



PROJETO DE LEI Nº DE 2021
(do Sr. NEUCIMAR FRAGA)

Garante a gestante o direito de optar pela realização de parto por cesariana, no Sistema Único de Saúde – SUS, bem como a utilização de analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal, desde que observada à indicação médica para o caso.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º. Fica garantido as gestantes o direito ao procedimento de parto por cesariana, assistido pelo Sistema Único de Saúde – SUS, respeitados, em todos os casos, a autonomia da vontade da parturiente.

§1º. A cesariana somente será permitida a partir da 39ª (trigésima nona) semana de gestação, desde que a gestante seja previamente esclarecida dos benefícios do parto normal, e também advertida acerca dos riscos do procedimento a ser adotado.

§2º. Fica autorizada a realização do procedimento previsto nesta lei, em prazo inferior ao previsto no parágrafo anterior, nos casos em que a gestação coloque em risco à vida da gestante e do feto, desde que observados pareceres médicos nesse sentido, e o procedimento seja realizado por médico especialista.

Art. 2º. A gestante que optar pela realização do parto normal, terá garantido o direito à analgesia no Sistema Único de Saúde, desde que apresente as condições clínicas adequadas, e respeitado o parecer médico para o caso.





Art. 3º. As operadoras de planos de saúde, e as demais instituições privadas de saúde, deverão adotar todos os procedimentos necessários a dar efetividade ao disposto nesta lei.

Art. 4º As despesas decorrentes da execução desta Lei correrão à conta das dotações orçamentárias próprias, que serão suplementadas, se necessário.

Art. 5º. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

O presente projeto de lei tem por objetivo contemplar a igualdade de direito à saúde e a vida, disposta no artigo 106 da constituição federal, *in verbis*:

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

Justifica-se o presente pedido, a necessidade de apoio as gestantes, principalmente de baixa renda social, para que sejam atendidas de forma digna e seja a elas garantido o direito à saúde e a vida com a utilização das cirurgias cesáreas. As mulheres “pobres” saem prejudicadas, sofrem horas de dor, em partos normais forçados.

Cabe esclarecer que, têm-se no país instruído e julgado diversos processos ético-profissionais decorrentes de eventos adversos os quais foram acometidos devido à demora em se realizar cesariana e pelas complicações da insistência em ultimar partos vaginais. E que, muitas vezes, as complicações tiveram início justamente na forma de condução da assistência ao trabalho de parto sem contar com a participação efetiva de profissionais médicos. Assim, estes são chamados a intervir somente após as complicações, assumindo o ônus do processo.





Ressalta-se, será ainda em todos os casos feito a devida orientação por parte da equipe médica, sendo feito os exames e verificando as condições clínicas de saúde da gestante e do nascituro caso a caso, e, de acordo com os resultados desses exames, prestada a orientação de qual é a melhor opção de parto.

Para muitas mulheres no Brasil, ou se tem o parto normal com uma assistência obstétrica agressiva ou a cesariana, nesse contexto a opção cirúrgica demonstra ser a mais segura do ponto de vista físico e emocional. Há ainda, um alto numero de mulheres de baixa classe social no país, as quais não possuem acesso a uma forma de parto respeitoso, assim, enquanto não mudarmos a forma de manejo do parto, reduzindo a agressividade a gestante e ao nascituro, a cesárea continuará sendo a opção menos invasiva ao direito a saúde e a vida das mulheres e seus bebês.

A título de informação aponta-se que, no Brasil a quantidade total de óbitos maternos atingiu o numero de 1575 mortes no ano de 2019. A morte de mães em trabalho de parto foi reduzida de 142 para cada 100 mil nascidos vivos no ano de 1990, para 64 mortes em 2019, sendo esse numero reduzido de forma gradativa. A complexidade da questão no Brasil é tão grande que, há casos de morte materna em alguns municípios justamente porque não existe a oportunidade de cesariana, quando ela está bem indicada em situações especiais, as quais poderia salvar vidas.

Segundo dados do Portal de boas práticas em saúde da mulher, da Criança e do Adolescente (FIOCRUZ), cerca de 20% das causas de óbitos maternos relaciona-se à hipertensão arterial especifica da gravidez, 12% se deve em relação à hemorragias, 7% em relação à infecção puerperal e 5% devido ao aborto. Ainda, a pesquisa demonstra que cerca de 92% dos óbitos poderiam são evitáveis com a prática da cirurgia cesárea no seu momento devido.

Quanto às hemorragias, inclusive, há pesquisas com resultados por meta-análises, feitas no ano de 2017, indicando que as mulheres de parto cesáreas têm menores chances de hemorragia (OR = 0,52; IC95% 0,48–0,57). Traduzindo os parâmetros, pode-se dizer que em intervalo de confiança alto (95%), as mulheres têm, praticamente, metade das probabilidades (0,52) de vir a óbito por hemorragias, podendo variar de 0,48 a 0,57. No geral, a mortalidade





materna tem associação positiva com o parto cesáreo (OR = 3,10; IC = 95%; 1,92-5,00) e infecção pós-parto (OR = 2,83; IC = 95%; 1,58-5,06).

Mas, enquanto a taxa de cesáreas em hospitais públicos foi de 42% em 2016; a taxa em hospitais privados sem leitos voltados ao SUS foi de 86%, de maneira que os hospitais privados contribuem em maior proporção para que a taxa seja elevada. Considera-se que há uma severa limitação no direito de escolha das mulheres. Acrescenta-se a isso, o crescimento no número de municípios cobertos por apenas hospitais públicos, de 981 em 2006 para 1.304 em 2016 (quase metade, 49%, no Nordeste).

Alguns estudos sugerem que a escolha pela cesárea no Brasil estaria, dentre variáveis reprodutivas e dos serviços de saúde, fortemente relacionada à figura do médico, que tem o poder de influenciar a escolha materna por meio do aconselhamento durante o período pré-natal. (GOMES, et al., 1999). Portanto, é absolutamente racional que o Congresso Nacional realize esse debate, uma vez que a cesárea possibilita a realização do parto em dias e horários mais convenientes. Dessa maneira, a preferência do médico pela realização da cesárea estaria principalmente relacionada com a possibilidade de escolha do momento, e não com a própria remuneração.

Observando experiências internacionais, na Dinamarca, aumentou-se a probabilidade de cesárea em bebês em posição pélvica de mães com ao menos um filho vivo, e encontraram um efeito positivo da cesárea, que reduziria a probabilidade de que o recém-nascido apresentasse um baixo Apgar, método para avaliar as condições de vitalidade do recém-nascido.

Assim, limitando o estudo a nascimentos de baixo risco de mães nulíparas (que nunca tiveram filhos), a partir da análise da proximidade da mãe a hospitais de taxas altas ou baixas de cesárea, provavelmente devido a diferentes limites de tolerância de tempo máximo de trabalho de parto em cada hospital, identifica um efeito positivo de hospitais com altas taxas de cesáreas sobre o Apgar e sobre a redução da mortalidade neonatal, indicando que prolongar o trabalho de parto por uma quantidade de horas muito alta para garantir o parto normal teria efeitos negativos na saúde do recém-nascido.

Ainda no contexto internacional, alguns estudos têm encontrado uma associação inversa entre as taxas de cesárea e a mortalidade materna e





infantil em países de baixa renda, onde uma parcela significativa da população não tem acesso a cuidados obstétricos básicos. Nesses países, o fornecimento de cesáreas oportunas, garantindo melhor assistência à gestante e ao recém-nascido, poderia reduzir a chance de complicações. Tais países de baixa renda podem ter relação de equivalência com as regiões Norte e Nordeste do Brasil.

Portanto, pode-se evidenciar que há muitos aspectos envolvidos na escolha do parto. Há questões culturais, sociais e, sobretudo, aqueles referentes às características do sistema de saúde e o acesso ao cuidado hospitalar. Há apenas um elemento ausente no debate: a preferência e a liberdade de escolha das mulheres pobres e dependentes do SUS. O presente Projeto de Lei busca contribuir com a crescente insatisfação das mulheres com a dinâmica do parto e as diferenças com a rede privada no contexto brasileiro.

Em suma, as possibilidades de escolha entre partos vaginais e cesáreos refletem as desigualdades sociais no Brasil. As mulheres pobres, que não têm a adequada assistência social durante a gravidez, o parto e o puerpério, são as maiores vítimas da mortalidade materna. São as mesmas pessoas que também não têm direito de escolha na via do parto.

O Brasil só irá superar o problema após chegarmos a um nível de países desenvolvidos, ponto aqui, ser inadmissível o que vem ocorrendo com as gestantes de baixa renda social do nosso país, onde após completar 40 semanas de gestação, momento em que os bebês estão prontos para nascer, determinam as mulheres que voltem a suas casas para a espera do nascimento via parto normal.

Por fim, a vontade materna deve imperar, garantindo assim a possibilidade da gestante em optar pelo parto cesariano, a partir da trigésima nona semana de gestação, bem como em prazos inferiores nos casos onde há risco de vida da gestante e do feto, conforme disposto no artigo 1º, §2º desta lei, extirpando-se assim atitudes e discursos que visam à vilanização da prática consagrada da cirúrgica obstétrica, promovida por grupos de caráter sectário e ideológico.

Sala das Sessões, em 04 de março de 2021.

Deputado NEUCIMAR FRAGA
PSD/ES

