos em que graças à submissão ao parto normal, o conceito vem a sofrer anóxia (falta de oxigênio), ficando sequelado para o resto da vida, em virtude da popularmente chamada paralisia cerebral. Nas situações mais

graves, a anóxia leva à morte do bebê, seja dentro do ventre materno, seja alguns dias após o nascimento.

E tais casos também tem chegado aos Conselhos de Medicina e aos Tribunais, havendo, inclusive, situações em que os médicos findam processados por lesão corporal e homicídio, por terem obrigado a mulher a sofrer por muitas horas na tentativa de um parto normal.

Em nosso Estado, apesar de não existir norma autorizando a escolha da paciente gestante pelo parto que queria fazer¹, prevalecendo assim a política primária do parto normal, encontra-se em vigor a Lei nº 5.217, de 26 de junho de 2019, que dispõe sobre a implantação de medidas de informação e de proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica.

Segundo a mencionada legislação, a violência obstétrica é a prática de procedimentos e condutas que desrespeitem e agridam a mulher na hora da gestação, parto, nascimento ou pós-parto. Na prática, se considera violência obstétrica os atos agressivos tanto de forma psicológica quanto física, também podendo consistir em rotinas e normas que já se sabe que são desnecessárias, mas são feitas mesmo que não respeitem os seus corpos.

Desse modo, pode-se concluir que o parto será humanizado (que é o que se deve pretender buscar) na medida em que ocorrer naturalmente, sem que seja preciso usar das práticas que costumeiramente desrespeitam e agridem a mulher, como usualmente ouvimos nas Promotorias de Justiça.

Inclusive, a Lei Estadual exemplifica algumas condutas consideradas violência obstétrica:

Art. 2º Considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, por um familiar ou acompanhante que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período puerpério.

¹ No Estado de São Paulo foi promulgada recentemente a Lei nº 17.137/2019 que dá direito da parturiente escolher pela realização da cesárea a partir da 39ª semana, desde que iniciado o trabalho de parto. Referida normativa enfrenta resistência de aplicação, tendo havido inclusive Recomendação do Conselho Nacional de Saúde para que o Prefeito Municipal a revogasse e agora mais recentemente o diretório estadual do PTB (Partido dos Trabalhadores Brasileiros) ajuizou ação declaratória de inconstitucionalidade, ainda pendente de julgamento.

Art. 3º Para efeitos da presente Lei considerar-se-á ofensa verbal ou física, dentre outras, as seguintes condutas: (...)

XI - submeter a mulher a procedimentos dolorosos, desnecessários ou humilhantes, como lavagem intestinal, raspagem de pelos pubianos, posição ginecológica com portas abertas, exame de toque por mais de um profissional;

XII - deixar de aplicar anestesia na parturiente quando esta assim o requerer;

E não pode ser diferente. Pela própria política de atendimento do SUS a parturiente merece todo o cuidado e acompanhamento para que o trabalho de parto evolua naturalmente, sendo que o limite deve ser o cumprimento dos padrões profissionais de cuidado. A medida que estes padrões deixarem de ser possíveis de cumprimento, é caso sim de recorrer-se a cesárea.

Não se pode perder de vista que a política de atendimento SUS obstétrico prioriza o parto normal, desde que este seja um parto humanizado para a parturiente e garanta saúde à criança que vai nascer.

As Promotorias de Justiça da Saúde da Capital e de Três Lagoas expediram recomendações visando a adoção de medidas de conscientização dos profissionais e pacientes acerca das condutas que caracterizam violência obstétrica, bem como estabeleçam medidas de responsabilização dos profissionais da saúde, a fim de erradicar a prática de violência obstétrica na rede de saúde, viabilizando às gestantes atendimento humanizado no pré-natal, parto e pós-parto.

Nas duas recomendações houve menção a Resolução nº 2.144, de 17 de março de 2016, do Conselho Federal de Medicina que previu a permissão para que o médico atenda ao desejo da paciente e realize parto cesárea a partir da 39ª semana de gestação. De acordo com a mencionada resolução, a gestante tem o direito de optar pela realização de cesariana, desde que tenha recebido todas as informações de forma pormenorizada sobre o parto vaginal e cesariana, seus respectivos benefícios e riscos.

Foi uma forma encontrada pela entidade de classe de amparar os profissionais médicos que resolverem agir na contramão do que é preconizado como

política SUS, dando à gestante, nas condições acima mencionadas, o direito à opção, de plano, pelo parto que queira fazer.

O grande desafio que se apresenta é o profissional médico atuante na rede pública se conscientizar e decidir pela melhor forma de parto, pelo foco da saúde da mulher e do feto, lembrando que este profissional está de qualquer modo vinculado a política de seu empregador (SUS), que opta primariamente pelo parto normal e pune financeiramente a unidade de saúde que extrapole os limites quantitativos de cesariana, a partir das taxas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde.

Feitas estas considerações, de forma mais didática, é possível concluir:

1) a Política de Atendimento adotada pelo SUS na área da Atenção Obstétrica e Neonatal adota a opção primária do parto normal, não conferindo à parturiente o direito de escolha sobre o parto que se submeterá;

2) esta mesma Política assegura à mulher o direito à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegura à criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis – Portaria nº 1.459 de 24.06.2011, que instituiu a Rede Cegonha no âmbito SUS;

3) esta Política de Atendimento foi consolidada a partir dos Tratados e Convenções em que o Brasil é signatário, inclusive com respeito as taxas de cesarianas aceitas pela Organização Mundial de Saúde;

4) nas contratualizações da Rede Cegonha a redução nas taxas de cesárea são metas qualitativas que implicam em consequências sobre os repasses financeiros;

5) independente do tempo de gestação da parturiente, configura-se violência obstétrica forçar o parto normal, sujeitando a mulher e o feto a sofrimentos excessivos e que possam lhe resultar danos.

A presente manifestação visa informar aos órgãos de execução do Ministério Público Estadual sobre a política de atendimento adotada pelo SUS na Atenção Obstétrica e Neonatal quanto a opção do parto, assunto este que tem sido frequentemente debatido, inclusive com a recente iniciativa do Ministério da Saúde

em eliminar o termo violência obstétrica, o que tem sido rebatido por muitos atores de proteção à saúde do país.

Campo Grande, 02 de dezembro de 2019.

Assinatura digital

Ana Cristina Carneiro Dias

Promotora de Justiça - Núcleo da Cidadania