C0075364A

**CÂMARA DOS DEPUTADOS**

# PROJETO DE LEI N.º 3.635, DE 2019

**(Da Sra. Carla Zambelli e outros)**

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.

**DESPACHO:**
APENSE-SE À(AO) PL-4126/2015.

**APRECIAÇÃO:**
Proposição Sujeita à Apreciação Conclusiva pelas Comissões - Art. 24 II

**PUBLICAÇÃO INICIAL**
**Art. 137, caput - RICD**

O CONGRESSO NACIONAL DECRETA:

**Art. 1º.** A parturiente tem direito à cesariana eletiva, devendo ser respeitada em sua autonomia.

**Parágrafo Primeiro.** A cesariana eletiva só será realizada a partir de 39 (trinta e nove) semanas de gestação, após ter a parturiente sido conscientizada e informada acerca dos benefícios do parto normal e riscos de sucessivas cesarianas.

**Parágrafo Segundo.** Na eventualidade de a opção da parturiente pela cesariana não ser observada, ficará o médico obrigado a registrar as razões em prontuário.

**Artigo 2º.** A parturiente que opta ter seu filho por parto normal, apresentando condições clínicas para tanto, também deve ser respeitada em sua autonomia.

**Parágrafo Único.** Garante-se à parturiente o direito à analgesia.

**Artigo 3º.** Nas maternidades, nos hospitais que funcionam como maternidades e nas instituições afins, será afixada placa com os seguintes dizeres: “Constitui direito da parturiente escolher a via de parto, normal ou cesariana, a partir da trigésima nona semana de gestação”.

**Art. 4º.** Sempre poderá o médico, em divergindo da opção feita pela parturiente, encaminhá-la para outro profissional, desde que as vidas da mãe e do feto não estejam em risco respeitando assim o juramento da integridade a vida.

**Art. 5º.** As despesas, decorrentes da execução desta lei, correrão por conta das dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

**Art. 6º.** Esta Lei entra em vigor na data da sua publicação.

## JUSTIFICATIVA

Durante muito tempo, vigorou, na Bioética, uma relação vertical entre médicos e pacientes. O médico funionava como detentor do saber e o paciente como receptor deste saber, impossibilitado de participar das decisões referentes a sua própria saúde.

Com o desenvolvimento da chamada Bioética complexa, essa relação deixou de ser vertical, tendendo à horizontalidade, podendo o paciente, sem desrespeitar os saberes médicos, participar das tomadas de decisões referentes a sua saúde e a sua própria vida. O reconhecimento das chamadas diretivas de fim de vida tem relação direta com essa mudança de perspectiva.

Pois bem, a Bioética é orientada por quatro princípios básicos: Beneficência, Não Maleficência, Autonomia e Justiça.

Nessa perspectiva mais horizontal da Bioética, ganha força o princípio da autonomia. Por óbvio, o médico não abandonará a busca do melhor para seu paciente, porém, precisará considerar os desejos deste, sendo certo que todas as decisões passam pelo pilar do consentimento livre e informado.

A Medicina, no Brasil, é referência mundial, muito embora haja dificuldades de acesso ainda.

No que tange às diversas formas de parto, tem-se que os profissionais da Medicina sempre lidaram bem com todas elas. Nunca houve por parte dos médicos qualquer preconceito para com a cesariana. Ocorre que, nos últimos anos, ganhou força entre formadores de opinião (que não dependem da saúde pública) a ideia de que o parto normal e, em especial, o parto natural seriam melhores que a cesariana.

A autonomia individual confere à gestante o direito de, bem orientada pelo médico que a acompanha, escolher a via de parto de sua preferência, sendo certo que as intercorrências havidas no momento do parto serão levadas em consideração para, eventualmente, adotar-se um caminho diverso daquele, a princípio, almejado.

Os formadores de opinião que defendem a supremacia do parto normal à cesárea, em regra, se apegam à ideia (correta) de que as parturientes têm direito ao

próprio corpo e devem ter seu desejo respeitado. No entanto, defendem o direito de a parturiente escolher (e ser respeitada) apenas quando a parturiente escolhe o parto normal, ou o parto natural.

Quando a parturiente escolhe a cesárea, esses mesmos grupos abandonam o discurso de que a mulher deve ser ouvida e acolhida em seus desejos, presumindo que essa mulher não foi bem informada e esclarecida.

Nesse contexto, não se está diante de um movimento que visa dar voz às mulheres. Está-se, na verdade, diante de um movimento que quer impor suas próprias convicções a todas as mulheres.

A fim de que o objetivo deste Projeto de Lei não venha a ser deturpado, frisa-se que esta Parlamentar não tem nada contra o parto normal, não tem nada contra o parto natural, mas tem tudo contra o desejo de impor convicções de umas poucas pessoas à demais. Ousa-se dizer, à maioria.

Os grupos que defendem que o parto normal e o parto natural são melhores que a cesárea, com muita frequência, denunciam como violência obstétrica o fato de uma mulher pedir para fazer o parto vaginal (em qualquer de suas modalidades) e não ser atendida. Ocorre que esses mesmos grupos não se importam com as muitas mulheres que, na rede pública de saúde, mesmo clamando pela realização da cesárea, são obrigadas a sofrer por longas horas para parir por parto normal. A autora deste projeto não compreende por qual razão esses grupos não vislumbram violência obstétrica em tal situação.

A violência pode ser entendida, segundo a Organização Mundial da Saúde como o uso intencional da força ou do poder em uma forma de ameaça ou efetivamente, contra si mesmo, outra pessoa ou grupo ou comunidade, que ocasiona ou tem grandes probabilidades de ocasionar lesão, morte, dano psíquico, alterações do desenvolvimento ou privações[1] estando aqui manifesta em mais de uma forma.

Ora, que nome dar à dor imposta à parturiente que, optando pelo parto cesariano, uma vez atendidos os protocolos que garantem a segurança e desenvolvimento do feto, tem sua opção inobservada? A situação ganha gravidade,

[1]ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório Mundial sobre Violência e Saúde. OMS: Genebra, 2002. p. 1165.

quando se constata que a analgesia, durante o procedimento de parto normal, constitui exceção em todo o território nacional!

A imposição do parto normal, seja ele natural ou não, viola o princípio central da Bioética, qual seja, a autonomia.

Ademais, haja vista os riscos que circundam o parto normal, seja ele natural ou não, pode-se dizer que a imposição do parto vaginal finda por violar também o princípio da não maleficência.

Com efeito, muitos são os casos em que, graças à submissão ao parto normal, o concepto vem a sofrer anoxia (falta de oxigênio), ficando sequelado para o resto da vida, em virtude da popularmente chamada paralisia cerebral. Nas situações mais graves, a anoxia leva à morte do bebê, seja dentro do ventre materno, seja alguns dias após o nascimento.

Tais casos chegam 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.

A proponente teve a oportunidade de participar de audiências em que médicos explicavam que tentar o parto normal é protocolo e que eles não estão autorizados a, desde logo, realizar a cesariana.

As ocorrências concretas, que chegam aos Conselhos de Medicina e aos Tribunais, mostram que, na rede pública, quando se recorre à cesárea, a parturiente já foi submetida a longas horas de sofrimento, buscando o parto normal.

Essa realidade vem de longa data, mas ganha força quando formadores de opinião (artistas, políticos e intelectuais) abraçam a filosofia do parto normal, legitimando sua imposição às mulheres em maior vulnerabilidade.

Em decorrência dessa mentalidade predominante, quando ocorre morte da mãe ou do bebê, atrela-se tal resultado à cesárea. No entanto, raramente se assume que, quando a cesárea é determinada, a parturiente já amargou horas de intenso sofrimento, buscando um parto normal, que é imposto como melhor para si e para seu filho.

Não há nenhum estudo que correlacione a cesárea realizada a pedido da gestante, antes do início do trabalho de parto, com o resultado morte da mãe e/ou morte do concepto. Mas os casos concretos mostram que essas mortes ocorrem, em regra, quando se tenta por horas o parto normal, recorrendo-se à cesárea, quando a situação já se revela insustentável.

Importante reiterar que, não se está advogando impor cesárea a quem quer que seja, mas se a mulher não quer fazer o parto normal, imperioso que tenha seu direito de escolha atendido, até em razão dos riscos que circundam o parto normal.

A esse respeito, importante lembrar que a história da cesárea se desenvolve paralelamente à diminuição da mortalidade materna e da mortalidade infantil.

Com efeito, estudos apontam que a taxa crescente de cesarianas, nas últimas três décadas, acompanhou uma significativa diminuição nas taxas de mortalidade materna:

> "(...) uma parte substancial da associação entre taxas de cesáreas e mortalidade era explicada por fatores socioeconômicos (20). Porém, quando as taxas de cesáreas de uma população são menores do que 10%, a mortalidade materna e neonatal diminui conforme a taxa de cesárea aumenta" [2].

> "a cesariana eletiva mostrou uma menor taxa de transfusões, hemorragias, menos complicações cirúrgicas (lembrar que parto vaginal pode necessitar do uso de fórcipe ou cesarianas de urgência) e menor chance de incontinência urinária no primeiro ano pós-parto e de lesões do plexo braquial**"** [3].

Liu X et al[4], na China, que registra taxas de cesarianas similares as nossas, ao avaliarem um total de 66.226 partos, não constataram diferenças entre os partos vaginais e as cesáreas a pedido quanto aos critérios de admissão em CTI materno,

[2] ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. OMS: Genebra, 2015. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf. Acesso em 02/04/19. Acesso em 28/03/2019. p. 03.

[3] CÂMARA, RAPHAEL et al . Cesariana a pedido materno. Rev. Col. Bras. Cir., Rio de Janeiro, v.43, n.4, p.301-310, Agosto de 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912016000400301&lng=en&nrm=iso. Acesso em 02/04/2019. p. 303.

[4] Liu X, et al. Cesarean delivery on maternal request in China: what are the risks and benefits? AJOG 2015.

hemorragia grave, pós-parto, infecção materna, danos aos órgãos maternos, tromboembolismo materno e mortalidade perinatal. O estudo não registrou um único caso de mortalidade materna em cesáreas a pedido,e ainda averiguou que esta estava relacionada a menos traumas ao neonato  no momento do parto, além de menores índices de infecção neonatal, encefalopatia hipoxó-isquêmica e aspiração meconial, concluindo ou autor que

> "em comparação com mulheres nulíparas [mulheres que nunca pariram] que tentaram o parto vaginal, as mulheres que se submeteram ao CDMR tiveram desfechos maternos de curto prazo similares com algum benefício neonatal"[5].

Nesse mesmo sentido, os estudos de Molina et al., afirmam que "a mortalidade neonatal foi menor nos países com aumento da taxa de cesárea até 19,4 (IC95%, 18,6 a 20,3) cesáreas por 100 nascidos vivos (coeficiente de inclinação ajustado, -0,8; IC95%, -1,1 a -0,5, P <0,001 )"[6].

O número de mortes maternas, aquelas dadas no parto, pré-parto e pós-natal é alarmante.

A agencia DW Brasil, por meio de um cruzamento dos dados disponíveis no DataSUS e na Organização Mundial de Saúde, concluiu que o Brasil é responsável por cerca de 20% das mortes maternas em todo o mundo[7]. Não sem razão, o Brasil é considerado pela ONU o quinto país menos comprometido com a redução de mortes maternas.

Os dados preliminares, disponíveis no Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna de 2018 do Ministério da Saúde, mostram que essas mortes são frequentes e ocorrem em todos os estados nacionais, num total de 52.585

[5]Liu X, et al .Idem. No original: "Compared with nulliparous women who tried vaginal delivery, women who underwent CDMR had similar short-term maternal outcomes with some neonatal benefit." p. 01.
[6] Molina G, Weiser TG, Lipsitz SR, et al. Relationship Between Cesarean Delivery Rate and Maternal and Neonatal Mortality. JAMA. 2015;314(21):2263–2270. doi:10.1001/jama.2015.15553. No original: "Neonatal mortality was lower for countries with increasing cesarean rate up to 19.4 (95% CI, 18.6 to 20.3) cesarean deliveries per 100 live births (adjusted slope coefficient, −0.8; 95% CI, −1.1 to −0.5, P < .001). Neonatal mortality was not associatied with cesarean delivery rates greater than 19.4 cesarean deliveries per 100 live births (adjusted slope coefficient, 0.006; 95% CI, −0.126 to 0.138; P = .93)." p. 01.
[7] Agência DW-Brasil. Cinco mulheres morrem por dia no Brasil por questões relacionadas à gravidez, diz OMS. Disponível em: https://g1.globo.com/bemestar/noticia/cinco-mulheres-morrem-por-dia-no-brasil-por-questoes-relacionadas-a-gravidez-diz-oms.ghtml. Acesso em 04/03/2019.

mulheres mortas, sobretudo por hemorragias e hipertensão, sendo 10.367 no Estado de São Paulo[8].

Para os fetos, a mortalidade registrada em 2018, segundo o Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal do Ministério da Saúde, associadas ao indicador "Reduzível pela adequada atenção à gestação, feto, parto ou recém-nascido", foi de 16.892 mortes, sendo 3.048 delas em nosso estado[9].

Trazendo os números absolutos para relativos, encontramos como índices de mortalidade materna, para cem mil nascidos vivos, nos últimos dez anos a seguinte ordem[10]:

| Localidade | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Brasil | 73,3 | 70,91 | 75,87 | 72,99 | 76,09 | 74,68 | 77,16 | 76,99 | 68,73 | 72 | 68,2 | 64,75 | 54,5 | 58,1 | 58,4 | 57,6 | 58,4 | 56,6 |
| São Paulo | 40,13 | 40,63 | 40,11 | 34,23 | 34,79 | 35,39 | 40,77 | 42,32 | 40,88 | 56,64 | 45,07 | 40,8 | 36,8 | 39,3 | 42 | 49,1 | 51,2 | 53,3 |

Nota-se que, apesar dos elevados números de mortalidade materna, fetal e neonatal, o Brasil ruma na contramão daquele que seria o caminho para alterar (para melhor) este estado de coisas, impondo às parturientes o parto normal.

De fato, nos casos concretos em que houve morte e ou graves sequelas ao bebê, fica bastante evidente que se a cesárea tivesse sido determinada antes, os sinistros não teriam se verificado. Em outras palavras, a cesárea diminui os riscos para as mães e para os filhos.

[8]http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de monitoramento/mortalidade/ materna. Acesso em 28/03/2019. O link envia para a Tabela geral de mortalidade, onde deverá ser alterado o indicador para "Reduzível pela adequada atenção à gestação, feto, parto ou recém-nascido", obtendo-se os números citados. Esclarece-se que apesar de apontar AIDS no nome do site, trata-se do link do Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde (DANTPS), da Secretaria de Vigilância em Saúde que faz o monitoramento de mortalidade, não se restringindo à portadores de HIV/AIDS.

[9] http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de monitoramento/mortalidade/ materna. Acesso em 28/03/2019. O link envia para a Tabela geral de mortalidade, onde deverá ser alterado o indicador para "Reduzível pela adequada atenção à gestação, feto, parto ou recém-nascido", obtendo-se os números citados. Esclarece-se que apesar de apontar AIDS no nome do site, trata-se do link do Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde (DANTPS), da Secretaria de Vigilância em Saúde que faz o monitoramento de mortalidade, não se restringindo à portadores de HIV/AIDS.

[10] Observatório da Criança e do Adolescente. Razão da Mortalidade Materna (para 100 mil nascidos vivos) com base no MS/SVS/DASUS: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Disponível em: https://observatoriocrianca.org.br/cenario-infancia/temas/saude-materna-neonatal/586-razao-da-mortalidade-materna-para-100-mil-nascidos-vivos?filters=1,187. Acesso em 29/03/2019.

Em não se podendo negar que a cesárea constitui uma evolução, resta cruel retirar da parturiente o direito de escolher tal via de parto e ter seu pedido atendido.

Por óbvio, a realização da cesárea fica condicionada à maturidade do concepto para o nascimento, daí a importância de falar claramente nas 39 (trinta e nove) semanas de gestação.

Em 2016, por meio da Resolução nº 2.144, o Conselho Federal de Medicina passou a prever de forma expressa que o médico pode sim atender ao desejo de sua paciente e realizar a cesariana, desde que a gestação esteja com, no mínimo, 39 (trinta e nove) semanas. Nos seguintes termos:

> Art. 1º É direito da gestante, nas situações eletivas, optar pela realização de cesariana, garantida por sua autonomia, desde que tenha recebido todas as informações de forma pormenorizada sobre o parto vaginal e cesariana, seus respectivos benefícios e riscos.
>
> Parágrafo único. A decisão deve ser registrada em termo de consentimento livre e esclarecido, elaborado em linguagem de fácil compreensão, respeitando as características socioculturais da gestante.
>
> Art. 2º Para garantir a segurança do feto, a cesariana a pedido da gestante, nas situações de risco habitual, somente poderá ser realizada a partir da 39ª semana de gestação, devendo haver o registro em prontuário.
>
> Art. 3º É ético o médico realizar a cesariana a pedido, e se houver discordância entre a decisão médica e a vontade da gestante, o médico poderá alegar o seu direito de autonomia profissional e, nesses casos, referenciar a gestante a outro profissional.

Tal Resolução vem coroar o princípio da autonomia da paciente, bem como o principio da não maleficência, uma vez que exige a maturidade do concepto e permite a diminuição dos riscos de um parto normal.

O problema é que, na rede pública, essa Resolução não é observada, ficando as mulheres submetidas à verdadeira tortura, uma vez que não querem passar pelas dores e pelos riscos de um parto normal, mas não lhes é dada opção. Ademais, como já dito, surpreende saber que até mesmo a analgesia lhes é negada.

Daí o entendimento desta Deputada de que é necessário (imperioso) criar uma lei para que, em São Paulo, o direito já assegurado por Resolução seja observado.

No âmbito federal, por meio do PL nº 5.687/16, houve a tentativa de conferir a todas as brasileiras tal direito; entretanto, o autor do PL errou ao falar na possibilidade de pedir a realização de cesárea depois de 37 (trinta e sete) semanas de gestação.

Com efeito, é consabido que, salvo situações excepcionais, em 37 semanas, o feto não alcança a necessária maturidade para o nascimento.

Uma vez mais, consigna-se, o problema sempre houve, mas ganha força com a crescente defesa do parto normal como via de parto melhor que a cesariana e, pior, como via de parto a ser estimulada, inclusive com pagamentos maiores.

A obstinação pelo parto normal levou o Ministério Público Federal, em São Paulo, a propor ação civil pública (Autos ACP nº 0017488-30.2010.4.03.6100), no bojo da qual a Justiça Federal (Magistrado da 24ª. Vara) sentenciou determinando que, também na rede privada, pague-se mais (três vezes mais), quando o nascimento se dá por parto normal! Indaga-se: até que ponto o Estado Juiz tem esse direito?

Muito se fala nos números alarmantes da cesárea, sem permitir argumentar que tal procedimento, na verdade, implicou uma evolução, sendo inegável que, no passado, as mulheres morriam muito mais de parto do que morrem hoje. Tratava-se de evento comum!

A tentativa de convencer no sentido de que o parto normal deve ser estimulado (imposto) chega ao ponto de grupos entusiastas dizerem que a mãe é mais mãe, quando tem seu filho pelo parto normal e que é mais mãe, quando não sofre nenhum tipo de intervenção externa, dado que “a mulher sabe parir e o bebê sabe nascer”.

A proponente respeita as convicções individuais e não é objeto deste projeto questionar posicionamentos (individuais ou coletivos). O intuito de propor a lei em apreço é, única e exclusivamente, evitar que o pensamento de algumas pessoas submeta um número significativo de mulheres à dor desnecessária e a riscos, mesmo quando elas clamam por um caminho diverso.

A realidade dos hospitais públicos não tem nada a ver com o cenário, em regra, desenhado pelas entusiastas do parto normal/natural. As mulheres que dependem da rede pública não chegam nos hospitais pedindo contato pele a pele,

ou a tatuagem da placenta. Elas só querem ter seus filhos e saírem vivas e saudáveis, com seus bebês vivos e saudáveis nos seus braços.

Ao fazer alusão ao contato pele a pele e à tatuagem de placenta, esta Deputada não está ridicularizando práticas que, a cada dia, se mostram mais desejadas nas camadas mais favorecidas da nossa sociedade. Toma-se a liberdade de fazer menção a esses exemplos, para evidenciar o quão distantes estão tais expectativas da realidade da esmagadora maioria das mulheres no Brasil.

Em debates, quando tal disparidade é lembrada, os entusiastas do parto normal/natural aduzem querer todo esse bem para todas as mulheres. Tal altruísmo é louvável, mas, dada a realidade no nosso país, não será melhor atender a vontade das mulheres e diminuir os riscos de anoxia pela obstinação pelo parto normal?

Esse é o intuito do presente projeto de lei, conferir voz às mulheres que, desde sempre, foram caladas pelo sistema e, por incrível que pareça, agora, são caladas por aqueles que costumam se apresentar como defensores dos oprimidos.

Ocorre que as mulheres mais vítimas de negativa de analgesia e de negativa do procedimento solicitado são as pobres e negras.

Este é um projeto de lei que preserva a vida, a saúde e a dignidade humana, importantíssimos direitos fundamentais.

Porém, este é um projeto de lei que também implica inclusão social, pois as mulheres da rede privada (particular ou conveniada) têm o direito de escolher não sentir dor e de recorrer a um procedimento que, sabidamente, salva mulheres e crianças.

Indague a um entusiasta do parto normal/natural por qual razão essa via de parto é melhor e a resposta será: a mãe se recupera rapidamente, não fica com cicatriz, o bebê tem menos riscos de problemas respiratórios. É verdade!

Mas esses males são nada perto de um bebê morto por anoxia, ou paralisado por anoxia, mesmo sua mãe tendo clamado pela realização da cesariana.

É esse quadro que o projeto que ora se apresenta visa corrigir.

A aprovação da lei que ora se propõe não implicará elevação de despesas, pois, atualmente, o pagamento pelo parto normal e pela cesariana é praticamente idêntico, já havendo, como dito, decisão judicial determinando que se pague mais pelo parto normal, justamente com o fim de estimular tal procedimento.

Ainda que a aprovação da lei que ora se propõe implicasse algum aumento de despesas, haveria de ser compensado com os gastos que implica a morte de

mães e filhos, bem como, no caso de crianças paralisadas pela anoxia (falta de oxigênio) a dependência dos recursos do estado por toda uma vida.

Se algum incremento de despesas haverá, por óbvio, será com a contratação de mais médicos anestesistas. No entanto, impossível que, por economia, o estado mais rico da federação siga torturando suas mulheres, no momento mais mágico de suas vidas.

Esta Deputada sabe que, com o entusiasmo que há em torno do parto natural, muitas mulheres consideram violência obstétrica serem anestesiadas. Esclarece-se que o presente projeto não objetiva anestesiar ninguém à força. As parturientes que não desejam anestesia devem ser respeitadas. Mas, não se pode recorrer a esses poucos casos pontuais, para justificar negar anestesia para a maior parte das mulheres de São Paulo e do Brasil.

Esta lei está em conformidade com a normativa ética da Medicina e, ainda, deixa bem claro que o médico pode, tal qual a paciente, exercer sua autonomia.

A aprovação do presente projeto implicará concretizar os princípios que informam a Bioética, na atualidade. É mais que um projeto referente às mulheres, é mais que um projeto referente à saúde. Trata-se de um projeto umbilicalmente atrelado ao respeito aos direitos fundamentais.

Sala das Sessões, em 18 de junho de 2019.

Deputada Carla Zambelli

Deputada Alê Silva

Deputado Filipe Barros

**LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA**
Coordenação de Organização da Informação Legislativa - CELEG
Serviço de Tratamento da Informação Legislativa - SETIL
Seção de Legislação Citada - SELEC

# RESOLUÇÃO CFM Nº 2.144/2016

(Publicada no D.O.U. de 22 de junho de 2016, Seção I, p. 138)

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.

O **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, embasado no exposto acima:

**CONSIDERANDO** que o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional;

**CONSIDERANDO** que no processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com os ditames da sua consciência e as previsões legais, o médico deve aceitar as escolhas de seus pacientes relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas;

**CONSIDERANDO** que o médico pode alegar autonomia profissional e se recusar a praticar atos médicos com os quais não concorda, ressalvados os casos de risco de morte do paciente, devendo sempre que possível encaminhá-lo para outro colega.

**CONSIDERANDO** que é vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal (Art. 34 do CEM);

**CONSIDERANDO** que é vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte (Art. 22 do CEM);

**CONSIDERANDO**, finalmente, o decidido na sessão plenária do Conselho Federal de Medicina realizada em 17 de março de 2016,

**RESOLVE:**

**Art. 1º** É direito da gestante, nas situações eletivas, optar pela realização de cesariana, garantida por sua autonomia, desde que tenha recebido todas as informações de forma pormenorizada sobre o parto vaginal e cesariana, seus respectivos benefícios e riscos.

**Parágrafo único**. A decisão deve ser registrada em termo de consentimento livre e esclarecido, elaborado em linguagem de fácil compreensão, respeitando as características socioculturais da gestante.

**Art. 2º** Para garantir a segurança do feto, a cesariana a pedido da gestante, nas situações de risco habitual, somente poderá ser realizada a partir da 39ª semana de gestação, devendo haver o registro em prontuário.

**Art. 3º** É ético o médico realizar a cesariana a pedido, e se houver discordância entre a decisão médica e a vontade da gestante, o médico poderá alegar o seu direito de autonomia profissional e, nesses casos, referenciar a gestante a outro profissional.

**Art. 4º** Esta resolução entra em vigor na data da sua publicação.

Brasília, 17 de março de 2016.

**CARLOS VITAL TAVARES CORRÊA LIMA**
Presidente

**HENRIQUE BATISTA E SILVA**
Secretário-geral

## EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM Nº 2.144/2016

O Brasil pode ser considerado um país de democracia moderna, no qual a cidadania tem se consolidado e a liberdade de autodeterminação torna-se cada vez mais preponderante.

Nesse cenário, a autonomia do cidadão implica uma reconfiguração na relação médico-paciente, que paulatinamente vem deixando de ser paternalista, passando a ser mais transversal. O paciente, uma vez que tenha sido bem informado, decide com o médico as suas opções de tratamento.

Subordinado à Constituição Federal e à legislação brasileira, o Código de Ética Médica reafirma os direitos dos pacientes e a necessidade de esclarecer e proteger a população.

Neste contexto, o exercício da medicina deve se pautar pelo equilíbrio entre o dever social de promoção da saúde coletiva e individual, em condições de equidade.

O fulcro é a harmonização entre o princípio da autonomia do paciente e a do médico.

Nessa perspectiva, se reconhece que o paciente tem o direito de tomar decisões conscientes, baseadas na melhor evidência científica.

Com base nessas premissas e procurando acompanhar as rápidas conquistas femininas no campo dos direitos reprodutivos, o CFM resolveu se pronunciar sobre um tema que está relacionado à autonomia reprodutiva das mulheres e que vem sendo bastante discutido:

- cabe ao casal, e em particular à gestante, o direito à escolha da via de parto?
- uma vez claramente informada sobre os possíveis benefícios e riscos que a decisão traria para a sua saúde, a mulher grávida tem o direito de escolher o modo como o seu filho irá nascer, se por parto vaginal ou por cesariana?

A solicitação da gestante por um parto cesariana é de fato algumas vezes a expressão implícita de um medo do parto, e esse temor parece ter muitas causas subjacentes.

Para que o parto cesariano por conveniência pessoal da paciente seja aceito, é mister que ela seja bem informada e orientada previamente de maneira que esteja apta para compreender e saber das implicações do que solicitou.

Nas primeiras visitas pré-natais, médico e paciente devem discutir, de maneira ampla e exaustiva, sobre o parto vaginal e a cesariana, seus riscos e benefícios e também sobre o direito de escolha da via de parto.

Uma vez esclarecida, a gestante deve externar o seu desejo e uma decisão dividida com o médico deve ser tomada.

Caso não exista concordância, a mulher tem o direito de procurar outro obstetra; também o médico pode alegar o direito a sua autonomia profissional e orientar a gestante a procurar um outro obstetra.

Caso a decisão seja pela cesariana, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que reforce as informações prestadas oralmente e que explique os princípios, as vantagens e as desvantagens potenciais da operação, deve ser assinado pelo médico e pela paciente.

**JOSÉ HIRAN DA SILVA GALLO**

Relator

**FIM DO DOCUMENTO**