RAQUEL DE ALMEIDA MARQUES

Assistência ao parto na saúde suplementar

Tese apresentada ao Departamento de Medicina
Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade
de São Paulo para obtenção do título de Doutora em
Ciências

Programa: Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. Mário Cesar Scheffer

São Paulo

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Marques, Raquel de Almeida

Assistência ao parto na saúde suplementar / Raquel de Almeida Marques. -- São Paulo, 2019.

Tese (doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Programa de Saúde Coletiva.

Orientador: Mário César Scheffer.

Descritores: 1.Cesárea 2.Parto 3.Saúde materno-infantil 4.Regulação e
fiscalização em saúde 5.Direito sanitário 6.Política de saúde 7.Saúde pública
8.Medicina preventiva

USP/FM/DBD-014/19

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

RESUMO

Marques RA. *Assistência ao parto na saúde suplementar* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2018.

Introdução - No Brasil mais da metade dos nascimentos ocorrem por meio de cesariana. As pacientes atendidas pelos planos e seguros saúde têm maior chance de passar por uma cirurgia. Embora seja um recurso que salva vidas, a cesárea sem indicação clínica acarreta riscos de saúde imediatos e de longo prazo. **Objetivo** – Analisar a regulação orientada à redução das cesarianas sem indicação clínica expedida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) através das Resoluções Normativas RN 368/2015, RN 387/2015 e RN 398/2016 da ANS. Esta tese é uma pesquisa qualitativa com base documental e entrevistas com representantes de entidades relevantes para a formulação de políticas de saúde materna e para a regulamentação dos planos e seguros de saúde. **Resultados** – Questões relacionadas à regulação das profissões, do modelo assistencial e da relação entre os agentes estão presentes nas causas do problema e não são suficientemente atendidas pelas resoluções normativas. **Conclusão** – A regulação da assistência obstétrica na saúde suplementar exige ação coordenada de agentes, instituições e entidades que atuam no mercado e na regulação dos planos de saúde, estabelecimentos hospitalares e profissões de saúde, de modo a promover o desenvolvimento de um plano de ação integrado.

Descritores: cesárea; parto; saúde materno-infantil; regulação e fiscalização em saúde; direito sanitário; política de saúde; saúde pública; saúde suplementar

SUMMARY

Marques RA. *Obstetric assistance in Brazilian private health insurance and plans* [thesis]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2018.

In Brazil, more than a half of childbirths are delivered by cesarean section. Healthcare insurance system's patients have a higher chance to experience surgery. Although an important resource to save lives, cesareans without clinical justifications may cause immediate and in long-term health risks. Objective – Analyse ANS obstetric regulation focused on reducing no clinical indicated cesareans as issued in RN 368/2015, RN 387/2015 and RN 398/2016. The present thesis is qualitative research based on documents and maternal health policies stakeholders interviews. Results – Professional rules and standards, the maternal health assistance model and the relationship between obstetric actors and entities are issues related to the problem causes and not efficiently developed and solved by ANS normative resolutions. Conclusion – Obstetric assistance regulation in Brazilian private health insurance and plans demands action by the Health Ministry coordinating all authorities responsible for healthcare plans, hospitals, and professionals in obstetric assistance as a means of developing an integrated solution plan.

Descriptors: cesarean section, parturition, maternal and child health, health care coordination and monitoring, health law, health policy, public health

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001 – Bolsa de Pesquisa.

Normas:

Referências: Vancouver (adaptado)

Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3ª ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação: 2011.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	4
REGULAÇÃO EM SAÚDE.....	10
SAÚDE SUPLEMENTAR.....	21
CESARIANA NO BRASIL	27
POLÍTICAS PÚBLICAS E INICIATIVAS DE SAÚDE MATERNA E REDUÇÃO DE CESARIANAS NO BRASIL	50
RESULTADOS.....	64
CONCLUSÃO	86
REFERÊNCIAS	90

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Fonte dos dados utilizadosErro! Marcador não definido.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Entidades convidadas para entrevistas	7
Quadro 2 – Relação de Entrevistados, atuação profissional e experiência no tema do estudo	65

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
Abenfo	Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiros Obstetras
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ABRAMGE	Associação Brasileira de Medicina de Grupo
ACOG	Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas
AMB	Associação Médica Brasileira
ANA	Agência Nacional de Águas
ANAC	Agência Nacional de Aviação Civil
Ancine	Agência Nacional do Cinema
Aneel	Agência Nacional de Energia Elétrica
ANMR	Associação Nacional de Médicos Residentes
ANP	Agência Nacional do Petróleo
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANTAQ	Agência Nacional de Transportes Aquaviários
ANTT	Agência Nacional de Transportes Terrestres
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
Art.	Artigo
Bacen	Banco Central do Brasil
CADE	Conselho Administrativo de Defesa Econômica
CAMSS	Câmara de Saúde Suplementar
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CBO	Cadastro Brasileiro de Ocupações
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa

CF	Constituição Federal
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNS	Confederação Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
Consu	Conselho de Saúde Suplementar
CREMERS	Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul
CVM	Comissão de Valores Mobiliários
DINSAMI	Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil
DOU	Diário Oficial da União
FBAM	Federação Brasileira de Academias de Medicina
FBH	Federação Brasileira de Hospitais
FEBRASGO	Associação de Ginecologia e Obstetrícia
FENAM	Federação Nacional dos Médicos
Fenaseg	Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados, de Capitalização e de Previdência Complementar Aberta
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
GM/MS	Gabinete do Ministro - Ministério da Saúde
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEC	Instituto de Defesa do Consumidor
IHI	Institute for Healthcare Improvement

IN	Instrução Normativa
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
NIH	National Institute Health
ONA	Organização Nacional de Acreditação
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PAISM	Programa de Assistência à mulher
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNSMI	Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil
PP	Parto do Princípio
PPGAR	Programa de Prevenção à Gravidez de Alto Risco
Prevsáude	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PSMI	Programa de Saúde Materno-Infantil
Rehuna	Rede de Humanização dos Nascimentos
RN	Resolução Normativa
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SOGESP	Associação de Obstetrícia e Ginecologista do Estado de São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Unidas	União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde
Unimed	Confederação Nacional das Cooperativas Médicas
Visa	Vigilância Sanitária

AGRADECIMENTOS

Esta pesquisa só foi possível graças ao apoio, parceria, afeto, compreensão, compromisso e orientação de várias pessoas. Agradeço ao meu orientador, Mário Scheffer, à minha família, aos amigos, aos professores, aos membros da banca, aos funcionários do departamento e à CAPES pela bolsa de pesquisa.

Sou grata por toda generosidade e paciência durante esta longa jornada.

A todos vocês, meu muito obrigada.

INTRODUÇÃO

De todos os partos que ocorrem no Brasil, mais da metade deles acontecem por meio da cesárea¹. Trata-se de um cenário complexo, considerando que há controvérsias sobre as razões pelas quais este problema de saúde pública ocorre, sobre o índice ideal de cesarianas e sobre os casos em que há sua real indicação. Além disso, aspectos políticos, econômicos, legais, institucionais e corporativos tornam a questão ainda mais complexa.

Na escala populacional, taxas de cesariana acima de 10%-15% não contribuem para a redução da mortalidade materna, perinatal ou neonatal². Recurso importante e que salva vidas quando bem indicada, mas, como outros procedimentos cirúrgicos, pode acarretar riscos imediatos ou de longo prazo. Por esta razão, taxa de cesarianas tem sido utilizada como indicador de avaliação do modelo de atenção ao parto³.

Este número crescente de cesarianas, que desde a década de 70 já está em discussão⁴, no Brasil é mais acentuado na assistência médica suplementar do que no sistema público de saúde.

Um dos deveres do Estado para a garantia do direito à saúde é a redução dos riscos de doenças e outros agravos⁵. Neste sentido, políticas públicas exercem papel crucial na qualidade da saúde materna ao especificar os papéis e responsabilidades da equipe técnica de atenção ao parto, das famílias, dos estabelecimentos de saúde, dos profissionais, da sociedade civil, entre outros atores envolvidos.

Motivada, entre outros fatores, pela repercussão negativa dos altos índices de cesarianas e pela pressão da sociedade civil⁶⁷, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) emitiu três resoluções normativas entre os anos de 2015 e 2016 com medidas que visavam induzir a promoção do parto normal na assistência médica suplementar.

Quando desigualdades e assimetrias podem gerar prejuízo para uma das partes envolvidas em determinada relação, torna-se necessária a intervenção do Estado⁸. O objetivo da regulação não é o de controlar, mas proteger a sociedade na execução de atividades essenciais para a vida e bem-estar, justificada sua realização quando atividades ou decisões ameaçam o interesse público⁹.

A cesariana na saúde suplementar é uma questão relativa à qualidade assistencial à saúde e demanda regulação dos planos e seguros saúde, estabelecimentos hospitalares e profissionais de maneira coordenada e orientada ao resultado, tanto no fazer das normas, nas suas consequências, quanto na fiscalização de seu cumprimento. Esta tese dedica-se a analisar a regulação realizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, na perspectiva das entidades-chave envolvidas no tema, a partir de três Resoluções Normativas da ANS: RN 368/2015, RN 387/2015 e RN 398/2016.

A resolução normativa 368/2015, publicada em 06/01/2015, definiu o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da assistência médica suplementar¹⁰.

A segunda resolução normativa, a RN 387/2015, publicada em 28/10/2015, que atualizou o rol de procedimentos na assistência médica suplementar, definiu também como um dos princípios de atenção à saúde na assistência médica suplementar: “incorporação de ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, bem como de estímulo ao parto normal”¹¹.

E a terceira, a RN 398/2016, publicada em 05/12/2016, institui a obrigatoriedade de credenciamento de enfermeiros obstétricos e obstetrizas por operadoras de planos privados de assistência à saúde e hospitais que constituem suas redes e sobre a obrigatoriedade de os médicos entregarem a nota de orientação à gestante, que se trata de um documento que fala sobre os riscos relativos ao parto normal e cesariana¹².

Como se verá seguir, tendo como fio condutor essas normas editadas pela ANS, a presente tese pretende abordar o problema do excesso de cesarianas na assistência suplementar e a efetividade da regulação pretendida, na perspectiva de atores representativos de entidades e instituições envolvidas com o tema.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Esta tese dedica-se a analisar a regulação da assistência obstétrica realizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar voltada à redução da taxa de cesarianas no segmento de planos e seguros de saúde no Brasil, a partir das resoluções normativas RN 368/2015, RN 387/2015 e RN 398/2016, na perspectiva das entidades-chave envolvidas.

Para tanto serão contemplados os seguintes objetivos específicos:

- **Identificar** as medidas legais, regulamentares, normativas, ético-profissionais e institucionais que visaram a redução de cesarianas até a publicação das RN 368/2015, RN 387/2015 e RN 398/2016;
- **Descrever** iniciativas, medidas regulatórias e resoluções da ANS, voltadas a redução de cesarianas no mercado de planos e seguros de saúde;
- **Levantar** discursos, opiniões, percepções e motivações de atores selecionados, envolvidos com a prática e a regulamentação da cesariana na assistência médica suplementar.

Pesquisas de caráter qualitativo são aptas a promover “o estudo da história, das relações, das representações, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensem”¹³.

Pesquisas qualitativas podem envolver investigações observacionais, etnográficas ou podem ser baseadas em entrevistas, dentre outras modalidades¹⁴.

Dentre os caminhos possíveis de uma pesquisa qualitativa, a entrevista semi-estruturada foi a técnica escolhida, com o propósito de alcançar, na voz dos diversos atores envolvidos, o relato oral dos acontecimentos e os posicionamentos diante do tema estudado. Seguiu-se o caminho menos preocupado com os significados dados pelos agentes aos fatos e suas intenções, e mais focado em compreender os atos e suas consequências¹⁵.

A partir das entrevistas procedeu-se uma análise de conteúdo¹⁶, sendo que os conteúdos foram codificados em subconjuntos temáticos. As entrevistas foram examinadas com a intenção de agrupar trechos por similaridade temática e nomeá-los de forma a contemplar a abordagem principal¹⁴.

Segundo Zina¹⁶, métodos adequados para a coleta de dados e informações, que permitam responder a uma pesquisa qualitativa na perspectiva das entidades envolvidas, como esta pesquisa se propõe, incluem entrevistas com representantes organizacionais, grupos focais, observações e revisão de documentos. Houve, neste trajeto, o cuidado de priorizar recursos que possibilitariam um olhar panorâmico, contextualizado teórica e historicamente, com outros que possibilitem ampliar a compreensão do fenômeno estudado.

Foram utilizados, neste processo, duas fontes:

A **primeira fonte** consistiu de uma análise bibliográfica com foco na saúde suplementar, regulação em saúde e assistência ao parto no Brasil. Neste primeiro momento a intenção é situar a discussão das cesarianas no país.

A **segunda fonte** constou de entrevistas semiestruturadas individuais gravadas e transcritas, realizadas com representantes de entidades envolvidas.

O grupo de entrevistados foi composto de representantes de entidades que participaram do debate público sobre a regulamentação e adoção de medidas para a redução de cesarianas no Brasil.

A coleta foi realizada através de entrevistas presenciais e via internet, de acordo com a conveniência de cada entrevistado, e sempre foram gravadas, com autorização do sujeito da pesquisa.

Visando manter diversidade de posicionamentos, impactos e interesses nos temas, os entrevistados foram selecionados intencionalmente por área de atuação e representação.

Os critérios de inclusão para o convite dos entrevistados foi fazer parte de instituições de referência na discussão da cesariana na saúde suplementar e preferencialmente estar presente nesta discussão, com posicionamento ou manifestação pública sobre o tema nos últimos anos.

Posteriormente, os aspectos disponibilidade e consentimento em participar da pesquisa foram determinantes para sua inclusão de fato. Algumas entidades foram

contatadas diversas vezes e por mais de um canal ou pessoa de contato. Contudo, em alguns casos a entrevista não se fez possível.

Quadro 1 - Entidades convidadas para entrevistas

Entidades convidadas para entrevista		
Categoria	Entidade/Instituição	Resultado
Profissional	AMB	Sem retorno
Profissional	Febrasgo	Entrevista concedida
Profissional	Abenfo	Desistência após inúmeros reagendamentos
Empresas representantes da assistência médica suplementar	Abrange	Sem retorno
Empresas representantes da assistência médica suplementar	Unidas	Sem retorno
Empresas representantes da assistência médica suplementar	Unimed	Sem retorno
Empresas representantes da assistência médica suplementar	Fenaseg	Entrevista concedida
Instituições hospitalares	FBN	Entrevista concedida
Instituições hospitalares	CNS	Entrevista concedida
Governo	ANS	Entrevista concedida
Governo	MS	Entrevista concedida
Governo	Cofen	Desistência após inúmeros reagendamentos
Governo	CFM	Entrevista concedida
Governo	Vigilância Sanitária	Entrevista concedida

Movimentos sociais e sociedade civil	Parto do princípio	Entrevista concedida
Movimentos sociais e sociedade civil	Rehuna	Entrevista concedida
Movimentos sociais e sociedade civil	IDEC	Entrevista concedida

O roteiro das entrevistas foi semiestruturado e contemplou os seguintes eixos, conforme detalhado no Apêndice A:

- Localização do entrevistado ou entidade representada na discussão acerca do excesso de cesariana;
- Avaliação do entrevistado sobre os demais atores presentes na discussão;
- Avaliação dos entrevistados sobre as medidas regulatórias
- Encaminhamentos e soluções propostas para diminuição de cesarianas.

Para as análises deste presente estudo partiu-se das unidades temáticas obtidas nas entrevistas confrontadas com os dados e informações coletadas com a produção científica (fonte 1) e documentos diversos, incluindo legislação (fonte 2).

As entrevistas foram transcritas e lidas individualmente, buscando o entendimento da ideia geral. Depois foram identificadas unidades temáticas, cujas menções foram agrupadas e analisadas em referência aos demais entrevistados.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina (CEP-FMUSP) sob o registro 14.919, CAAE 58978516.4.0000.0065 e comprovante 084077/2016 na Plataforma Brasil.

Os entrevistados foram informados quanto a gravação da entrevista e dos objetivos da pesquisa, tendo liberdade total na decisão de participar ou não da mesma, assinando termo de consentimento livre e esclarecido.

Esta pesquisa tem limitações ao buscar a análise de um tema abrangente e complexo, a assistência obstétrica, com foco no subsistema suplementar do sistema de saúde brasileiro e com atenção específica a três resoluções normativas de uma agência

reguladora, emitidas com a intenção de diminuir a realização de cesarianas sem indicação clínica entre usuárias de planos e seguros de saúde privados.

As entrevistas inicialmente pretendidas e não viabilizadas, por desinteresse ou dificuldade de agendamento, são outra limitação da pesquisa. Embora fora do objetivo traçado, entrevistas com mulheres usuárias de planos de saúde e profissionais envolvidos na assistência obstétrica na saúde suplementar, na condição de indivíduos e não membros de entidades representativas, poderiam acrescentar novas perspectivas à análise do objeto.

REGULAÇÃO EM SAÚDE

A regulação em saúde é realizada especialmente pelo Estado e compreende a regulação sobre os sistemas de saúde, sobre a atenção a saúde e sobre o acesso à assistência¹⁷. Sua evolução inclui diversas ferramentas regulatórias desenvolvidas no decorrer da história dos sistemas de saúde¹⁸.

Além de ocupar-se dos processos concorrenciais e econômicos, a regulação em saúde também se dedica a orientar a forma e a direção da assistência em saúde oferecida à população ¹⁹, quem será assistido e quais coberturas serão ofertadas.

Desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, a ideia de proteção à saúde foi incorporada ao direito de cidadania, e uma das maneiras do Estado cumprir o seu dever é formulando e implementando políticas voltadas à redução do risco e à proteção da saúde²⁰.

Na interpretação do texto constitucional, o direito a saúde deve ser entendido por um critério extensivo. Ou seja, deve ser assegurada uma interpretação que ofereça a melhor e mais ampla eficácia às normas de direitos fundamentais²¹.

Além da inclusão no rol dos direitos sociais previsto no art. 6º da Constituição Federal de 1988, o direito a saúde foi reconhecido por diversos instrumentos internacionais, tais como a Declaração Universal de Direitos Humanos e o Pacto dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais.

A proteção à saúde demanda do Estado a garantia de acesso universal e a regulação daquilo que interfere em sua plenitude, considerando que saúde não é mercadoria ou mero objeto de lucro²⁰. Neste sentido, a utilização do processo regulatório como instrumento de gestão é uma alternativa potente para promover a equidade e amenizar a desigualdade relacional entre os agentes, públicos ou privados¹⁷.

Para efeitos deste estudo, serão destacados a seguir três agentes relevantes da regulação em saúde no Brasil, com potencial de impacto regulatório no tema estudado: o Ministério da Saúde, a Agência Nacional de Saúde Suplementar e os Conselhos profissionais. Outros atores, como o Poder Legislativo, instâncias de fiscalização e controle (Ministério Público, Conselhos de Saúde, etc), entidades da sociedade civil e mídia, dentre outros, tem papel e atuação pontuais, mas não são protagonistas da regulação em estudo.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

O Ministério da Saúde é a instância máxima e articuladora das políticas de saúde nacionais conforme artigo 9º da Constituição Federal:

Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal de 1988 Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e

III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

São ainda suas responsabilidades:

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;

IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;

XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;

XVII - promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;

XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde;

XX - definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária.

Tais pontos em destaque são relevantes para a discussão sobre o excesso de cesarianas. Cabe ao Ministério da Saúde o papel máximo na articulação a elaboração de políticas, normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade, inclusive para os serviços privados de saúde. É sua responsabilidade, também, a definição e controle dos padrões éticos, junto aos órgãos de fiscalização e outras entidades representativas.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

A ANS foi criada pela Medida Provisória No 2.012-2 de 30 de dezembro de 1999 e, posteriormente, oficializada pela Lei No 9.961 de 28 de janeiro de 2000, tendo sua atuação regulamentada pelo Decreto No 3.327, de 05 de janeiro de 2000.

Sua finalidade é promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores. Desta forma, faz com que a regulação que realiza tenha, em tese, como objetivo último, a garantia da saúde da coletividade, mesmo quando atua em questões ligadas ao direito de uma população específica consumidora de planos de saúde²². Além disso, cabe a ela promover um cenário mais estável e equilíbrio entre agentes com interesses antagônicos envolvidos no mercado de assistência médica suplementar. A consolidação de arcabouço normativo ajustado ao sistema constitucional, e a implementação de canais de solução eficiente de conflitos em âmbito administrativo são papéis desejáveis da ANS²³.

Embora sua finalidade principal seja regular as empresas de planos de saúde, seu escopo inclui aspectos de qualidade dos prestadores de serviço aos quais busca atender através de políticas supostamente indutoras, influenciando a forma como os serviços são prestados neste segmento. Algumas das competências expressamente designadas à ANS são:

- Fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço às operadoras;
- Estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras;
- 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;
- Fiscalizar aspectos concernentes às coberturas e o cumprimento da legislação referente aos aspectos sanitários e epidemiológicos,

relativos à prestação de serviços médicos e hospitalares no âmbito da saúde suplementar;

- Zelar pela qualidade dos serviços de assistência à saúde. Um aspecto importante das agências, ou autarquias especiais, é a definição de um contrato de gestão. Trata-se de uma negociação entre o Diretor-Presidente da entidade e o Ministro de Estado da Saúde, em até 120 dias após a designação do Diretor-Presidente da autarquia, com parâmetros e indicadores para a administração interna da ANS. O descumprimento injustificado do contrato de gestão implica na dispensa do Diretor-Presidente. Embora a vinculação das autarquias a um Ministério já esteja prevista em lei, bem como seu alinhamento às políticas centrais do governo, a explícita previsão na lei de criação das agências, bem como as regras para este processo, tornam este instrumento mais claro e eficaz. No caso da ANS o Contrato de Gestão poderia ser ainda melhor se houvesse a especificação do conteúdo mínimo deste acordo, como ocorre na ANVISA após a aprovação da Lei no. 13.411/16.

A diretoria da ANS é formada por cinco diretores com mandatos não-coincidentes de três anos, que adquirem estabilidade no cargo após quatro meses de atuação e que devem cumprir quarentena de um ano.

Para o devido planejamento da atuação, garantindo aos atores interessados o conhecimento prévio dos debates que serão promovidos, está prevista a adoção de uma agenda regulatória. Com isso se estabelece um cronograma de atividades prioritárias visando a transparência e a previsibilidade. É possibilitada à sociedade opinar sobre os assuntos tratados e acompanhar as propostas²⁴.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar atua tanto como fonte de normas como na aplicação de sanções, assumindo uma natureza “quase-legislativa” e “quase-judiciária” perante os controlados por ela²².

Como formas de proporcionar algum controle social à agência, que age de forma autônoma em suas decisões, o regulamento da agência prevê a possibilidade de realização de consultas (art. 35) e audiências públicas (art. 32). Os atos decisórios são

obrigatoriamente publicados no D.O.U. e as sessões da agência são públicas. Também são públicas e obrigatórias as consultas e audiências pública.

Além disso, no artigo 5º é definida a existência da Ouvidoria, um órgão que funciona como canal de comunicação entre a sociedade e a Agência Nacional de Saúde Suplementar.

A participação popular está prevista na Câmara de Saúde Suplementar, órgão que reúne representantes de diversos setores da sociedade e que tem a missão de auxiliar a diretoria colegiada da ANS em suas decisões.”²⁵ A Câmara de Saúde Suplementar é um órgão consultivo composto por representantes dos segmentos da sociedade que protagonizam relações no setor, incluindo entidades governamentais e de organizações que representam os consumidores, operadoras de planos de saúde, profissionais de saúde e da sociedade civil organizada. Por sua natureza converte-se em uma arena de conflitos, já que envolve diferentes atores que possuem valores e interesses diversos, muitas vezes antagônicos ²⁶.

No escopo da Agência Nacional de Saúde Suplementar estão quatro dimensões de regulação dos planos de saúde: econômica, assistencial, estrutura e operação. Apesar destas várias frentes de atuação, desde o início de seu funcionamento a agência atuou com ênfase no aspecto econômico/financeiro das operadoras de planos e seguros de saúde²⁷.

De todos os aspectos, o assistencial é o mais complexo em sua gestão. Uma das questões controversas nesta área se deve ao fato que o prestador de serviço está fora do alcance da Agência Nacional de Saúde Suplementar. A definição da maior parte das diretrizes de assistência são definidas pelas próprias empresas de planos de saúde, fundamentalmente voltadas à redução dos custos, nem sempre prevalecendo aspectos de qualidade.²⁸ O monitoramento de indicadores proposto pela ANS concentra-se preponderantemente na produção e no tempo médio de permanência e a taxa de ocupação de leitos. Os resultados medidos também levam em conta poucos e insuficientes fatores para atestar a qualidade.

Neste contexto institucional e normativo é que foram editadas as resoluções da ANS (RN 368, 387 e 398) para qualificar a assistência obstétrica prestada e sensibilizar planos de saúde e prestadores para reversão dos altos índices de cesariana.

Dentre as críticas recorrentes à atuação da ANS estão a ocupação de diretorias e cargos da agência por indicações políticas não técnicas e por pessoas oriundas do mercado de planos de saúde e do setor privado da saúde; a agenda regulatória limitada, com fraca regulação dos contratos coletivos de planos de saúde empresariais, de adesão ou contratados por indivíduos e famílias; a falta de transparência na política de reajustes de mensalidades; a internalização, na agência, da pauta do setor, de liberação de planos de menor preço, coberturas reduzidas ou altos valores de co-participação²⁹.

CONSELHOS PROFISSIONAIS

O escopo de atuação dos principais agentes da atenção ao parto, os profissionais médicos, enfermeiros obstetras e obstetrizes, e de seus respectivos órgãos de classe e representativos, são definidos em lei.

Compreender o escopo de trabalho dos profissionais responsáveis pela atenção ao parto é uma questão importante, pois a competência profissional é um tema em disputa.

A Lei 12.842/13, conhecida como a Lei do Ato Médico, define o escopo da atuação da categoria médica, descrevendo atos e atribuições privativas. Esta lei delega ao Conselho Federal de Medicina a definição de normas para procedimentos experimentais em Medicina, bem como a fiscalização, controle e sanções pertinentes a estes procedimentos.

O escopo de atuação das enfermeiras obstetras e obstetrizes é definido na Lei 7.498/86. Para o escopo deste trabalho, é importante destacar que, dentre as atribuições definidas para estes profissionais está a atenção ao pré-natal e parto sem distócia.

As entidades responsáveis pela fiscalização e com o monopólio do poder de polícia com relação a todos os profissionais da saúde são os respectivos Conselhos de Fiscalização Profissionais

Considera-se a necessidade de regulação através de conselhos de fiscalização profissional quando uma atividade implica conhecimentos técnico-científicos avançados e possibilita sérios riscos à coletividade, como o risco à segurança, integridade física, saúde, educação, patrimônio ou bem-estar. Com a atuação do conselho profissional para estes casos, espera-se, assim, garantir a prevalência do interesse público sobre os de grupos, criando deveres sociais de proteção à coletividade³⁰.

No Brasil existem 21 profissões regulamentadas na área da saúde. Destas, 14 profissões são de nível superior, regidas por respectivos conselhos de profissionais. Todos os Conselhos de Fiscalização Profissional em saúde são autarquias e a compreensão desta natureza jurídica é basilar no entendimento das possibilidades e limites destas instituições na ação pública.

Autarquias fazem parte da Administração Pública Indireta. Por definição, toda autarquia está vinculada a um Ministério afim à sua finalidade. Contudo, nem todas as leis de criação dos Conselhos Profissionais explicitam a qual Ministério encontra-se vinculado.

Considerando a finalidade e a importância da fiscalização profissional para a garantia do mais alto nível de saúde possível à coletividade, seria bastante pertinente considerar que a vinculação de todos os Conselhos da área da saúde (Medicina, Odontologia, Enfermagem, Psicologia, Educação Física, etc.) seja com o Ministério da Saúde, embora alguns conselhos explicitem vinculação ao Ministério do Trabalho.

A presença dos Conselhos de Fiscalização de Saúde como entidades da administração indireta do governo brasileiro faz delas instituições a serviço da direção do Sistema Único de Saúde.

Como membros da Administração Pública, os conselhos de fiscalização profissional estão sujeitos ao princípio da supremacia do interesse público, exigindo que cumpram as suas finalidades de forma a priorizar os interesses da coletividade acima dos interesses privados³¹.

A natureza autárquica dos Conselhos garante que possam realizar sua atividade prevista em Lei sem ingerência política em sua gestão administrativa e financeira.

Cabe única e exclusivamente ao Conselho Regional de Medicina, por exemplo, a fiscalização, julgamento e sanção administrativa dos médicos quanto a más condutas éticas.

Isso significa que apenas o Conselho Regional a que o profissional estava inscrito no tempo do fato é que pode advertir, suspender ou mesmo cassar o registro profissional. Pelo fato de ser uma autarquia, as decisões tomadas em cada caso não estão sujeitas a ingerências externas, considerando que há a previsão de autonomia administrativa.

Diferente dos sindicatos profissionais, cujo objetivo é a defesa dos interesses da categoria e de filiação facultativa, os Conselhos de Fiscalização Profissional têm o

objetivo de proteger a coletividade, sendo compulsória a filiação para o exercício da atividade profissional.

Os conselhos profissionais são entendidos como espaços para a garantia de direitos aos profissionais a ele submetidos, quando, na verdade, os conselhos trazem consigo limites e restrições ao livre exercício da atividade profissional³⁰.

Enquanto entidades sindicais e associativas têm a prerrogativa de defender a classe e lutar por conquistas trabalhistas, priorizando os interesses da categoria, os conselhos de fiscalização profissional não podem atuar de modo corporativo, em defesa apenas de seus filiados, sob claro prejuízo dos interesses da sociedade³⁰. Deixar de tomar providências ou retardar providências relevantes ao atendimento da coletividade, por qualquer razão, fere o princípio da Indisponibilidade do Interesse Público, um pressuposto do direito administrativo³².

O dever legal dos conselhos profissional é o de zelar pelo interesse público, exercendo poder de polícia na supervisão qualitativa, técnica e ética do exercício de profissões liberais, na conformidade da lei³⁰. São entidades que prolongam o Estado para a garantia do interesse da coletividade.

Reitera-se, assim, que é preciso afastar a compreensão de que os conselhos existem para defender interesses de seus integrantes. Esse não corresponde ao papel institucional que lhes foi atribuído pelo Estado³⁰.

SAÚDE SUPLEMENTAR

Não há consenso na literatura sobre o termo mais adequado para designar o segmento de planos e seguros de saúde. Neste estudo adota-se, desde o título, “saúde suplementar”, em referência à agência reguladora que editou as resoluções normativas em questão, sobre excesso de cesarianas. Mas também é usado aqui o termo “assistência médica suplementar”, que exprime a natureza deste mercado, limitada à prestação de serviços médico-hospitalares.

A Constituição de 1988 definiu ser a saúde um direito fundamental e universal, ou seja, um direito de todos. Determinou que o Estado estabelecesse “políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (art. 196), mas também concedeu à iniciativa privada a possibilidade de atuar neste setor (art. 199), definindo o caráter complementar dos serviços filantrópicos e privados, que podem ser contratados e conveniados para compor a rede pública do SUS, quando necessário^{29,33-35}.

Não há, na Constituição, referência específica ao mercado de planos e seguros de saúde. No entanto, o setor privado passou a participar do sistema de saúde brasileiro por meio da venda de insumos e prestação de serviços ao sistema público; ao mesmo tempo em que se organizou para atender planos de saúde e clientela particulares.

Os planos e seguros de saúde formam um mercado que demanda a necessidade de regulação, pois sua natureza imperfeita, na perspectiva econômica, afeta tanto a eficiência dos serviços comercializados quanto o bem-estar da coletividade atendida. No Brasil, há conflitos permanentes entre os três principais agentes que compõem esse mercado, com expectativas e interesses distintos: as empresas de planos e seguros de saúde; os prestadores de serviços (médicos, hospitais, laboratórios e outros) e os usuários ou consumidores. Além de falhas e conflitos, o modelo de atuação dos planos de saúde tem características próprias, financiado pela captação de clientela individual ou coletiva, centrado na intermediação da relação entre usuários e prestadores de serviços, limitado à atenção médico-hospitalar, restrito aos contratos estabelecidos entre as partes, geralmente com demanda espontânea de paciente, foco nas especialidades médicas e predomínio de remuneração de prestadores de serviços por ato ou produção, geralmente em sistema de pós-pagamento.³⁵

A proporção de pessoas que tem plano de saúde no Brasil mantém-se estável nos últimos 20 anos, entre 25% a 30% da população, com oscilações sobretudo em função da situação econômica do país e do nível de emprego. Segundo o IBGE, em 2013 73% dos brasileiros afirmavam usar exclusivamente o SUS e 27% dos brasileiros³⁵, além de usarem o SUS em determinadas situações, também tinham vínculo com planos e seguros privados de assistência médica e hospitalar. Mais de 80% deste mercado refere-se a planos de saúde coletivos financiados total ou parcialmente por empregadores.

Em comparação àqueles que não tem plano de saúde, a população coberta pela saúde suplementar tem mais anos de escolaridade, tem maior renda, reporta melhor estado de saúde e está concentrado mais nas capitais e nas regiões Sul e Sudeste.³⁵

Mesmo quem possui plano de saúde utiliza o SUS com frequência, em atendimentos de urgência e emergência, de alta complexidade e nos procedimentos não cobertos pelos planos de saúde.³⁴

A maioria dos hospitais privados presta serviços tanto para o SUS quanto para os planos de saúde. Os planos de saúde geralmente pagam mais que o SUS por estes serviços, o que lhes garante melhores condições de hotelaria e menor tempo de espera em determinados procedimentos.

A Constituição de 1988, conforme já mencionado, estabeleceu que a saúde é livre à iniciativa privada e definiu o papel complementar do privado, mas não houve referência específica ao mercado de planos e seguros de saúde ou à denominada saúde suplementar.

Ao longo dos anos 1990, o subfinanciamento do SUS afetou negativamente a oferta de serviços públicos. A escassez da oferta e a baixa qualidade dos serviços do SUS e a diversificação de recursos públicos indiretos direcionados a estimular o mercado de planos de saúde provocaram uma significativa expansão das demandas.

Após mais de três décadas sem regulação e controle, os planos e seguros de saúde no Brasil passaram, em 1998, a contar com a Lei 9.656/98, que representou, de alguma forma, avanço para a parcela da sociedade que utiliza a assistência médica suplementar no Brasil²⁹. Até então, tratava-se de um segmento que atuava sem normas

regulamentadoras, controle ou fiscalização específica e mais abrangente por parte do Estado.

Nos anos que precederam a aprovação da Lei 9.656/98 houve uma coalizão de interesses em torno da necessidade da regulamentação do segmento de Planos de Saúde. Mas foi a união entre médicos e consumidores, profissionais de saúde e usuários que garantiu certa vocalização política, repercussão nos meios de comunicação e respaldo da opinião pública.

Assim, em 1998, dez anos após a Constituinte, e depois de intenso debate e tramitação no Parlamento, a lei dos planos de saúde passou a dispor sobre vários temas. Entre inovações consideradas positivas ainda que lacunares e insuficientes, a legislação trouxe a definição de padrões mínimos de cobertura e o estabelecimento de critérios para a entrada, o funcionamento e a saída de empresas no setor. Também transferiu para o Poder Executivo a responsabilidade pela regulação e pela fiscalização destas empresas privadas, tanto nos aspectos assistenciais como naqueles ligados à atividade econômica.

Já mencionada anteriormente, para implementar a legislação regulamentadora foi criada (ANS) pela Lei 9961 de 2.000.

Aproximadamente 47 milhões de brasileiros estavam, em 2018, vinculados a planos de assistência médica, segmento do mercado da saúde no qual atuam aproximadamente 800 empresas operadoras que movimentaram em 2017 uma receita próxima de R\$ 179 bilhões³⁶

Embora sob a mesma legislação, há segmentos de planos de saúde com diferenças jurídico-institucionais e diversidade na abrangência geográfica, na oferta da cobertura assistencial e na organização da rede de serviços. As modalidades que detêm maior fatia do mercado são as cooperativas médicas (Unimeds) e a Medicina de Grupo (Amil, Golden Cross etc), seguidas da Autogestão (sem fins lucrativos, como Geap, Cassi, Petros), das seguradoras de saúde (Sulamérica, Bradesco etc), dos filantrópicos (mantidos por Santas Casas) e das administradoras de benefícios (a exemplo da Qualicorp, que funcionam como espécies de “corretoras” de planos coletivos).

O mercado é concentrado, tanto setorialmente (cerca de 14 empresas dominam mais de 40% do setor) quanto geograficamente (70% dos usuários de planos de

saúde estão na Região Sudeste). Os planos de saúde acompanham o desenvolvimento econômico do país, é um mercado sensível aos níveis de emprego e renda, com predomínio de contratos coletivos: cerca de 80% são planos empresariais (financiados por empregadores com ou sem participação dos empregados no financiamento), contratados por famílias ou pequenos grupos mediante um CNPJ ou são planos de adesão a associações, sindicatos etc.

Este setor tem registrado crescente judicialização de demandas e reclamações de usuários devido a restrições de coberturas, reajustes de mensalidades e rescisões unilaterais de contrato; dificuldades no atendimento e demoras devido a rede insuficiente; conflitos com prestadores, sobretudo médicos, por causa dos valores de honorários; barreiras de acesso para idosos, doentes crônicos e procedimentos de alto custo; além de baixa articulação com o SUS.

Há subsídios públicos diretos e indiretos para planos de saúde, que vão desde as desonerações fiscais a operadoras, prestadores e clientes (pessoas físicas e jurídicas), compra de planos privados para funcionários públicos, empréstimos no BNDES e não ressarcimento ao SUS, descumprimento do dispositivo legal que prevê pagamento ao SUS em determinadas situações que clientes de planos de saúde são atendidos na rede pública.

Os planos e os seguros de saúde dependem fortemente do financiamento das empresas empregadoras. O pagamento de planos de saúde individuais pesa no orçamento doméstico. Já os custos com planos coletivos são geralmente embutidos pelas empresas empregadoras nos preços dos produtos e serviços consumidos por toda a sociedade.

As pessoas físicas e jurídicas podem abater as despesas com planos de saúde do imposto de renda. Essa renúncia fiscal ou gasto tributário, que corresponde àquilo que o Estado deixa de arrecadar, é um favorecimento indireto ao mercado de planos de saúde.

São consideradas despesas públicas os gastos com planos de saúde para o funcionalismo e seus dependentes. Ou seja, despesas previstas nos orçamentos das estatais, da União e de determinados estados e municípios, financiadas pelos tributos pagos por toda a sociedade, garantem planos de saúde para um segmento populacional específico.

Não é possível dimensionar com exatidão, em termos financeiros, o intenso trânsito de clientes de planos de saúde em busca de recursos assistenciais públicos. Sabe-se que as áreas nas quais este fluxo é mais intenso são exatamente aquelas de maior custo e maior complexidade.

A Lei dos Planos de Saúde criou o ressarcimento ao SUS toda vez que um cliente de plano privado for atendido em um hospital ou serviço público de saúde. No entanto a ANS não criou mecanismos para tornar a cobrança efetiva, o tema foi judicializado pelas operadoras e os valores devolvidos ao SUS são historicamente irrisórios. Em fevereiro de 2018 o Supremo Tribunal Federal reconheceu por unanimidade a constitucionalidade dos planos de saúde em ressarcir o SUS, conforme revisto da lei 9656 de 1998.

Os planos de saúde têm por tradição financiar campanhas eleitorais³³ e frequentemente cargos e diretorias da ANS são ocupados por pessoas oriundas de empresas ou de entidades representativas do setor.

Na agenda mais recente do setor destacam-se as polêmicas em torno dos reajustes de mensalidades, tentativas de mudanças e retrocessos na legislação e iniciativas de planos de saúde “populares” ou “acessíveis”, de menor preço, por meio de esquemas de franquia, co-participação ou redução de coberturas.

A magnitude e a esfera de influência dos planos de saúde não podem ser medidas somente pelo número de pessoas cobertas. O faturamento das empresas, os recursos assistenciais mobilizados, a quantidade e diversidade de empresas envolvidas, o uso direto e indireto de recursos públicos, permitem estimar que é amplo o raio de alcance das atividades, da atuação e do poder econômico e político das empresas planos e seguros de saúde.

Não são poucas as desigualdades geradas por essa estrutura de oferta e financiamento do sistema de saúde brasileiro. A existência de um expressivo mercado de planos privados de saúde que utiliza recursos também disponíveis para a rede do SUS é uma fonte permanente de iniquidades na atenção à saúde. A alocação de mais recursos financeiros para determinado segmento populacional proporciona acesso e taxas de utilização de procedimentos diferenciados.

CESARIANA NO BRASIL

No Brasil a cesariana é realizada em 52% dos nascimentos, mas no setor privado, entre mulheres que têm planos e seguros de saúde ou pagam por atendimento particular, este procedimento cirúrgico chega a 88%. No setor público, entre a população atendida em maternidades e serviços próprios do SUS ou em serviços públicos conveniados e contratados do setor privado, as cesarianas atingem 46% dos nascimentos, segundo a pesquisa Nascer no Brasil, inquérito nacional sobre parto e nascimento, coordenada pela Fiocruz³⁷.

Nos últimos 50 anos, o Brasil vivenciou uma grande mudança demográfica. De uma sociedade predominantemente rural, nos tornamos um país com 84,36% da população em áreas urbanas (segundo o censo de 2010 do IBGE). Nossa taxa de natalidade, que era de 32,13 nascidos a cada 1000 habitantes em 1980, em 2010 foi de 15,2 nascidos a cada 1000 habitantes, o que significa uma taxa de fertilidade de 1,87 filhos por mulher.

O aumento de cirurgias cesarianas nas últimas décadas é um tema que preocupa a academia^{4,38}, os gestores públicos³⁹ e tornou-se pauta na sociedade, sendo assunto em jornais, blogs, grupos de discussões, nas redes sociais e dos movimentos feministas. A cirurgia cesariana, quando necessária, salva-vidas e diminui morbidades para a mulher e o conceito. Taxas baixas de cesárea são associadas a mortalidade de mães e bebês⁴⁰. Porém o efeito positivo não se mantém a partir de uma certa proporção de cesarianas⁴¹.

Embora o acesso limitado a cirurgias cesarianas seja um problema sério em países pobres, expondo mães e bebês a um risco aumentado de morbimortalidade, em outros o uso demasiado desta técnica constitui um problema de saúde pública.⁴² Taxas altas de cesariana não necessariamente indicam melhor assistência perinatal e estão positivamente associadas com tratamento antibiótico no pós parto, maior morbidade e mortalidade, mesmo quando ajustados os fatores de risco⁴³. A medicalização excessiva como prática cultural, no que se refere ao nascimento reafirma a ideia de que a cirurgia cesariana é inquestionavelmente segura, eficiente e desejável, levando os médicos gradualmente a transformarem um procedimento de emergência em uma prática de rotina⁴⁴.

No Brasil, bem como nos países onde as taxas de cesarianas são mais altas do que este patamar, uma proporção significativa deste incremento se deve a indicações não baseadas em evidências, conveniência profissional, solicitação materna e medicalização excessiva do parto. Esta é uma temática importante não apenas pelos riscos de saúde de curto e longo prazo para a mulher e a criança, mas também pelos custos associados às cesarianas desnecessárias⁴⁵.

Estabelecer taxas ideais de cesarianas não só minimiza resultados desfavoráveis tanto para a mãe quanto para o bebê quanto auxilia governos, especialistas em políticas públicas e profissionais da saúde a avaliar o progresso da saúde materno-infantil, monitorar as emergências obstétricas, bem como o acesso e uso dos recursos.

Características individuais das mulheres e da gestação influenciam a taxa de operação cesariana. Para o desenvolvimento de estimativas mais acuradas relativas a um grupo específico, a Organização Mundial de Saúde desenvolveu uma ferramenta para gerar referências adaptadas às características de uma dada população obstétrica. Esta ferramenta foi desenvolvida e validada com mais de 10 milhões de nascimentos em 43 países (incluindo o Brasil)⁴⁵. Considerando as características da população brasileira, o Ministério da Saúde, utilizando este instrumento de ajuste de referência da própria OMS, considera que a taxa ideal de cesárea no Brasil estaria entre 25%-30%¹.

Em que pesem as evidências científicas, profissionais discordam sobre a taxa ideal de cesariana. Em pesquisa com 1.057 médicos em 96 países, profissionais de países com taxas mais altas de cesariana indicaram taxas ótimas mais altas, enquanto em países com taxas de cesariana mais baixas as taxas ótimas indicadas pelos profissionais também eram mais baixas. Do mesmo modo, profissionais que trabalhavam exclusivamente no setor privado tendiam a apontar taxas ótimas estimadas mais altas (30%) que os profissionais que trabalhavam exclusivamente no setor público (20%)⁴⁶.

INDICAÇÕES DE CESARIANA

Discutir a taxa ideal de cesarianas implica também compreender as razões pelas quais são realizadas. Podemos dividir as cirurgias cesarianas em quatro grandes grupos:

- a. Cesariana de emergência
- b. Cesariana eletiva com indicação clínica
- c. Cesariana eletiva por repetição
- d. Cesariana sem indicação clínica

Podemos dividir as condições que levam à realização da cesariana (com indicação clínica ou sem) em quatro eixos: questões ligadas à mulher, ao bebê, organizacionais e tecnológicas.

Indicações de cesariana ligadas à saúde da mulher

Dentre as causas de cesarianas com indicação clínica, o progresso anormal do trabalho de parto ou a indeterminação da taxa de batimento cardíaco dos bebês é responsável por cerca de metade de todas as cesáreas em primíparas realizadas em um estudo populacional⁴⁷.

Além desta indicação, outras também contemplam o rol de importantes razões pelas quais a cesariana é atualmente indicada.

Portadoras de HIV

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) é uma das razões pelas quais a cesárea eletiva tem sido realizada, como uma das medidas para a redução da transmissão vertical do vírus. Contudo, estudos que comparam a efetividade dos tipos de parto na redução da transmissão vertical do HIV não conseguiram provar os benefícios da cirurgia nos casos e gestantes que estejam recebendo terapia antirretroviral e que tenham carga indetectável, e naquelas em fase ativa do trabalho de parto e após 4 horas de rotura das membranas⁴⁸.

Cardiopatias maternas

Cardiopatias maternas, que é o termo genérico que contempla uma gama de situações clínicas de variados graus de gravidade, também é uma das causas das cesarianas realizadas. Como regra geral, excetuando situações menos comuns, as condições mais frequentes de arritmias e graus variados de insuficiência cardíaca derivados de valvulopatias são compatíveis e até se beneficiam de um parto vaginal⁴⁸.

Pré-eclâmpsia grave e eclâmpsia

A pré-eclâmpsia grave e a eclâmpsia são complicações próprias da gestação com grande morbimortalidade materna e perinatal. Nestes casos, a recomendação é de resolução da gestação em até 24 horas após o início dos sintomas em caso de pré-eclâmpsia grave e em até 12 horas após a ocorrência de eclâmpsia. Quando o parto vaginal não puder ser realizado dentro do intervalo de tempo esperado, está indicada a cesárea⁴⁸.

Placenta prévia

Placenta prévia é uma condição de implantação placentária que causa distúrbios hemorrágicos, apresentações fetais anômalas, prolapso de cordão umbilical, rotura prematura de membranas e prematuridade. A cesárea está indicada quando há sangramento vaginal abundante e ininterrupto, se a placenta é visível através da cérvix dilatada ou se ele cobre completa ou incompletamente o orifício do colo uterino⁴⁸.

Descolamento prematuro de placenta

O descolamento prematuro de placenta, que é o desprendimento da placenta da parede uterina antes do nascimento do feto, é uma condição que exige resolução da gestação rapidamente. A cesárea de emergência está indicada quando o sangramento vaginal for intenso, o colo uterino for desfavorável ao parto vaginal imediato e o feto estiver vivo⁴⁸.

Cesáreas prévias

A prática de cesariana eletiva para pacientes com cesáreas prévias tem sido um dos maiores fatores para o aumento da taxa de cesariana. Isso se dava à ideia de que a cicatriz uterina da cesárea anterior tinha um grande risco de ruptura durante um parto

subsequente. A crença tradicional “uma vez cesárea, sempre cesárea”, atribuída a Craign em 1916, tem sido difícil de desmistificar⁴⁹. Embora nem a cesárea eletiva de repetição, nem o parto normal após cesárea sejam isentos de risco, taxas de parto normal após cesárea acima de 70% foram facilmente obtidas entre diversos grupos. Em 1999, o Congresso Americano de Obstetrícia e Ginecologia (ACOG) mudou suas diretrizes encorajando o parto normal após cesariana com uma recomendação de que deveria ser oferecida a tentativa de parto normal às mulheres com cesariana prévia, desde que não houvesse contraindicação e que as instituições estivessem equipadas para responder a emergências. Em 2010, o *National Institute Health* (NIH) do Reino Unido declarou que o parto normal após cesariana é uma opção razoável e que a decisão cabia ao médico e parturiente, após a análise dos riscos, ponderando que o desejo da mulher deveria prevalecer sempre que possível⁵⁰.

Tanto a cesariana eletiva por repetição quando o parto normal após cesariana tem benefícios e riscos. Os riscos de um parto normal após cesariana quando comparado com uma cesariana eletiva de repetição inclui hemorragia, necessidade de transfusão de sangue, endometriose, ruptura uterina e morte perinatal. Em comparação, cesariana eletiva de repetição aumenta os riscos de complicações cirúrgicas, placenta acreta e riscos em múltiplas cesáreas, além de risco de morbidade respiratória nos bebês. Casais podem, ainda, enfrentar uma subsequente infertilidade⁵¹.

Em mulheres com duas cesarianas anteriores, a taxa de sucesso da tentativa de parto normal foi de 71,1% e a ruptura uterina teve taxa de 1,36%, com uma morbidade materna semelhante a cesárea eletiva de repetição. Mulheres com histórico anterior de parto vaginal tiveram maiores chances de sucesso⁵².

Estimar o risco da cesariana não é uma tarefa fácil, considerando que estudos randomizados não são possíveis. Estudo multicêntrico realizado entre 1996 e 2000 com 25.005 mulheres com, pelo menos, uma cesárea prévia concluiu que mulheres com três ou mais cesáreas prévias que tentaram parto vaginal tiveram taxas de sucesso e risco de morbidade semelhantes às que tinham uma cesárea anterior. Nas 89 mulheres que tiveram parto normal após cesariana com um histórico de três ou mais cesáreas anteriores não houve casos de ruptura uterina ou morbidades maiores. Contudo este estudo tem limitações e precisa ser interpretado cuidadosamente. Considerando que resultados como

rupturas uterinas são raros, a amostra de 89 mulheres é insuficiente para conclusões definitivas⁵³.

Contudo, é possível dizer sobre os riscos do parto normal após cesariana que estes são semelhantes a uma cesariana eletiva de repetição. Embora o risco aumente a cada nova cesariana eletiva realizada, reduz a cada novo parto normal bem sucedido realizado após a cesariana⁵⁴.

Com o número crescente de mulheres submetidas a uma operação cesariana primária, cresce proporcionalmente o número de gestantes com cesarianas prévias. Embora a morte materna de mulheres com cesariana prévia seja um evento raro, esta taxa é maior nas gestantes submetidas a uma nova cesariana programada quando comparadas àquelas que tiveram parto vaginal planejado. Uma ou duas operações cesarianas prévias são situações que possibilitam o trabalho de parto e parto vaginal, embora com maior risco de ruptura uterina e necessidade de hemotransfusão¹. Segundo as diretrizes nacionais de atenção a gestante, a recomendação é:

O aconselhamento sobre o modo de nascimento em gestantes com operação cesariana prévia deve considerar três fatores:

1. As preferências e prioridades da mulher;
2. Os riscos e benefícios de uma nova cesariana;
3. Os riscos e benefícios de um parto vaginal após uma cesariana, incluindo o risco de uma cesariana não planejada (de urgência).

É importante informar às mulheres com três ou mais cesarianas prévias que o risco de infecção, lesão vesical e traumatismo cirúrgico não varia no parto vaginal, porém existe maior risco de ruptura uterina neste tipo de parto. A ruptura uterina é uma situação grave, com risco de óbito fetal e materno, requerendo intervenção cirúrgica imediata. Esse risco deve ser pesado contra os riscos de lesão vesical, hemorragia e histerectomia, entre outras morbidades, que aumentam quando se aumenta o número de cesarianas¹.

Cirurgias a pedido da gestante

Além das indicações clínicas, cirurgias cesarianas são realizadas também pelo desejo da mulher que, por sua vez, se manifesta por várias razões: desejo de ter o

profissional do pré-natal a atendendo no parto; de controlar o momento do parto; de não sentir as dores do parto; tocofobia; preocupações com a segurança da criança; parto anterior traumático; desejo de laqueadura; entre outras manifestações.

Na saúde suplementar e na assistência de saúde privada brasileira há a expectativa da assistência personalizada dos profissionais e o desejo de ter o profissional com que foi feito o vínculo no pré-natal presente no momento do parto. Com as agendas cheias e pacientes esperando, os médicos não podem gastar muitas horas monitorando uma única paciente. Neste sentido, a cesárea vem como solução, atendendo as necessidades tanto dos profissionais como das pacientes, sem prejuízo no pagamento por parte dos planos de saúde⁵⁵.

Mas, apesar do encontro de conveniências em algumas circunstâncias, a aceitação de que todas as cesarianas feitas a pedido da mulher expressam, de fato, um desejo unilateral precisam ser contextualizadas. Mello e Souza, em 1994, já sugeria que a influência dos desejos das parturientes no aumento das taxas de cesarianas era superestimado⁴⁴. Existe uma disposição para o parto vaginal entre as mulheres de todos os níveis socioculturais e econômicos, deslocando o foco da influência negativa dessas variáveis da mulher para os outros sujeitos envolvidos na assistência ao parto, como os profissionais da saúde⁴⁸. Há ainda paradoxos entre os discursos materno e médico: de 70% das mulheres que desejavam um parto normal no início da gestação apenas 30% delas permaneciam com esta opinião ao final do estudo e apenas 10% tinham seus bebês desta forma. Outra pesquisa nacional confirmou este padrão: enquanto 72% das mulheres desejavam um parto vaginal durante a gestação, apenas 45% delas alcançavam⁵⁶. 13% das mulheres em uma pesquisa de pós-parto disseram ter se sentido pressionadas pelo seu provedor de saúde a ter uma cirurgia cesariana⁵⁷. Há estudos neste sentido que sugerem que os médicos frequentemente persuadem as parturientes a escolher este procedimento, o que nos faz ser céticos na convicção de que os pedidos são de vontade legítima destas mulheres⁵⁸. Outro fator envolvido é a falta de educação perinatal que leva a equívocos, como a crença de que a qualidade do cuidado é diretamente proporcional às intervenções realizadas⁵⁹, receio de sequelas que levem à incontinência urinária^{43,60,61} ou que o parto vaginal prejudica a vida sexual futura^{54,59,61,62}. De toda forma, a ausência de informações ou o convencimento externo não explica tudo, considerando que mesmo entre médicas obstetras há esta escolha. Em pesquisa feita em Londres com 85 mulheres obstetras, 31%

escolheria cesárea mesmo em uma gestação sem complicações de feto único e a termo^{63,64}.

Idade da parturiente

Em parecer do Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia, foi mencionado que um dos fatores que também influenciam a realização de cesarianas é a idade das parturientes. O estilo de vida das mulheres, que acabam postergando sua escolha para ter filhos para idade acima de 35 anos geram uma população obstétrica que demandam mais intervenções⁶⁵.

Medo da dor

O medo da dor do parto vaginal é um aspecto também mencionado para a decisão pela cirurgia cesariana. No Brasil, o direito ao alívio da dor através da peridural, disponível na assistência privada e saúde suplementar, não acontece do mesmo modo no sistema público. Ainda que formalmente previsto e pagável desde 1998 pelo SUS, na prática é inviabilizado pela ausência de honorários específicos ao anestesista.

A cesariana a pedido da mulher e sem indicação clínica é um desafio ético. Exige o equilíbrio de três princípios: beneficência (minimizar os malefícios e maximizar os benefícios); respeito a autonomia; e justiça (incluindo a equidade e não discriminação)⁶⁴. Cabe ao médico, eticamente, esclarecer dúvidas, informar sobre as evidências, ter condições de oferecer assistência nas mais diversas condições e, também, respeitar as decisões da paciente⁴⁸.

Muito da discussão na literatura sobre a operação cesariana a pedido materno é focada no balanço entre a autonomia da paciente com os riscos de curto e longo prazo do procedimento, tanto para a mãe quanto para o bebê. Outro aspecto é se a cesariana a pedido deve apenas atendida caso solicitada ou se deve ser oferecida a todas as mulheres gestantes.

O argumento para oferecimento da cesariana a todas as gestantes é que não seria eticamente justificável dar oportunidades diferentes às mulheres que não solicitam a cirurgia. Considerando a explicação de todos os prós e contras dos procedimentos, o argumento é que esta medida não implicaria numa adesão ainda maior pela cesariana,

pois mulheres que desejam grandes famílias, por exemplo, perceberiam que os riscos cumulativos de múltiplas cesarianas não satisfariam seus objetivos. Esta abordagem é baseada na ideia de justiça (que todas tenham as mesmas oportunidades) e respeito a autonomia, para que cada paciente tome a sua decisão ponderada com as informações apresentadas. Nesta perspectiva, a cesárea eletiva sem indicação clínica deveria ser incorporada nas conversas com a gestantes no planejamento do parto, bem como a discussão das experiências que ela deseja ter ou evitar, do mesmo modo como ocorre com a oferta de analgesia⁵⁷.

Assumindo ser importante garantir que a escolha seja efetivamente livre e esclarecida, é legítima a participação da parturiente nas decisões sobre sua saúde⁶¹, embora na prática isso ainda não seja consenso.

A Federação Internacional de Ginecologistas e Obstetras (FIGO) declarou que “intervenções cirúrgicas sem uma justificativa médica não são boas práticas. Cirurgias cesarianas devem ser realizadas apenas para melhorar o bem-estar e os resultados favoráveis para mães e bebês. Como até o momento há evidências de que os benefícios não existem, cesarianas sem indicações médicas não são eticamente justificáveis”⁶⁰. No Reino Unido, após uma conferência de três dias sobre cesarianas por solicitação materna, o *National Institute of Health* (NIH) decidiu por não fazer recomendações negativas contra a cesariana sem indicação médica⁶⁰. No Brasil, um parecer do Conselho Federal de Medicina de 2016 declarou ser ético o atendimento do desejo da mulher por uma cesariana, desde que garantida a segurança do binômio materno-fetal, após esclarecidos os riscos, e somente após a 39ª semana de gestação, em situações de risco habitual⁶⁶. Contudo, este posicionamento ético não é unânime. Enquanto há pareceres de conselhos regionais de medicina que explicitam que o procedimento expresso pós-informado, livre e espontâneo, assinado pelo paciente é requisito e a última palavra sobre o encaminhamento dado⁶⁷, há outros que definem que, em caso de discordância, a palavra final é do médico assistente⁶⁸. Estes posicionamentos contra a escolha da mulher, no entanto, são discordantes de discussões bioéticas no campo da obstetrícia. A autonomia da mulher é uma condição para a manutenção de sua dignidade e liberdade. Os interesses do feto, que usualmente estão alinhados aos interesses das gestantes, não devem se sobrepor a elas mesmo em caso de divergências. A autonomia da mulher gestante deve ser respeitada e a circunstância da gravidez não

deve ser utilizada como argumento para coerção de seus direitos. O uso do termo de consentimento livre e esclarecido é o caminho para que se evite atitudes paternalistas na prática médica ou soluções também negativas como a judicialização da questão⁶⁹. Deste modo, o direito da mulher controlar o que acontece com seu corpo é reconhecido como uma consideração eticamente defensável⁷⁰.

Contudo, este direito a escolha da mulher não implica, necessariamente, à realização por parte do profissional. Caso o profissional sinta-se em conflito com sua consciência ele tem a possibilidade de recusar o caso e encaminhar a paciente a outro colega, segundo parecer do CREMERS citando os artigos 21 e 28 do Código de Ética Médica⁶⁷. Tal ressalva, da autonomia do profissional para referenciar a gestante a outro profissional em caso de discordância, também consta no parecer 37/2016 do Conselho Federal de Medicina⁶⁶.

Em alguns casos o pedido da cesariana sem indicação clínica vem por um desejo da esterilização definitiva voluntária através da ligadura tubária. Segundo a legislação vigente a realização da ligadura tubária não pode ser realizada no momento do parto, exceto nos casos de comprovada necessidade por operações cesarianas sucessivas anteriores, risco de vida materno em futura gestação ou risco de vida para um futuro conceito¹. A mulher que não realizou laqueadura durante o parto e desejar realizá-la, tendo mais de 25 anos e dois filhos, poderá fazê-la depois de 42 dias do parto⁷¹. Nos casos de risco à vida ou à saúde da mulher, ou do futuro conceito, tal condição deverá ser testemunhada em relatório escrito e assinado por dois médicos, conforme orienta o parecer 2522/2016 do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná⁷².

Indicações de cesariana ligadas à saúde do bebê

Além dos aspectos ligados à saúde e aos desejos da mulher, condições relacionadas ao bebê também influenciam a realização de cirurgias cesarianas. O nascimento por meio do parto vaginal deve ser usualmente priorizado. Dentre outras razões, podemos citar que fatores ligados ao desenvolvimento imunológico destas crianças ligadas à colonização do trato gastrointestinal destas crianças levam a um contexto onde é encontrado um aumento de 20%-30% de desordens autoimunes e obesidade entre os nascidos de cesariana⁷³.

Bebês de baixo peso

No caso de bebês de baixo peso, estudos sugerem que o parto vaginal seja mais danoso do que a via cirúrgica⁷⁴. Há outras circunstâncias que demandam cesariana e somente são percebidas durante o trabalho de parto, como a desproporção céfalo-pélvica. Trata-se de uma inadequação entre o tamanho da cabeça fetal e o canal de parto. Durante o trabalho de parto, o uso do partograma é de grande utilidade para o diagnóstico desta condição que deve ser resolvida por cesárea⁴⁸. Outra situação que acontece no decorrer do trabalho de parto e pode ensejar uma cirurgia cesariana são as distócias, ou “paradas de progressão”⁷⁵. Frequentemente distócias não são especificamente definidas e atribuídas como justificativa de partos com progressão abaixo do normal. É uma categoria que agrupa uma variedade de circunstâncias clínicas, incluindo problemas relativos a limitações na anatomia da mãe, disfunções nas contrações uterinas ou posicionamento problemático ou anormal do bebê⁷⁵. Em primíparas as distócias costumam acontecer na fase inicial do parto; em múltiparas a concluir que a distócia na fase inicial do parto em primíparas é um fator importante de escalada da cesariana⁵⁰. A revisão da definição de distócia é uma medida importante, considerando que estudos recentes demonstraram que o progresso no trabalho de parto é substancialmente menor do que se historicamente acreditava⁴⁷.

Gemelaridade

A taxa de cesarianas entre mulheres grávidas de gêmeos aumentou de 53% em 1995 para 75% em 2008⁴⁷. No entanto, quando a gestação está entre 32 semanas e 0 dias e 38 semanas e 6 dias, com o primeiro gêmeo em apresentação cefálica, uma cesárea eletiva não proporciona significativa redução ou acréscimo no risco de morte fetal ou neonatal ou de séria morbidade, comparado com o parto normal planejado⁷⁶.

Malformações fetais

Com o avanço tecnológico, as malformações fetais são diagnosticadas precocemente. Desta forma, durante o trabalho de parto normalmente já houve tempo de informar à mulher e consultar outros especialistas para programar a melhor abordagem e tratamento neonatal. Nestas circunstâncias, deve-se priorizar a preservação do futuro obstétrico da mulher, preferindo o parto vaginal⁴⁸.

Apresentação pélvica

A apresentação pélvica está presente entre 3% a 4% de todos os nascimentos⁵⁰. Em revisão sistemática realizada em 2015, concluiu-se que a curto prazo nascimentos com cesárea planejada são mais seguros aos bebês do que partos vaginais. Porém, crianças que nasceram de cesariana tiveram mais problemas de saúde aos dois anos de idade. É preciso considerar, todavia, que os estudos tinham uma força baixa de evidência⁷⁷.

Prolapso e procidência de cordão umbilical

Prolapso e procidência de cordão umbilical são condições mais frequentes em gestação com polidrâmnio, amniorexe em fase latente com apresentação fetal não insinuada e nas apresentações anômalas. Quando o cordão está prolapsado ele se encontra à frente da apresentação fetal após a rotura das membranas ovulares e procidente quando antes da rotura. A compressão do cordão pelo feto interrompe sua circulação, causando hipoxemia aguda e risco de óbito fetal. No prolapso de cordão, o parto deve ocorrer de forma mais rápida possível e, se a expulsão vaginal não for iminente, a cesárea de emergência deve ser realizada. Na procidência de cordão, o feto deve ser extraído antes da rotura das membranas, pela via abdominal⁴⁸.

Stress fetal

O diagnóstico de stress fetal, também conhecido como sofrimento fetal, é um fator que tem contribuído para o aumento das taxas de cesárea. Quando crônico, representa uma condição de déficit crônico da reserva de oxigênio e não se trata de uma indicação absoluta de cesariana, possibilitando o parto vaginal desde que não haja nenhuma outra contraindicação e que a vigilância fetal no transcorrer do trabalho de parto demonstre que o feto esteja em boas condições de vitalidade⁴⁸. Quando agudo, e diagnosticado por alterações persistentes ou recorrentes da frequência cardíaca fetal e/ou através da detecção de mecônio espesso. A cesárea está indicada quando o parto vaginal não for iminente e houver desacelerações tardias e taquicardia ou bradicardia fetal persistentes, geralmente associadas a alterações da variabilidade dos batimentos cardíacos fetais⁴⁸.

Macrossomia fetal

Por fim, a suspeita de macrosomia fetal deve implicar em cesarianas apenas para circunstâncias onde o peso fetal seja de, pelo menos, 5000g em mulheres sem diabetes ou 4500g em mulheres com diabetes⁴⁷.

Indicações de cesariana ligadas decorrentes de aspectos organizacionais ou tecnológicos

Nem sempre a indicação advém exclusivamente da condição clínica ou dos interesses do binômio mãe-bebê. Do ponto de vista organizacional, a falta de leitos⁶⁵, interesses econômicos dos estabelecimentos de saúde⁷⁸, medicina defensiva (medo de processo judicial por parte dos profissionais)^{48,60,78,79}, a assistência centrada no profissional médico^{1,42,60,61}, entre outras questões, induzem a priorização da cirurgia em detrimento ao parto. Na perspectiva tecnológica, o avanço da medicina fetal⁶⁵, a percepção de segurança⁶⁰, o aprimoramento da analgesia e técnicas cirúrgicas⁴³ e a formação profissional⁴⁸ também são fatores de influência pró-cesariana.

Otimização do uso dos recursos hospitalares

Como dito, um dos aspectos que motivam a escolha da via de parto é o fato de que hospitais são empreendimentos orientados ao lucro. Mesmo os hospitais sem fins lucrativos demandam um equilíbrio financeiro para a manutenção de suas operações⁷⁸. A obstetrícia costuma ser apontada como uma área financeiramente deficitária dentro dos hospitais havendo, em boa parte das maternidades, déficit de leitos ou a pressão pela maximização de seu uso⁶⁵. Cirurgias cesarianas são mais lucrativas que partos fisiológicos, hospitais com baixa ocupação se beneficiam dos dois dias extras de internação após a cirurgia e, em estabelecimentos pequenos, trabalhos de parto prolongados trazem transtornos à logística pela demasiada ocupação do centro obstétrico⁷⁸.

Otimização da alocação do profissional médico

Outro fator organizacional que sugere este cenário são os interesses dos profissionais médicos. No tempo em que se realiza a assistência a um parto normal é possível realizar um grande número de cirurgias cesarianas⁴², o que é, sem dúvida, um

argumento importante considerando a pressão da agenda na rotina dos profissionais^{56,60} em um modelo de pagamento por procedimentos. Além disso, a relação que se estabelece entre clientes e prestadores de serviços na saúde suplementar, mais próxima do que no serviço público, ironicamente leva as parturientes a receber uma assistência menos adequada, considerando que no serviço público os protocolos são seguidos de maneira mais conservadora⁶⁰.

O peso da demanda de tempo do profissional e sua ação na decisão por cirurgia é ainda maior considerando que a assistência ao parto no Brasil é centralizada nos médicos obstetras. Desde a década de 60 as enfermeiras e obstetrizas foram desaparecendo das maternidades brasileiras, devido ao aumento das escolas médicas e diminuição das escolas de enfermagem e obstetrícia⁴². Isso leva a um contexto de assistência baseado na atuação individual dos profissionais, em detrimento de um modelo multidisciplinar e de equipe¹. A inclusão de perfis como o da doula no cenário do parto é, inclusive, uma medida que impacta positivamente no decréscimo de intervenções, incluindo cesarianas^{50,73}.

Ambiência hospitalar

Além dos profissionais, o espaço onde a atenção ao parto ocorre também age no desfecho do nascimento. O estabelecimento da sala de parto ou casa de parto como espaço privilegiado para a atenção ao parto, em substituição ao centro obstétrico, nos mesmos moldes da assistência obstétrica europeia ou japonesa, redimensionaria os papéis e poderes neste processo⁶¹.

Medicina defensiva

Por fim, é necessário ter em vista que a obstetrícia é a primeira especialidade em número de denúncias registradas nos Conselhos Regionais de Medicina⁴⁸. A percepção no senso comum da cesariana como um procedimento seguro e o parto vaginal como causador de danos aos bebês, expõem médicos a riscos aumentados de processos judiciais⁸⁰. Estudos realizados na temática indicam correlação positiva entre histórico médico de processos legais e o aumento dos partos abdominais^{48,79}.

CONSEQUÊNCIAS DA CESARIANA

Embora o parto abdominal seja atualmente seguro e evite problemas como a fístula obstétrica ou hipóxia neonatal, ele não é isento de riscos sendo associado a complicações de curto e longo prazo⁸¹. Suas implicações podem ser categorizadas em morbidade^{1,40,43,45,52,56,60,73,82-87}, mortalidade^{1,38,40,43,80-82,88-90}, sequelas psicológicas^{1,56,60,91-94}, riscos neonatais^{1,40,60,95} e impactos no sistema de saúde^{43,56,60,61,82,83,96}.

A cesariana é segura, tem baixa taxa de complicações graves e, quando realizada por indicação médica, é eficaz na redução da morte materna. Contudo, ao avaliar centenas de milhares de nascimentos ao ano percebe-se uma associação entre cesarianas e complicações cirúrgicas graves e outras morbidades de curto prazo^{1,40}. Análises de longo prazo precisam ser realizadas⁴⁰. De três estudos que avaliaram a incidência de histerectomia pós-parto, dois evidenciaram maior risco de histerectomia em mulheres submetidas à operação cesariana programada e um estudo mostrou maior risco de trombose venosa profunda, choque cardiogênico e outro, maior tempo de internação hospitalar quando comparada com o parto vaginal¹.

Quanto à saúde mental, estudos sugerem que mães que tiveram seus bebês através de cirurgia cesariana são mais propensas a sofrer depressão pós-parto do que as mães que tiveram parto⁵⁹. Além disso, uma associação com menor contato tátil com o recém-nascido nos primeiros cinco meses⁶⁰ também foi identificada, bem como prejuízos à amamentação¹. Pesquisas sobre os impactos epigenéticos do parto abdominal são uma tendência, com questionamentos sobre a relação entre alergias, diabetes e leucemia com a via de parto no nascimento do indivíduo⁹⁷⁻⁹⁹.

O aumento na realização de cesarianas traz implicações no sistema de saúde, seja pela adaptação dos espaços, equipes e equipamentos à crescente demanda por cirurgias, seja pela majoração dos custos da ordem de 40% na realização de uma cesariana em comparação ao parto normal¹⁰⁰. Dizer isso não implica restringir a discussão ao aspecto econômico, na perspectiva de oferecimento de uma assistência mais barata a despeito de sua adequação. Trata-se da crítica de que altas taxas de cesárea não indicam boa qualidade de cuidados ou serviços, e podem causar prejuízos iatrogênicos⁴³. O que se

espera é a racionalidade no uso de recursos apropriados, que é diferente do conceito da avaliação quantitativa do acesso a leitos, procedimentos e consultas. A expectativa é de uma assistência ao parto onde mãe e criança fiquem bem, com o mínimo possível de intervenção que seja compatível com a segurança, exigindo uma razão válida para interferir sobre o processo natural⁶¹.

Após o tratamento do tema cesariana no Brasil, de acordo com a literatura, visando a adequada contextualização do tema do presente estudo, será feita a seguir a recuperação histórica das políticas, debates e iniciativas desenvolvidas no país, voltadas à redução de cesarianas e à promoção saúde materna e neonatal.

DEBATES PÚBLICOS SOBRE CESARIANA NA SAÚDE SUPLEMENTAR

Câmara de Saúde Suplementar

Após a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar em 2000, a menção à assistência obstétrica surge pela primeira vez na 15ª. Reunião da Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS¹⁰¹) instância consultiva da agência que conta com representantes de vários segmentos da sociedade. Enquanto a opinião pública começava a questionar os impactos das cesarianas agendadas na prematuridade e morte materna¹⁰², a discussão na Câmara ainda visada a consolidação de um novo modelo de assistência médica suplementar e, até então, as pautas relacionadas a reajuste, cobertura e carências eram os priorizados neste espaço e as discussões relativas a assistência ao parto estavam centradas nestes aspectos.

Até a 38ª reunião da CAMSS¹⁰³, os assuntos orbitavam em torno de rol de serviços, carência, segmentação dos serviços com e sem obstetrícia e monitoramento de prematuridade, mortalidade e complicações através de índices de qualidade. Somente em 2005, na ata da 40ª reunião da Câmara de Saúde Suplementar, dentro de um contexto de qualificação da atenção à saúde materno-infantil, é que surge a proposta de monitoramento da taxa de parto cesáreo como um dos indicadores de qualidade das operadoras.

Esta informação é interessante, pois a Câmara de Saúde Suplementar é um órgão de participação institucionalizada da sociedade na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, de caráter permanente e consultivo, que tem por finalidade auxiliar a Diretoria Colegiada nas suas discussões¹⁰⁴. Participam de suas reuniões associações de portadores de deficiência e patologias especiais, associações de consumidores de planos privados de assistência à saúde, defesa do consumidor, administradoras de benefícios, cooperativas de serviços médicos que atuem na assistência médica suplementar, empresas de medicina de grupo, autogestão de assistência à saúde, conselhos profissionais, representantes dos trabalhadores e representantes do governo. A ausência da temática até 2005, e sua inclusão a partir de uma proposição da própria agência, demonstra o quanto

os atores envolvidos nesta câmara não tinham naquela conjuntura a percepção da qualidade da assistência ao parto como um problema na assistência médica suplementar. Considerando que o excessivo número de cesarianas e a situação especialmente crítica na assistência médica suplementar, já era pauta desde 1998^{105,106} nas atas do Conselho Nacional de Saúde, fica a dúvida sobre as razões deste descompasso.

O alto número de cirurgias cesarianas volta a ser pauta na 43^a¹⁰⁷. Reunião da CAMSS em 2006, a partir de sugestão da própria agência, destacando o alto índice na assistência médica suplementar que atingia 84% naquele ano. No ano de 2007 o assunto é trazido pelo representante do Conselho Federal de Medicina, na 47^a¹⁰⁸. Reunião da CAMSS, chamando a atenção para a impossibilidade de um grande número de médicos em conciliar os horários ao longo de sua jornada de trabalho com a necessidade de estar à disposição da paciente, no caso de um parto natural.

Nos anos de 2007^{108,109}, 2008¹¹⁰⁻¹¹² e 2009¹¹³ o tema segue em várias reuniões, desaparece entre 2010 e 2013 e retoma em 2014¹¹⁴ com a presença do Ministério Público em uma reunião e solicitando medidas a este respeito.

Conselho Nacional de Saúde

Como visto, enquanto a discussão sobre o excesso de cesarianas surge apenas em 2005 nas atas da Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS), esta aparece, por sua vez, pela primeira vez em 1998 nas atas do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O Conselho Nacional de Saúde é a instância deliberativa criada através do decreto n.º 99.438, de 7 de julho de 1990, composta por 30 membros. Essa legislação fixou na composição do CNS entre representantes dos usuários, trabalhadores da saúde, gestores (governo) e prestadores de serviço de saúde. Os usuários ficaram com 50% das vagas, e os outros 50% eram divididos entre trabalhadores, gestores e prestadores de serviço¹¹⁵.

Na 80^a. Reunião do CNS, em 1998, o conselheiro Augusto Amorim trouxe a questão das cesarianas desnecessárias como um aspecto agravante da mortalidade infantil no país. Foi a primeira vez que a questão das cesarianas apareceu neste espaço. Em 2000 o tema retoma através da conselheira Tania Lago na 95^a. Reunião do CNS¹¹⁶, que apresentou iniciativas para a redução da mortalidade materna por parte do Ministério da

Saúde. Dentre os pontos, a instituição de limite para pagamento dos partos cirúrgicos e o acordo com a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia para elaboração de campanha educativa evitando a prática da primeira cesariana. Em 2006 a cesariana volta a ser objeto de debates, na 163ª. Reunião do CNS¹¹⁷, quando houve uma apresentação das ações na área de saúde da mulher, o que suscitou debates. Dentre os pontos críticos, o excesso de cesarianas na assistência médica suplementar, que chegava a 99% em alguns hospitais, foi ponto de destaque. Desde então o assunto retorna anualmente a pauta, na discussão direta das cesarianas, ou da qualidade da assistência obstétrica e redução de mortalidade materna, tanto no SUS quanto na assistência privada.

Opinião pública e sociedade

Perceber o crescimento desta questão nos espaços de discussão em saúde é um aspecto do entendimento deste problema, mas o quanto a sociedade estava interessada nesta mesma questão?

Na mídia, em 2000 o excesso de cesarianas já era pauta, bem como sua associação com a mortalidade materna¹⁰². Mas tais debates ainda eram esparsos e pontuais, usualmente reflexo da divulgação de pesquisas e ações públicas. Em 2006 é realizada uma reportagem da Folha de São Paulo sob o título: “Plano de saúde é recordista em cesariana”, em meio a um índice de 79,7% de cesarianas na assistência médica suplementar e a divulgação destes dados por parte da ANS. Frente a este cenário, a ANS se comprometeu a realizar uma reunião com diversas entidades para discutir o cenário e apresentou a intenção de premiar os planos que reduzissem seus índices por meio de avaliações de qualidade. Entrevistados nesta mesma matéria, uma pesquisadora e o representante da ABRANGE, entidade representante dos planos de saúde, disseram que a reversão deste quadro passaria pela educação dos médicos. Já um professor e médico de um importante hospital de São Paulo disse que o problema passa pelos aspectos de remuneração do profissional médico. Tal matéria rendeu um editorial¹¹⁸ e outra matéria no dia seguinte onde a OMS se posicionou contra a taxa de cesarianas na assistência médica suplementar brasileira classificando-a como “absurda”¹¹⁹. Neste mesmo ano há notícia de que a Agência Nacional de Saúde Suplementar iria tomar medidas para incentivar a redução destes índices e que a sociedade civil, por meio da Rede Parto do

Princípio, ingressou com uma ação no Ministério Público Federal de São Paulo acusando os médicos de corporativismo e a ANS de omissão na fiscalização e regulação ao parto no setor suplementar^{120,121}.

A temática do excesso de cesarianas estava, então, bem colocada na sociedade, as iniciativas para a resolução do problema surgem e as partes se posicionam sobre suas visões acerca das causas e soluções.

Neste sentido, foi registrado no jornal Folha de São Paulo em 2010 uma ação publicitária da SOGESP sobre a baixa remuneração dos obstetras que, segundo eles, além de uma desvalorização da categoria também explicaria os altos índices de cesariana na assistência médica suplementar¹²².

Em 2011 o número de cesarianas supera o de partos normais do país, o que reacende o debate público, trazendo a questão da remuneração e a vontade da paciente como justificativas para tal cenário. Uma solução alternativa é noticiada neste mesmo ano que seria a garantia de médicos plantonistas nas maternidades, que é uma das conclusões da Comissão pelo Parto Normal criada pela ANS em 2009¹²³.

Na contramão desta intenção, em 2013 torna-se tema em destaque denúncia de que algumas maternidades somente estavam atendendo parturientes previamente agendadas, o que implica necessariamente em uma cirurgia eletiva¹²⁴.

Em agosto de 2014 ocorre em São Paulo uma audiência no Ministério Público Federal que leva a ANS a se comprometer a apresentar propostas para a redução das cirurgias cesarianas em 60 dias¹²⁵. Dois meses depois são apresentadas três propostas por parte da Agência Nacional de Saúde Suplementar: dar acesso às usuárias sobre as taxas de cesarianas dos médicos e estabelecimentos de saúde; garantir a entrega e preenchimento do cartão da gestante; e condicionar o pagamento do procedimento parto à apresentação do registro do desenvolvimento do trabalho de parto através do partograma¹²⁶.

Tais medidas foram avaliadas como promissoras pelo editorial da Folha de São Paulo¹²⁷ e visavam enfrentar um cenário realmente distante do propunham as diretrizes² a este respeito: em janeiro de 2015, metade das 826 empresas de planos de saúde do país que contavam com assistência obstétrica, tinham taxas de cesariana acima

de 90%¹²⁸. Em resposta a críticas¹²⁹ sobre a superficialidade das iniciativas propostas¹²⁶, a ANS desenvolveu com o Hospital Albert Einstein e o IHI (*Institute for Healthcare Improvement*) um programa piloto para auxiliar os hospitais a implementarem novos modelos de assistência que favoreçam o parto normal¹³⁰. Frente ao cenário de poucas chances de conseguir o parto normal por meio de seu plano de saúde, mulheres com direito a assistência médica suplementar optam por ter seus filhos no SUS em busca de um padrão mais alto de assistência¹³¹.

Congresso nacional

No legislativo federal a questão do excesso de cesarianas foi debatida pela primeira vez no projeto de lei 7633/2014 proposto pelo deputado Jean Wyllys tendo a vista a promoção da assistência humanizada durante a gestação, pré-parto, parto e puerpério, incluindo-se o abortamento, seja este espontâneo ou provocado. Esta proposição, que abrange tanto o sistema público quanto privado de saúde, define como assistência humanizada aquela preceituada pelas recomendações do Manual de Boas Práticas de Atenção ao Parto e o Nascimento da Organização Mundial de Saúde, a Política Nacional de Humanização (PNH), as Portarias 569/2000, 1.067/2005 e 1.459/2011 do Ministério da Saúde, e em conformidade com as orientações da Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - RDC nº 36/2008. No tocante às cesarianas, são desenvolvidos os seguintes pontos:

Caracteriza como uma das formas de violência obstétrica as seguintes circunstâncias:

“V - Induzir a mulher a aceitar uma cirurgia cesariana sem que seja necessária, mentindo sobre riscos imaginários, hipotéticos e não comprovados, e ocultando os devidos esclarecimentos quanto aos riscos à vida e à saúde da mulher e do concepto, inerentes ao procedimento cirúrgico;

VI - Realizar cirurgia cesariana sem recomendação real e clínica, sem estar baseada em evidências científicas, a fim de atender aos interesses e conveniência do(a) médico(a);

VII - agendar cirurgia cesariana sem indicação real e clínica de cirurgia eletiva, mesmo nos casos em que tal procedimento cirúrgico se mostre necessário para o desfecho positivo do

nascimento, porém impedindo o início fisiológico do trabalho de parto, a fim de atender aos interesses e conveniência do(a) médico(a)”

Define que “os índices de cesarianas nas instituições ou estabelecimentos obstétricos públicos ou privados de saúde suplementar não deve ultrapassar a média preconizada pela Organização Mundial da Saúde, pactuada com o Poder Executivo Federal em valores e períodos definidos pelo Ministério da Saúde, exceto em hospitais-maternidades de renomada referência setorial que possuam maior demanda de atendimentos de alto risco, que deverão pactuar oficialmente seus próprios índices”;

Institui a criação das Comissões de Monitoramento dos Índices de Cesarianas e de Boas Práticas Obstétricas, com poder de monitoramento e controle dos índices de cesariana, incluindo suporte gerencial e técnico para a adequação dos índices, além de sindicâncias em casos em que tais cenários não revertam após o terceiro período de monitoramento contínuo.

O tema das cesarianas na Câmara dos Deputados volta ao centro das atenções em 2016 com o projeto de lei 5687/2016, do deputado federal Victorio Galli, que tornava lícita a realização de cirurgias cesarianas sem indicação clínica a partir de 37ª semana¹³². Tal projeto de lei surgiu na sequência da resolução do Conselho Federal de Medicina que tornou procedimento ético a cesariana sem indicação clínica a partir da 39ª semana¹³³.

**POLÍTICAS PÚBLICAS E INICIATIVAS DE SAÚDE
MATERNA E REDUÇÃO DE CESARIANAS NO BRASIL**

Com a reforma sanitária de Carlos Chagas, programas de governo da década de 1920 acentuaram o controle ideológico sobre a saúde das mulheres, entendendo-as no limitado contexto de veículo para a reprodução e realizada dentro de uma dimensão estritamente biológica, funcionalista e focada nos cuidados médicos¹³⁴.

A partir da década de 1940 o processo de hospitalização do parto ganhou força e levou a um paradigma de medicalização e controle do período gravídico puerperal. Com esta mudança, o parto passou a ser considerado um evento médico, orientado por um modelo intervencionista¹³⁵. Nas palavras de Nagahama e Santiago:

*“O processo de hospitalização do parto foi fundamental para a apropriação do saber nesta área e para o desenvolvimento do saber médico, culminando com o estabelecimento da medicalização do corpo feminino”*¹³⁴.

1937 – 1973: Priorização das crianças

No governo Getúlio Vargas, período denominado Estado Novo (1937-1945), foi implantado o primeiro programa de defesa à saúde materno infantil do Brasil, criado pelo Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde da Criança (MES). Seu objetivo era normatizar o atendimento à mãe e combater a mortalidade infantil. Nesta direção foi criado o Departamento Nacional da Criança em 1940, a quem foi atribuída a responsabilidade pela assistência à saúde da gestante e da criança. A priorização do bem-estar das crianças era explícita neste momento histórico dentro de uma mentalidade eugenista que tinha como objetivo formar homens com condições cada vez melhores para auxiliar no crescimento e desenvolvimento econômico do país. Neste contexto a assistência à mulher era um meio para a obtenção de uma nação forte e rica¹³⁶. Ainda dentro desta ideia, a regulamentação do trabalho feminino determinaram medidas para diminuir a mortalidade materno-infantil, assegurando descanso antes e depois do parto sem alteração de salário e emprego, através do decreto 21.147 de 1932 e das constituições de 1934 e 1937¹³⁷.

Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, que passou a coordenar, em nível nacional, a assistência materno-infantil, embora o Departamento Nacional da Criança tenha permanecido em funcionamento até 1965¹³⁷.

Políticas voltadas ao grupo materno-infantil voltam a ser pauta nacional com a criação do documento “Diretrizes Gerais da Política Nacional de Saúde Materno-Infantil” em 1971.

1974 – 1979: Controle reprodutivo

A partir dos debates da Conferência de Bucareste (1974) o crescimento populacional passou a ser considerado uma pressão ao meio ambiente, o que levou ao estabelecimento de uma diretiva das Nações Unidas quanto à adoção de medida de controle populacional e planejamento familiar pelos Estados-parte. Como resposta a esta demanda, foram intensificadas no Brasil ações para o controle da natalidade, especialmente das mulheres pobres, através de laqueadura e contraceptivos orais. A política natalista como estratégia geopolítica para a ocupação dos espaços vazios do território brasileiro perdia espaço para uma política pública de planejamento familiar e controle da natalidade¹³⁸.

Em 1975 é lançado o Programa Materno Infantil (PMI) com objetivo explícito de reduzir a morbimortalidade do grupo materno-infantil, tendo como a única subárea voltada para o atendimento de saúde para além da implicação com a criança é a de “Doenças ginecológicas, incluindo as venéreas e o câncer”, o que levou a uma dura crítica por restringir demais a atenção às necessidades das mulheres¹³⁸.

Neste programa foram formalizadas ações de assistência à gravidez, ao parto e puerpério, de estimula a amamentação, bem como medidas para o espaçamento entre as gestações para mulheres entre 15 e 49 anos. Ações que visavam prevenir problemas menos complexos como parasitoses, anemias, infecções urinárias e hipertensão visando a redução do número de óbitos maternos também foram contempladas⁸⁹. Por ter foco no crescimento populacional e não no bem estar das cidadãs, este projeto é classificado como natalista¹³⁸.

Neste mesmo período o professor Galba de Araújo implementou o Programa de Atenção Primária de Saúde em áreas periurbanas e rurais do Ceará. Foi uma iniciativa que buscava aproveitar os recursos humanos da comunidade, onde a parteira era um componente ativo e de grande importância¹³⁹.

Neste cenário e com o argumento de padronizar ações de assistência especializada nos riscos reprodutivos e obstétricos, foi lançado em 1977 o Programa de Prevenção à Gravidez de Alto Risco (PPGAR), que na verdade era uma norma incorporada ao Programa de Saúde Materno Infantil (PSMI), em idealizada em conjunto com a Associação de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), a Sociedade Brasileira de Pediatria, a Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil (DINSAMI), a Associação Brasileira de Reprodução Humana e oito universidades do Ceará, de Campinas, de Pernambuco, de São Paulo e de Brasília¹³⁷.

O PPGAR recebeu críticas por adotar como critério de avaliação de risco o controle de nascimentos entre pobres, negros e outros segmentos socialmente excluídos e foi percebido como uma estratégia governamental de redução populacional de grupos indesejados o que levou à uma forte reação da imprensa, movimentos sociais e feministas, causando o arquivamento do programa e sua não implementação¹⁴⁰.

Em 1978 o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil (PNSMI), elaborado em 1974, ampliou-se com o acréscimo a assistência pré-concepcional e concepcional, além da descentralização técnico-administrativa.

1980 – 1994: Políticas integrais e humanizadas

Em 1980 surgem dois novos fatos nas políticas públicas para a assistência à gestação e parto: o Programa de Ações Básicas de Saúde (Prevsáude) e a regulamentação do alojamento conjunto.

O Prevsáude pretendia garantir a cobertura universal de cuidados primários de saúde com articulação simultânea das diversas organizações estatais e privadas em rede única, hierarquizada e regionalizada. Dentro deste plano estavam contempladas também ações relativas a informação seletiva e ampla sobre os diferentes métodos anticoncepcionais e revisão da legislação sobre a fecundidade⁸⁹.

O alojamento conjunto foi regulamentado pela portaria 18 do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) do Ministério da Saúde (MS), estabelecendo a obrigatoriedade do alojamento conjunto em sua rede assistencial, proporcionando maior contato entre a mãe e o recém-nascido para o incentivo ao aleitamento materno. Foi o início de transformações no campo assistencial para a efetivação de práticas humanizadas no parto e puerpério¹⁴¹.

Em 1983 foi criado o PAISM, o Programa de Assistência à Mulher, com assistência à reprodução (pré-natal, parto, pós-parto), planejamento familiar e assistência clínico-ginecológica. Englobava ações educativas, preventivas, diagnóstico, tratamento e recuperação.

O lançamento do PAISM catalisou debates que foram importantes no momento histórico da democratização e também representou um marco nas políticas públicas dirigida às mulheres ao romper com a tradicional perspectiva materno-infantil e com noções essencialistas de saúde, doença e reprodução, deslocando o olhar da atenção materno-infantil para a integralidade¹³⁷.

O PAISM somente foi regulamentado em 1986, após um esforço de profissionais da saúde, do movimento de mulheres e dos técnicos do Ministério da Saúde, dando passos na direção de uma atenção à mulher não apenas como órgão reprodutivo, mas em todas as fases da sua vida, desde a infância até a velhice^{137,142}. Sua criação foi possível pela existência de um contexto onde havia pressões internacionais para o controle do crescimento populacional, pressões dos movimentos de mulheres para uma atenção integral e não apenas como mães em potencial e pressões dos movimentos sociais por mudanças nas políticas de saúde¹³⁴. O PAISM deixou lacunas como a não efetivação da proposta de integralidade e universalização da assistência à saúde da mulher¹⁴⁰, mas ainda assim foi uma das maiores conquistas do movimento feminista, resultante da mobilização das mulheres brasileiras em busca de cidadania, dos direitos e do acesso ao espaço público¹³⁶.

A criação dos Comitês de Mortalidade Materna foi um importante mecanismo de acompanhamento epidemiológico com instâncias interinstitucionais, multiprofissionais e confidenciais que visavam a identificação de todos os óbitos maternos bem como a avaliação permanente da atenção prestada através de suas funções

investigativas, avaliadoras, informativas, educadoras, normatizadoras e mobilizadoras¹⁴³. Existentes no país desde 1987, em 1994 foi criada a Comissão Nacional de Mortalidade Materna, acompanhando o trabalho de todos os comitês existentes¹⁴⁴.

Em 1988 é promulgada uma nova Constituição Federal, que garante direitos que melhora as condições da gestão e puerpério, como o direito das presidiárias permanecerem com seus filhos durante a amamentação, proteção à maternidade e infância, licença à gestante sem prejuízos por 120 dias e licença paternidade^{136,145}.

A criação do Sistema Único de Saúde em 1990 veio contribuir na ideia da responsabilidade do Estado na garantia das condições necessárias para o acesso à saúde como um direito humano¹⁴⁴.

Com a promulgação, neste mesmo ano, do Estatuto da Criança e do Adolescente, a humanização do atendimento materno-infantil avançou com a implantação obrigatória do alojamento durante todo o período de internação da gestante e do recém-nascido em todos os hospitais vinculados ao SUS¹⁴¹.

1995 – 1997: Aprimoramento da qualidade assistencial

A melhoria da qualidade do atendimento e aumento da cobertura passaram a ser fatores críticos para a melhoria da atenção materna, o que levou à criação do projeto Maternidade Segura (1995).

Este projeto visou garantir informação sobre saúde reprodutiva e direitos da mulher; assistência durante gravidez, parto, puerpério e planejamento familiar; incentivo ao parto normal e humanizado; rotinas normatizadoras da assistência; treinamento das equipes; adequação das estruturas de atendimento; arquivo e sistema de informação e avaliação periódica dos indicadores de saúde materno-infantil¹⁴⁶.

Nesta mesma época a Organização Mundial de Saúde lançou o “Care in normal birth: a practical guide”¹⁴⁷(1996). O documento, embora não fale explicitamente dos índices de cesariana, alerta para o fato de que “há uma tentação de tratar todos os nascimentos rotineiramente com o mesmo alto nível de intervenções requeridas por aqueles onde ocorrem complicações. Isto, infelizmente, traz um grande número de efeitos

negativos, alguns deles com sérias implicações. (...) Mulheres e bebês podem ser prejudicados por práticas desnecessárias”. No Brasil, a esterilização cirúrgica é regulamentada e proibida durante o parto e aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores¹⁴⁸.

A temática do excesso de cesariana leva a uma ampla parceria entre a sociedade civil e governo em 1997 e à criação da campanha com o mote “Natural é parto normal” em nome do Conselho Federal de Medicina e que teve como “madrinha” a atriz Malu Mader¹⁴⁹. A campanha, apoiada pelo Ministério da Saúde, foi desencadeada para conscientizar gestores, médicos e as mulheres sobre os problemas causados pelo grande número de cesáreas realizadas no país. Neste mesmo ano o jornal do Conselho Federal de Medicina publicou matéria intitulada “Cesariana: Uma epidemia invisível” onde já ponderava as implicações do país ser, já na ocasião, o líder mundial de cirurgias cesarianas¹⁵⁰ e a morte materna passa a ser um evento de notificação compulsória, por resolução do Conselho Nacional de Saúde¹⁵¹.

Em 1998 a Organização Mundial de Saúde institui o dia 07 de abril como o Dia Mundial da Maternidade Segura incluindo a pauta da medicalização excessiva como um dos desafios. Tricotomia, enemas, monitoramento fetal eletrônico, episiotomia de rotina, indução do trabalho de parto e o excesso de cesarianas são apontados como práticas que podem aumentar as taxas de complicações. O documento sugere a adoção do partograma; monitoramento, revisão e auditoria dos casos de morte materna; desenvolvimento de protocolos de atenção de complicações obstétrica e desenvolvimento de mecanismos de avaliação da qualidade dos serviços, entre outras medidas¹⁵². No Brasil, neste mesmo ano, o Ministério da Saúde institui as portarias 3.016¹⁵³ e 3.477¹⁵⁴ voltadas para a atenção à gestante de alto risco, aumenta em 160% a remuneração do parto vaginal¹⁴⁹ e a polêmica portaria ministerial 2.816 que restringiu a realização de cesarianas no Sistema Único de Saúde¹⁵⁵.

1998 – 2018 - Políticas para a redução da cesariana

Considerando as elevadas taxas de cesariana fatores determinantes da morbimortalidade materna e perinatal e com o propósito de melhorar a qualidade da assistência obstétrica, o Ministério da Saúde resolveu através da portaria 2.816 de 1998

determinar um percentual máximo de pagamento de cesarianas em relação ao total de partos por hospital, restringindo a 40% em 1998 e decrescendo até chegar a 30% em 2000¹⁵⁵. Tal medida ensejou questionamento na justiça por parte dos hospitais conveniados ao SUS, participantes do sistema de saúde complementar, alegando não serem objeto de tal restrição. Tal pedido foi negado pelo Tribunal Regional Federal, reconhecendo a legalidade da limitação imposta pela Portaria MS 2816/98, sem exclusão de eventual procedimento acima do percentual, a ser ressarcido pelo SUS, em caso de risco de vida da parturiente¹⁵⁶. Este mesmo assunto foi pauta de parecer do Conselho Regional de Medicina do Mato Grosso do Sul onde foi realizada consulta sobre o tema sob o argumento que a portaria impedia o regular exercício da profissão. A conclusão do parecer foi de que a limitação em 30% das cesarianas estavam dentro de parâmetros viáveis de acordo com o meio acadêmico e hospitais de bom padrão com serviços de plantão permanentes não configurando, assim, uma violação de princípios de ética médica¹⁵⁷. No ano de 2000, esta portaria foi modificada pela Portaria 466/2000 que instituiu o Pacto Nacional pela Redução das Taxas de Cesárea, compartilhando, com as gestões estaduais, a responsabilidade pelo monitoramento dos hospitais¹⁴⁹.

Neste esforço de estimular e destacar estabelecimentos de saúde com atendimento humanizado, o Ministério da Saúde instituiu o Prêmio Nacional Galba de Araújo em 1999, como homenagem ao médico reconhecido pela luta pelo parto natural junto com parteiras em comunidades pobres⁸⁹. Os critérios para a concessão do prêmio eram baseados na adesão às recomendações da Organização Mundial de Saúde, tais como a presença de acompanhantes, incorporação das enfermeiras na assistência aos partos de baixo risco e controle das taxas de cesárea⁶¹. Com este prêmio esperava-se estimular os serviços a modificarem suas práticas através do reconhecimento através de placa exposta no hospital, estatueta e recursos financeiros a serem investidos na instituição para a humanização do parto¹⁴⁹.

Alinhado com orientações como a do “Dia Mundial da Maternidade Segura” proposto pela Organização Mundial de Saúde em 1988 que sugeria o desenvolvimento de serviços de baixa complexidade e menor intervenção para gestantes de risco habitual, através da Portaria MS/GM n. 985 de 1999, foram estabelecidos os critérios para a implantação de Centros de Parto Normal no âmbito do SUS. O objetivo era viabilizar estratégias simplificadas e humanizadas de assistência ao parto normal sem distócia,

como opção às mulheres que desejassem ter seu parto em um ambiente não hospitalar típico e com garantia de referência para outros níveis de atenção quando necessário¹³⁹.

A partir do ano 2000 políticas para mudanças na assistência ao parto ganham intensidade. As Nações Unidas lançam os objetivos do milênio, um compromisso entre sociedade civil e governos sobre as prioridades para o aprimoramento dos direitos humanos até 2015, incluindo dentro dos oito pontos a melhoria da saúde materna¹⁵⁸.

No Brasil foi lançado o manual técnico de assistência ao pré-natal¹⁵⁹ e o manual técnico de gestação de alto risco¹⁶⁰, com diretrizes de atuação sobre como proceder em casos de intercorrências, inclusive sobre a indicação ou não de cesarianas. No manual técnico de assistência de alto risco há, ainda, orientações sobre a indicação de realização de cirurgias cesarianas em mulheres com cesáreas prévias. É apresentado que a presença de cesárea anterior não contraindica a ocorrência de trabalho de parto na gestação subsequente, que o incentivo à realização de prova de trabalho de parto nessas mulheres é uma das medidas mais importantes para a redução das taxas de cesáreas no Brasil, que o risco de complicações maternas e fetais é baixo (desde que haja adequada vigilância do trabalho de parto e vitalidade fetal) e que não existem limites de intervalo interpartal que contraindiquem o trabalho de parto em uma gestante com cesárea anterior, desde que a incisão da primeira cesárea tenha sido segmentar¹⁶⁰.

Foi lançado ainda pelo Ministério da Saúde o Pacto pela Redução da Cesariana, envolvendo as secretarias de saúde estaduais no estabelecimento de políticas locais para a redução dos partos cirúrgicos, visando a preservação das características dos serviços, bem responsabilizando pelo acompanhamento, avaliação e controle do desenvolvimento da política de redução dos partos cirúrgicos no estado¹⁶¹. Neste mesmo ano, a partir da portaria 569 GM/MS, foi lançado o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento¹⁶² pelo Ministério da Saúde, no âmbito do SUS. Com a portaria 572/2000 GM/MS são estabelecidos novos mecanismos de custeio da assistência ao parto, passando a incluir a analgesia obstétrica no Sistema Único de Saúde¹⁶³.

Foi realizada também a Comissão Parlamentar de Inquérito pela Câmara dos Deputados sobre a temática da mortalidade materna, com diversas discussões e encaminhamentos para o enfrentamento do problema e, com relação à cesariana, a seguinte recomendação ao Ministério da Saúde: “Aprimorar sistemas de avaliação de

qualidade e desempenho da assistência prestada pelo setor privado e planos de saúde. O atendimento deve ser fiscalizado, inclusive quanto à altíssima taxa de cesarianas.”¹⁶⁴.

Entre 2003 e 2005 foram realizados pelo Hospital Sofia Feldman¹⁴⁹ que atende pelo SUS em Belo Horizonte, Minas Gerais, cursos de formação de doulas comunitárias, capacitando aproximadamente 409 pessoas como multiplicadoras ou coordenadoras do programas de doulas comunitárias em suas instituições¹³⁹. Entre 2004 e 2006 foram realizados 30 seminários envolvendo 457 maternidades e a participação de 1.857 profissionais de saúde para a discussão da atenção obstétrica e neonatal humanizada baseada em evidências científicas¹³⁹.

Ainda em 2004 foi lançado o Pacto Nacional para a redução da Mortalidade Materna e Neonatal, buscando alcançar o Objetivo do Milênio e reduzir a morte materna e neonatal em 75% até 2015⁶². O Pacto foi um movimento político segundo o qual o Brasil e mais 190 países se comprometeram a melhorar a saúde materna⁸⁹. Esta iniciativa tinha como fundamentação garantir os direitos humanos de mulheres e crianças; considerar as questões de gênero, aspectos étnicos e raciais e as desigualdades regionais; investir no avanço da atenção obstétrica e neonatal e mobilizar a participação de gestores e organizações sociais¹³⁶.

Paralelo a isso foram realizados 30 seminários de Atenção Obstétrica e Neonatal Humanizada e Baseada em Evidências Científicas em todo o país, com participação de 1857 profissionais de 457 instituições de saúde importantes para o Sistema Único de Saúde. Nestes seminários foram abordadas apresentações de debates sobre diversos temas, incluindo fundamentos éticos e filosóficos da assistência; práticas obstétricas e neonatais baseadas em evidências científicas e avaliação crítica do tipo de parto (vaginal e cesáreo)^{139,149}.

E neste mesmo ano, 2004, foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), cuja vigência era prevista até 2007¹³⁸. Tratou-se de uma política formulada com ampla participação da sociedade civil, especialmente os movimentos de mulheres, negros e de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não-governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional¹⁴¹. Este documento tem como princípios a perspectiva de gênero, a integralidade e a promoção da saúde, incluindo ações tanto no

campo dos direitos sexuais e reprodutivos quanto demandas como prevenção e tratamento de mulheres portadoras de HIV/AIDS; combate a violência doméstica e sexual; e doenças e agravos não transmissíveis e câncer ginecológico¹⁴¹. O PNAISM ainda previa ações específicas para grupos vulneráveis como mulheres do campo, mulheres com deficiência, mulheres negras, mulheres indígenas, mulheres encarceradas e mulheres com diferentes orientações sexuais¹⁴⁴. Na saúde suplementar a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) acrescentou o indicador “Proporção de Parto Cesáreo” em seu programa de qualificação das operadoras¹⁶⁵.

Em 2005 o Ministério da Saúde lança a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, que reitera a necessidade de “Manter controle e adotar estratégias para redução das taxas de cesáreas de acordo com o preconizado pelo MS”¹⁶⁶ sem, entretanto, desenvolver ou referenciar quais estratégias seriam estas. Foram lançados também o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres¹⁶⁷, que não faz menção às cesarianas, e a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos¹⁶⁸, que faz menção à realização de cesarianas desnecessárias para a realização de laqueaduras como um problema de acesso ao direito reprodutivo, apesar de vedada a esterilização cirúrgica durante o parto e puerpério¹⁶⁹. A lei nacional do acompanhante promulgada neste mesmo ano foi um avanço na temática, garantindo que as parturientes pudessem ter um acompanhante de livre escolha durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato no Sistema Único de Saúde, independentemente da via de parto¹⁷⁰. A presença de acompanhantes durante o trabalho de parto promove melhores resultados maternos e neonatais incluindo, e não limitado a, menores taxas de cirurgias, trabalhos de parto mais curtos, menos uso de analgesia e anestesia e aumento da satisfação da mulher com o processo de parto^{62,136}. Esta lei foi regulamentada pela portaria 2.418/2005¹⁷¹, definindo o pós-parto imediato como o período de 10 dias após o parto e que determinou o prazo de 6 meses para que hospitais e maternidades do SUS providenciassem as adequações necessárias¹³⁹. Essa medida foi estendida à assistência suplementar e alvo de campanhas por parte da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)¹⁷².

Em 2007 foi promulgada a lei 11.634 que definiu o direito da gestante à vinculação à maternidade no Sistema Único de Saúde. A partir deste instante, a gestante passou a saber desde o pré-natal o local da assistência ao parto e intercorrências que porventura acontecessem na gestação e os gestores passaram a ter a responsabilidade de

planejar os leitos obstétricos necessários e garantir a transferência segura quando necessário¹⁷³.

Em 2008 foi publicada a Resolução da Diretoria Colegiada RDC 36¹⁷⁴ da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que foi produto de dois anos de trabalho com a participação do Conselho Federal de Medicina, Febrasgo, Abenfo, Rehuna, ANS, Sociedade Brasileira de pediatria e Ministério da Saúde. Esta resolução atualizou orientações para a construção e organização dos ambientes para a atenção obstétrica e neonatal para o favorecimento do parto normal e humanizado¹⁴⁹, utilizando conceitos como ambiência, privacidade, acolhimento e evidências científicas¹³⁹. Recursos necessários para o alívio não farmacológico da dor como barra fixa, escada de Ling e bola de Bobat foram incluídos no rol como necessários, assim como a cama hospitalar regulável para atenção ao pré-parto, parto e pós-parto e a poltrona para o acompanhante¹³⁹.

Neste ano a Agência Nacional de Saúde Suplementar lança as campanhas “Parto normal está no meu plano”, incentivando as operadoras a enviarem informações sobre a assistência ao parto às mulheres titulares de planos médico-hospitalares com cobertura obstétrica¹⁷⁵, e “Parto Normal. Deixe a Vida Acontecer Naturalmente” que incluiu spots de rádio, cartazes e folhetos. O objetivo era derrubar mitos e informar médicos, gestantes e sociedade sobre os riscos das cesarianas desnecessárias¹⁷⁶. No Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da assistência suplementar foram inseridas pela ANS as coberturas dos partos feitos por enfermeira obstétrica e a presença de um acompanhante durante toda a estada da mulher no hospital, desde o momento do parto até a sua alta¹⁷⁷. Ainda em 2008, a Agência Nacional de Saúde Suplementar lançou o documento “O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas”¹⁶⁵ e o Conselho Federal de Medicina criou a “Comissão do Parto Normal” para a discussão de ações específicas para redução de cesarianas desnecessárias e incentivo ao parto normal. Integraram a comissão a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)¹⁷⁸.

Em 2009, a “Comissão do Parto Normal” publicou através da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) o documento “Projeto de intervenção para melhorar a assistência obstétrica no setor suplementar de saúde e para o incentivo ao parto

normal”, contendo as conclusões deste trabalho. A partir do reconhecimento do problema do alto índice de cesariana na assistência suplementar, é estabelecida uma meta de 35% de cesarianas neste segmento e ações para o alcance deste objetivo. Dentre as medidas apontadas como necessárias para tal redução, estão: elaboração de modelo de assistência ao parto e nascimento que favoreça o acompanhamento do trabalho de parto e parto; reforço e divulgação das normas sobre o uso obrigatório do cartão da gestante e partograma; elaboração de modelo de plano de parto e incentivo a mulheres e médicos para sua adoção; elaboração de critérios para utilização de indicadores epidemiológicos da atenção obstétrica nos processos de acreditação de prestadores de serviços de saúde; criação de mecanismos para acompanhamento dos indicadores para avaliação dos serviços de atenção obstétrica e neonatal; entre outras medidas¹⁷⁸. A portaria 985/1999 que normatizava os Centros de Parto Normal foi revogada através da Portaria MS/GM 2.048 de 03/09/2009.

Em 2011 foi lançada a Rede Cegonha¹⁷⁹, uma iniciativa do governo federal propondo um novo modelo de atenção ao parto, nascimento e saúde da criança com o objetivo de reduzir a morte de mulheres na gravidez e no parto e a mortalidade neonatal¹³⁵. Este projeto não foi bem recebido por parte da sociedade civil que o viu como uma substituição do PNAISM e uma volta ao olhar materno-infantilista na abordagem da saúde da mulher, com perda da integralidade ao só tratar dos processos de gestação, parto e puerpério sem incluir, sequer, menções ao abortamento e pasteurizando as diferenças decorrentes de cor/raça, orientação sexual, geração e condições econômicas¹³⁸.

Em 2015 o Ministério da Saúde publica, através da Conitec, as “Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação Cesariana”, que é um relatório de recomendações que visa orientar as mulheres brasileiras, profissionais de saúde e gestores sobre importantes questões relacionadas às vidas de parto, suas indicações e condutas, baseado nas melhores evidências científicas disponíveis, construído com a participação ampliada dos diversos grupos interessados¹.

Em 2015 a Agência Nacional de Saúde Suplementar publica a resolução normativa 368, garantindo o direito de acesso à informação das beneficiárias dos planos de saúde ao conferir a possibilidade delas receberem das operadoras os percentuais de partos normais e cirurgias cesarianas realizadas por profissional; obrigatoriedade por parte do profissional de oferecimento e preenchimento do cartão da gestante durante o

pré-natal, exigência de que seja entregue a gestante o Carta de Informação à Gestante e que este contenha, no mínimo; os dados constantes do Cartão da Gestante do Ministério da Saúde; e a exigência do preenchimento e apresentação do partograma¹⁰.

Em 2016, a resolução normativa 398 publicada pela ANS ratificou que a assistência ao parto poderá ser realizada por qualquer profissional habilitado conforme a legislação brasileira, inclusive para fins de credenciamento, referenciamento e reembolso. Esta resolução abriu portas para a atenção ao parto realizada exclusivamente por enfermeiras-obstetras e obstetras dentro da saúde suplementar¹².

Em 2017 é publicado o documento “Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal”, em complemento às diretrizes nacionais da cesariana publicado em 2015, com o intuito de ser uma ferramenta de consulta para os profissionais e suporte na tomada de decisões. O Ministério da Saúde espera também com este trabalho diminuir a variabilidade de condutas entre os profissionais no processo de assistência ao parto; promover mudanças na prática clínica; reduzir intervenções desnecessárias no processo de assistência ao parto normal e consequentemente seus agravos; difundir práticas baseadas em evidências na assistência ao parto normal; e recomendar práticas sem, no entanto, substituir o julgamento individual do profissional, da parturiente e dos pais em relação à criança¹⁸⁰.

RESULTADOS

Os resultados e análises a seguir referem-se à etapa qualitativa do estudo, realizada com 11 atores (Quadro 2) representativos de instituições e entidades que participaram das discussões públicas e do processo de regulamentação proposto pela ANS para a redução de cesarianas no Brasil.

A partir das entrevistas semi-estruturadas, os conteúdos reiterados foram agrupados em unidades temáticas. As opiniões, posicionamentos e informações prestadas pelos entrevistados foram confrontadas ou acrescidas de dados e informações coletadas na revisão de documentos, legislação e literatura.

Quadro 2 – Relação de Entrevistados, atuação profissional e experiência no tema do estudo

Entrevistado	Atuação profissional	Experiências ligadas à temática ao longo do tempo
Entrevistado 1	Advogada. Mestre em Direitos Humanos.	Pesquisadora do programa de saúde do IDEC.
Entrevistado 2	Ginecologista e obstetra com experiência profissional no sistema público, como médico conveniado e atendimento privado.	Membro da Rehuna. Diretor da Associação Paulista de Medicina. Membro do comitê de Defesa Profissional da Sogesp.
Entrevistado 3	Médica epidemiologista	Coordenadora de saúde da mulher do Ministério da Saúde. Professora da Universidade de Brasília. Presidente da Rehuna.
Entrevistado 4	Usuária da saúde suplementar, mãe de dois filhos. Doula e educadora perinatal.	Membro da Rehuna. Integrante do movimento Parto do Princípio.
Entrevistado 5	Enfermeira com especialização em obstetrícia. Doutora em epidemiologia.	Especialista em regulação da saúde suplementar na ANS. Coordenadora do projeto Parto Adequado da ANS.

Entrevistado 6	Médico especializado em doenças pulmonares e medicina intensiva.	Confederação Nacional de Saúde.
Entrevistado 7	Médica, servidora pública federal, professora da Universidade Federal do Rio de Janeiro.	Gerente de atenção à saúde da ANS. Diretora de Gestão da ANS. Diretora de Normas e Habilitação de Produtos.
Entrevistado 8	Médica epidemiologista e técnica de carreira na Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (GTMH/Sersa/CVS).	É responsável coordenação estadual da fiscalização sanitária de hospitais e maternidades.
Entrevistado 9	Médica, servidora pública e que atende em consultório.	Coordenadoria da mulher no Ministério da Saúde durante parte do projeto “Rede Cegonha”.
Entrevistado 10	Ginecologista e obstetra. Atuação profissional em consultório médico.	Câmara Técnica de Reprodução Assistida do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.
Entrevistado 11	Médica pediatra, com experiência clínica e em auditoria.	Gerente da regulação assistencial da FenaSaúde.

UNIDADES TEMÁTICAS E ANÁLISES DAS ENTREVISTAS

A seguir, conforme visão, opinião e perspectivas dos entrevistados, também com base em material documental, legislação e conteúdo de mídia analisado estão agrupados e analisados, em unidades e subtemas, os principais pontos presentes ou ausentes nas resoluções normativas e na atuação da ANS visando a redução de cesarianas na saúde suplementar.

A intenção da ação regulatória

As três resoluções normativas da ANS sobre cesarianas foram publicadas em um contexto no qual a agência foi judicialmente coagida a acatar mudanças que, por sua vez, decorreram em parte de mobilização social em torno da temática.

A partir do ano 2000, o problema do excesso de cesariana no Brasil, com ênfase no setor suplementar, deu maior visibilidade e centralidade ao debate da assistência obstétrica. Além do aumento da frequência com que o tema passou a ser mencionado, com o passar do tempo as discussões tornaram-se menos centradas em aspectos contratuais e consumeristas, e mais alinhadas a reflexões sobre a qualidade da assistência e seus impactos na saúde materno-infantil.

Em março de 2006 foi lançada a rede Parto do Princípio, formada por mulheres em defesa da boa assistência obstétrica no território nacional. Ainda em 2006, protocolam uma representação¹⁸¹ no Ministério Público Federal, denunciando e exigindo providências acerca da qualidade assistencial oferecida às parturientes dos planos de saúde, uma pedra importante se moveu. Em vez das tradicionais políticas indutoras, trata-se de uma ação coercitiva proposta pelas mulheres usuárias da saúde suplementar, provocando o Estado Brasileiro a assumir responsabilidades através da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Em 2010 esta representação se tornou uma Ação Civil Pública¹⁸², cuja sentença foi expedida em 2015¹⁸³, desencadeando a publicação das resoluções normativas RN 368/2015, RN 387/2015 e RN 398/2016 da Agência Nacional de Saúde Suplementar, conforme explicitamente citado na RN 368¹⁰:

O Diretor-Presidente, ad referendum da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõe o teor da decisão de Suspensão de Execução de Sentença nº 000858-50.2016.4.03.0000/SP, nos autos do Processo nº 0017488-30.2010.4.03.6100, que tramita perante o Tribunal Regional Federal da 3ª Região, e os artigos 10 e 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, o inciso IV do artigo 4º e o inciso II do artigo 10, ambos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; e a alínea “a” do inciso II do artigo 86 da Resolução Normativa – RN nº 197, de 16 de julho de 2009, adota a seguinte Resolução Normativa, e determina a sua publicação.

Tanto a representação protocolada no MPF, quanto a Ação Civil Pública, traziam em seus argumentos uma cobrança por uma atuação incisiva da Agência Nacional de Saúde Suplementar que pudesse resolver o problema. Nenhuma outra autoridade sanitária com poder regulatório ou de polícia (Ministério da Saúde, Anvisa, Vigilâncias Sanitárias Estaduais ou Conselhos Profissionais) foram arrolados nas responsabilidades e atitudes exigidas.

A Ação Civil Pública trouxe como demanda que a ANS fosse obrigada a garantir:

- Publicidade do percentual de partos normais e cesarianas por profissionais e estabelecimentos de saúde, a pedido da paciente;
- Exigência do partograma para o pagamento dos procedimentos;
- Tornar o cartão da gestante um documento de preenchimento obrigatório por parte dos profissionais;
- Indicadores e qualificação de operadoras e hospitais considerando a taxa de cesariana;
- Pagamento majorado para partos vaginais.

Na denúncia protocolada pela rede Parto do Princípio, que deu origem a esta Ação Civil Pública, havia ainda os pedidos:

- Definir teto (percentual limite por estabelecimento) para pagamento de cesáreas;

- Credenciamento de enfermeiras obstetras para atendimento hospitalar;
- Incentivo à criação de casas de parto;
- Direito a acompanhante, sem taxas extras ou exigência de autorização médica;
- Reembolso e pagamento dos profissionais que atendam partos domiciliares.

O que se depreende de entrevistas e documentos analisados é que esta representação, ao tornar a ANS a única entidade a ser responsabilizada neste processo, pode ter prejudicado o alcance dos encaminhamentos. Alguns pedidos extrapolaram a alçada da agência (como o incentivo à criação de casas de parto). Além disso perdeu-se a oportunidade de exigir ações mais efetivas voltadas aos profissionais e estabelecimentos. Enquanto na atividade particular é permitido que tudo se faça, exceto o proibido em lei, na atividade administrativa pública só se pode fazer o que a lei expressamente autoriza. Medidas mais expressivas seriam possíveis com a responsabilização dos demais atores envolvidos na regulação do sistema.

Limitações da ANS e falhas regulatórias

Mais de um entrevistado mencionou que a ANS “ não dá conta de tudo “, tem limitações que levam a falhas regulatória.

A obrigatoriedade de utilização do partograma, recurso já determinado pela RDC36/2008 da ANVISA, é um exemplo.

O registro da evolução do parto em partogramas já era requisito estabelecido na RDC 36/2008 da Anvisa. Exigir o documento na resolução normativa é assumir que a norma sanitária dos estabelecimentos hospitalares não está sendo cumprida. Exigir que o credenciamento dos estabelecimentos nas operadoras implique na apresentação de uma certidão de adequação à RDC 36/2008 da Anvisa, do mesmo modo que apresentam outros documentos como o cartão do CNPJ, não seria uma medida que daria melhor resposta para a garantia das condições adequadas na atenção obstétrica?

Alguns aspectos merecem destaque no que se refere às contradições deste problema:

Poucas maternidades oferecem plantão obstétrico, mas os obstetras que acompanham o pré-natal não são obrigados a assistir ao parto, segundo resolução ética¹⁸⁴. Este cenário deixa as parturientes em situação vulnerável, pois correm o risco de não terem quem assisti-las no nascimento de seus filhos. Esta condição é fator importante na decisão pela cesariana agendada, que seria uma forma de garantir uma assistência através da compatibilização prévia de agenda entre prestador e paciente;

O setor suplementar de saúde enfrenta importante crise econômica. Neste cenário, considerar os custos relativos a procedimentos desnecessários e suas iatrogenias é um aspecto importante. Sem querer restringir o debate ao aspecto financeiro, o que seria bastante empobrecedor, lembrar que cesarianas desnecessárias tem relação com prematuridade e internações em UTI neonatal ajudaria a ponderar a relevância do tema;

A Agência Nacional de Saúde Suplementar foi criada para a garantia da qualidade assistencial no setor que, anteriormente, era regulado apenas na perspectiva securitária. Contudo, dezoito anos após sua criação, os problemas assistenciais permanecem pouco atendidos;

E, fora do âmbito da ANS, vários encaminhamentos seriam possíveis e passíveis de fiscalização mais efetiva. Talvez, em vez de exigir o cartão da gestante poderia ser implementado um protocolo nacional de pré-natal, parto e pós-parto, com previsão de treinamentos, monitoramentos e auditorias. Pequenas soluções pontuais com expectativas indutoras, em um problema tão complexo e arraigado como este, não tem se mostrado eficaz.

Responsabilização das “consumidoras”

A garantia do direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico, foi uma das medidas autorizadas pela RN 368/2015.

E esta não foi a única medida centrada no oferecimento de informações para a tomada de decisão das gestantes. As resoluções normativas contemplaram, também, a incorporação das enfermeiras no rol de serviços como protagonistas da atenção ao parto de risco habitual (como mais uma opção na rede credenciada para a escolha da usuária), a obrigatoriedade do preenchimento do cartão da gestante e a distribuição de documentos que esclarecem sobre as vias de parto.

Embora medida tomada por decisão judicial, o fato de uma das principais inovações trazidas pelas resoluções normativas ser o oferecimento de informações para as consumidoras acaba por orientar a responsabilidade para a solução do problema à parte mais fraca da relação.

Considerando que em alguns planos ou localidades as opções de profissionais são escassas e, por vezes, há apenas uma maternidade credenciada, a informação pode influenciar mudanças através da exposição pública e constrangimento, mas em muitos casos não é aspecto que ajude a tomada de decisão. Além disso, como bem colocou a Ana, quando quase a totalidade do mercado tem taxas próximas, mas muito distantes do adequado, talvez estejamos discutindo a troca de um hospital com 90% de cesariana por outro com 70% de cesariana, o que é igualmente ruim.

Remuneração profissional

O pagamento majorado para partos vaginais foi uma demanda trazida pela ação civil pública e, na visão de entrevistados, um aspecto superdimensionado nesta discussão. Embora o parto normal usualmente demande muito mais tempo do profissional, o pagamento diferenciado, como estímulo, mostra-se insuficiente se não for acompanhado de equipe de apoio, retaguarda, plantonistas e uma estrutura assistencial que o permita ao médico conciliar o atendimento dos partos com seus demais compromissos pessoais e profissionais.

Poderíamos dizer que é consenso que em uma lógica centrada no atendimento por um único profissional, sozinho, não há valor que viabilize o desgaste causado pelos muitos atendimentos.

Neste sentido, discutir remuneração apenas não é fator que influencie a queda dos percentuais de cirurgias cesarianas.

Conflito de atribuições

Quando duas autoridades se acham, ambas, competentes para o exercício de uma atribuição, temos o conflito positivo de atribuição. No caso da atenção ao parto há uma sobreposição nas competências profissionais, uma vez que tanto médicos quanto enfermeiras-obstetras/obstetrizes são tecnicamente aptas a atender gestantes de risco habitual e partos vaginas sem distócias. Contudo, não há o respeito a esta competência e possibilidade de autonomia profissional das enfermeiras-obstetras / obstetrizes.

A resistência ao credenciamento de enfermeiras-obstetras/obstetrizes nos estabelecimentos hospitalares e operadoras ou os argumentos contra casas de parto estão atravessados pela convicção, de boa parte da categoria dos médicos, de que a responsabilidade técnica da atenção ao parto é atribuição exclusiva deles.

Sobre o mencionado conflito negativo de atribuições, trata-se de uma característica da discussão em que as partes envolvidas avaliam-se incapazes de atuar em uma determinada questão, havendo um vazio de competência. Analisando a estrutura normativa da saúde brasileira, o escopo de trabalho de ANS é restrito às operadoras e sua influência nos estabelecimentos e prestadores é indireta. A presença das demais instâncias reguladoras em saúde nesta fiscalização é imprescindível para uma rápida e efetiva mudança de cenário. E isso é importante não apenas para evitar um desvio de poder, mas pela própria organização das instituições. São 100 mil prestadores vinculados à saúde suplementar brasileira. Alcançar este volume exige uma estrutura organizacional adaptada, tanto em tamanho quando em abrangência territorial. Além disso, há a vinculação múltipla entre operadoras, estabelecimentos e profissionais, que dificulta este controle via ANS, conforme pontuado em entrevista:

“O problema da ANS é que ela lida com as operadoras. As operadoras são os planos de saúde, Unimed, Bradesco, sei lá, Golden Cross, o que vier, né? E os planos de saúde que estão vinculados aos prestadores. Prestadores são os hospitais, os

laboratórios e os médicos e daí para frente. Então, o problema é que a ANS não consegue alcançar certas pessoas. O médico, ele pode estar prestando serviço para vários planos de saúde e mesmo quando você chega num hospital, por exemplo, eu operei no Einstein, você tem lá Seguro Bradesco, a Unimed, você tem vários planos e vários médicos lá dentro também. Então, é muito difícil fazer essa regulação quando eles regulam as operadoras e não os prestadores. Aí que está o nó da coisa. ”

Este aspecto também foi mencionado no processo iniciado a partir da Ação Civil Pública onde a ANS se posicionou, conforme mencionado em sentença:

“Saúde é direito de todos e dever do Estado, independente de se ter ou não plano privado de assistência à saúde e, deste modo, assevera a necessidade de participação de diversas outras entidades públicas e privadas envolvidas”¹⁸³

A partir deste argumento, a ANS justificou que alguns pedidos apresentados na ação eram de competência do Conselho Federal de Medicina, que deveria a integrar a lide como litisconsorte passivo. Embora tal pedido tenha sido refutado pelo Ministério Público Federal, sob o argumento de que o controle poderia ser realizado de maneira indireta, esta pontuação por parte da Agência lembra a importância da garantia da regulação adequada por toda a cadeia de serviços, de maneira a garantir a excelência no atendimento, o respeito às normas e aos direitos dos usuários.

Além deste conflito negativo de atribuições, há também o conflito positivo de atribuições. Neste caso o objeto em discussão é a competência profissional para a assistência ao parto. Apesar de haver previsão legal para que enfermeiras-obstetras e obstetrites acompanhem pré-natal e assistam a partos de risco habitual, há resistência (particularmente da categoria médica) em reconhecê-la como tal. Este fato dificulta a inserção da categoria na assistência, atrasa a implantação de modelos alternativos de atenção ao parto, restringe a liberdade de escolha das pacientes e impede o exercício profissional de uma categoria. Na perspectiva sistêmica este conflito influencia a redução do percentual de cesarianas, considerando que a incorporação de enfermeiras obstetras ou obstetrites no cenário do parto é fator para a promoção do parto normal.

Entre as razões para a resistência está a possibilidade de judicialização do atendimento. Este receio no trabalho em equipe foi, inclusive, escopo de parecer¹⁸⁵ do Conselho Regional de Medicina de Mato Grosso do Sul onde a consulente questionou os limites de responsabilidade entre os dois profissionais em um eventual desfecho negativo.

Em ambos os casos a interferência do Ministério da Saúde, como autoridade máxima da regulação da saúde no país, é de fundamental importância para esclarecer limites e responsabilidades.

Ao analisar a cadeia de instituições, espaços de participação popular, entrevistar atores e legislação, chamou a atenção alguns aspectos:

- Subrepresentação das múltiplas categorias profissionais implicadas na assistência à saúde;
- Subrepresentação da sociedade civil e usuários;
- Super representação da categoria médica.

O impacto deste desequilíbrio de presença nos debates e espaços de decisão torna-se muito visível na assistência obstétrica, um raro espaço onde um profissional não médico tem competência concorrente de atender a um ato médico, no caso, o parto normal sem distócia. Embora pesquisas sugiram a importância da incorporação de enfermeiras-obstetras ou obstetrizes na assistência ao parto de risco habitual, esta mudança é, e parte, dificuldade pela assimetria de poder

Infrações éticas

A possibilidade de fiscalização dos profissionais por parte da ANS é pequena, considerando seu escopo de trabalho e alcance do poder de polícia. Por esta razão, consta na RN 398 a necessidade de participação do Conselho Profissional na garantia da resolução:

“Art. 2º Os médicos deverão entregar às beneficiárias, em três consultas distintas, no curso do processo de acompanhamento da gestação, a Nota de Orientação à Gestante, prevista no Anexo desta RN.

Parágrafo único. A observância e fiscalização do procedimento de informação compulsória previsto no caput deverá ser realizada pelo Conselho Federal de Medicina, conforme decisão judicial proferida nos autos da Suspensão de Execução de Sentença nº 000858-50.2016.4.03.0000/SP, no Processo nº 0017488-30.2010.4.03.6100, que tramita perante o Tribunal Regional Federal da 3ª Região.”

Esta ausência e impasse foi igualmente identificada na análise documental e nas entrevistas realizadas.

*Por que o CREMESP, apesar de ter deliberado de que cesárea por conveniência médica é antiética, não fiscaliza seus associados?*¹⁸⁶

A denúncia protocolada no Ministério Público é uma das fontes onde é possível identificar elementos que tangenciam estas responsabilidades insuficientemente encaminhadas. A realização de cesarianas sem a devida indicação clínica, a pedido ou não da gestante, era completa infração ética até 2016 quando o Conselho Federal de Medicina emitiu parecer tornado possível este encaminhamento em gestantes que assim desejem, desde que após a 39ª semana de gestação¹⁸⁷.

É interessante notar que, embora indevida, a realização de cesarianas sem indicação clínica, mas por conveniência da paciente ou profissional são fatos de conhecimento geral, público e notório. Contudo, durante todos estes anos nenhuma ação sistemática foi realizada nesta perspectiva ética, que seria possível controlar pelo menos de duas formas: através de procedimentos na instituição hospitalar ou por medidas fiscalizatórias do conselho profissional.

Todo estabelecimento hospitalar é obrigado a ter um diretor técnico médico, responsável pela instituição e que possui, entre outras responsabilidades, a de zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor¹⁸⁸. Este profissional teria o poder e o dever de regular a ação dos profissionais dentro da instituição para a garantia do cumprimento das normas.

Além dele, considerando ser o conselho profissional a única instituição com poder de polícia sobre os profissionais e com o dever de fiscalizar e garantir o bom exercício da profissão, faltou uma atuação proativa dos Conselhos Regionais de Medicina e do Conselho Federal de Medicina na temática. Os conselhos profissionais são instituições autogeridas pelas categorias profissionais, sem espaço de controle social, sem ingerência governamental ou política e com independência administrativa. Deste modo, a atitude fiscalizatória e comprometida com a garantia dos padrões éticos depende apenas de uma decisão da diretoria.

Frente a um problema conhecido desde a década de 70⁴, a excessiva realização de cirurgias cesarianas, omissões contribuíram para seu recrudescimento. Fiscalizar é atividade que vai além de julgar denúncias.

Há o mau entendimento, dentre alguns grupos, do conselho profissional como órgão autônomo apto a determinar condutas acima do próprio Ministério da Saúde ou poder legislativo. Por vezes, também, há menções que os equiparam a poderes dedicados à defesa dos interesses profissionais, em vez da coletividade. Nestes equívocos residem parte de conflitos desgastantes, mas de fácil resolução.

Um terceiro aspecto que merece atenção é o insulamento dos Conselhos Profissionais em suas próprias demandas e ritmo, sem obrigação formal e constante de escuta e resposta à sociedade seja um dos fatores centrais para este resultado.

A participação da comunidade está prevista no art. 7º, inciso VIII da Lei nº 8.080/1990 garantindo espaço para representantes da sociedade no poder Executivo, Legislativo, Judiciário (através de audiências públicas) e, ainda, no Ministério Público. Conferências Nacional, Estadual e Municipal de Saúde, os Conselhos de Saúde, as audiências públicas, as Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite e as Câmaras Técnicas são exemplos da materialização do princípio da Democracia sanitária¹⁸⁹.

Esta participação deveria se refletir em todos os órgãos, autarquias, fundações e instâncias de ação para a garantia à saúde. Além disso, audiências e consultas públicas são meios para a garantia da transparência e legitimidade dos processos, possibilitando a incidência nas políticas públicas e o controle social. A ausência destes espaços e processos nos conselhos profissionais invisibiliza conflitos e necessidades da sociedade.

A previsão desta participação aposta no conceito substantivo ou material de Democracia, ligado a princípios e valores como os da dignidade humana, da transparência, da responsividade e de *accountability*²⁴.

Autonomia profissional

O princípio jurídico da liberdade garante a profissionais da saúde o usufruto de ampla liberdade para o exercício profissional e a proteção do paciente. Contudo, tal liberdade poderá ser limitada em prol do interesse público e em benefício da coletividade¹⁸⁹:

“Dentre as medidas de saúde pública que podem ser adotadas [contra o princípio da liberdade], destacam-se: programas nacionais de imunização obrigatória; isolamento de pessoas ou grupos; quarentena; busca ativa de contatos e observação; medidas de restrição de circulação de pessoas, bens e produtos; medidas restritivas de atividades; quimioprofilaxia, do tratamento compulsório e da realização de exames clínicos obrigatórios para fins de diagnóstico; situações excepcionais de fornecimento e disponibilidade de serviços de saúde, insumos, medicamentos, vacinas e inseticidas; sepultamento, acondicionamento e traslado de cadáveres com potencial de disseminação de doenças e agravos à saúde da coletividade controle de vetores e reservatórios etc. Vê-se que as medidas de saúde pública podem, com efeito, invadir a esfera da liberdade individual de forma bastante agressiva. No entanto, esta invasão, no âmbito do Estado Democrático de Direito, será sempre permitida quando feita nos termos da lei e em defesa do interesse público, no caso, a proteção da saúde pública contra riscos à saúde identificados na sociedade.”⁵

Um argumento frequente na justificativa da liberdade e autonomia profissional é o de que no sistema suplementar os profissionais não estão sujeitos às normas do SUS.

As determinações da lei 8.080/1990, como descrito no artigo 1º, destinam-se a pessoas físicas e jurídicas, pertencentes ao corpo estatal ou à livre iniciativa. Esta informação é bastante relevante, pois, como dito, há entendimentos que o escopo do Sistema Único de Saúde restringe-se ao sistema público e complementar de saúde, excluindo os prestadores que atendem de maneira direta ou através da saúde suplementar. A normatização descrita nesta lei aplica-se a todo serviço de saúde prestado no país, salvo menção em contrário.

Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de Direito Público ou privado.

Assim, os serviços privados de saúde estão sujeitos a políticas e normas expedidas pela direção do Sistema Único de Saúde e sujeitos ao seu poder de polícia.

Tais princípios vigem não somente em relação ao Poder Público, quanto também para a iniciativa privada, já que caráter indisponível da saúde e relevância pública das ações e serviços não se alteram pelo fato de a assistência ser prestada por pessoa física ou jurídica de direito privado. Conquanto possam sofrer alguma mitigação em decorrência das peculiaridades próprias dessas relações, parece possível sustentar que tais princípios vigem nos contratos e convênios do SUS com entidades privadas (saúde complementar); assim como nas relações típicas das operadoras de planos de saúde (setor da “saúde suplementar”), com aplicação conjunta da tutela ao consumidor, cuja natureza é igualmente indisponível.²¹

O art. 16º da Lei 8.080 cita a existência de uma direção Nacional do SUS, reiterando seu alcance e sua prerrogativa para a definição das políticas de saúde nacionais, que nortearão o trabalho de todos os demais órgãos, autarquias, institutos e fundações.

Art. 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:

III - definir e coordenar os sistemas:

d) vigilância sanitária;

IX - Promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;

XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;

XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde.

Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

No art. 22º reafirma que esta deve observar os princípios éticos e normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde, o que esclarece dúvidas quanto ao alcance do SUS na regulação da iniciativa privada,

Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento.

Esta ideia encontra respaldo, ainda, no próprio Código de Defesa do Consumidor e o princípio da vulnerabilidade. Independentemente de sua condição social, de sua sofisticação, de seu grau de educação, raça, origem ou profissão, o consumidor é considerado pelo Código como um ser vulnerável no mercado de consumo.

Na impossibilidade de o mercado apresentar mecanismos eficientes para a superação desta vulnerabilidade e assimetria, torna-se imprescindível a intervenção do Estado. Neste cenário, os usuários da saúde suplementar são duplamente contemplados na proteção de sua vulnerabilidade: como cidadãos com direito à saúde e como consumidores na relação comercial¹⁹⁰.

Como a Constituição Federal [...] não determinou a criação de dois sistemas de saúde totalmente apartados e sem qualquer ligação [sistema público e suplementar], também estes princípios, juntamente com as demais normas atinentes à saúde, devem estar refletidos na prestação da assistência à saúde feita pela iniciativa privada na maior medida possível, respeitando-se as particularidades da relação privada¹⁹⁰.

Por esta razão a garantia da autonomia profissional não pode se confundir com a ausência de processos, protocolos e parâmetros para o exercício profissional.

“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?”¹⁸⁶

Cabe ao Ministério da Saúde determinar as políticas de saúde nacionais. Somente no ano de 2015 foram publicadas as “Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação Cesariana”¹ e, em 2017, “Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal”¹⁸⁰. Estes documentos são parâmetros importantes para o alinhamento do que são consideradas as melhores práticas na assistência obstétrica de todo o país.

A presença do Ministério, norteador, propondo, articulando e fiscalizando, agindo como um integrador das várias frentes e instituições, é imprescindível para a mudança real dos resultados. Ainda que tardiamente, estas orientações foram publicadas. Porém, uma dúvida permanece: se há boas práticas embasadas por evidências científicas, por qual razão há resistência em adotá-las como protocolos de maneira indistinta?

Cabe ao Ministério da Saúde a elaboração de políticas, normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade, inclusive para os serviços privados de saúde. É sua responsabilidade, também, a definição e controle dos processos de trabalho e padrões éticos, salvo expressa disposição em contrário ou expressa delegação.

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

V - Elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;

IX - Participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;

XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;

XVII - promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;

XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde;

XX - Definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária

No sistema suplementar estas atribuições são ainda mais relevantes, pois há o desafio de monitorar os indicadores dos estabelecimentos e profissionais de maneira integral, não apenas através de visões proporcionadas pelo faturamento contra as operadoras.

Modelo assistencial

O modelo assistencial e a organização dos serviços são fatores relevantes no desfecho dos partos.

Hoje, de maneira geral, ainda que um obstetra do setor suplementar deseje referenciar suas pacientes para o parto em uma instituição, sem a sua presença, terá dificuldades. Poucos estabelecimentos hospitalares e maternidade da rede suplementar contam com plantão obstétrico. Isso leva a um cenário onde as parturientes contam unicamente com os médicos que assistiram seu pré-natal para atende-las no trabalho de parto, conforme citado em entrevista.

“O que que acontece no setor suplementar? A primeira questão foi não ter surgido disponibilidade obstétrica. Daí o que que

acontecia? Tem os hospitais lá bonitos, lindos, verdadeiras naves espaciais, hotéis 5 estrelas que não tem nenhum médico lá dentro. Aí a mulher entra em trabalho de parto tem que chamar o médico, três horas da manhã, na casa dele e ele não recebe por isso. Aí ele vai lá e faz cesárea. Ou então ele faz cesárea um dia antes para não acontecer isso, com hora marcada. Então, o grande ponto do setor suplementar, eu acho que todos esses itens que eu for falando, todos, todos se falar assim: "Fala qual foi o principal motivo da epidemia de cesárea brasileira." Disponibilidade obstétrica, para mim é isso. "

Esta ausência de retaguarda torna a responsabilidade e a rotina destes profissionais muito intensas, o que pode incentivar a realização de cesarianas sem precisa indicação clínica por horas prolongadas de trabalho, concomitância entre parturientes ou necessidade de conciliação com compromissos pessoais do profissional.

A melhor alternativa para a redução da carga dos obstetras (que vivem em permanente estado de sobreaviso) seria o referenciamento destas pacientes para boas maternidades, mudando a cultura do parto com “o meu médico”. Contudo, esta ausência de plantonistas estabelece um impasse: como a maioria dos atendimentos é feito com o médico do pré-natal, não há demanda (e consequentemente viabilidade financeira) para a manutenção de um obstetra de plantão; como não há obstetra de plantão, não há condições de criar uma cultura onde a paciente procure naturalmente o serviço de saúde (e não o profissional com quem tem vínculo) no momento do parto.

Estabelecimentos de saúde

As condições dos estabelecimentos de saúde para o atendimento adequado às parturientes não foi objeto de adequado debate no processo que desencadeou nas resoluções normativas, mas é apontado como importante aspecto pelos entrevistados.

“As maternidades não estão preparadas, muitas vezes, para acolher aquela mulher durante o trabalho de parto. Não tem equipes de plantão, emergência 24 horas, enfermeiras obstetras a disposição para acompanhar aquele trabalho de parto, um

médico plantonista para atender alguma emergência enquanto que o médico que acompanha o pré-natal não chega. Essas questões, assim, que acabam dificultando, inclusive, as mulheres que ficam com receio. Se elas entrarem em trabalho de parto e esse médico não chegar lá, quem vai atender elas? ”

A maior parte dos estabelecimentos de saúde onde são realizados os partos na saúde suplementar são hospitais, e não maternidades. Além disso, de um universo de 7.000 hospitais, apenas algumas dezenas tem o nível de excelência e volume de atendimentos necessários para a garantia das melhores práticas, manutenção de acreditação, equipe de plantão e, com isso, força de negociação com as operadoras.

Há também um jogo de forças que faz com que alguns estabelecimentos sejam tratados como ‘joias da coroa’, inclusive com valores diferenciados, para a venda dos planos de saúde. As condições de negociação dos hospitais menores com as operadoras são frágeis, ficam em desvantagem financeira e isso se reflete nas condições oferecidas aos profissionais e pacientes.

Considerando, ainda, um modelo onde o pagamento é por procedimentos, manter equipes fixas nem sempre se mostra possível financeiramente. A melhoria da atenção obstétrica passa pela garantia de um padrão uniforme na qualidade dos hospitais e maternidades que proporcione igual valor aos pacientes. E por um olhar alinhado para a cadeia de consumo: operadoras, estabelecimentos de saúde e profissionais.

E, neste sentido, a garantia das condições necessárias para que todos os hospitais tenham remuneração e volume adequado para o equilíbrio das contas frente ao padrão exigido ou ideal é um aspecto não encaminhado neste debate.

Tal situação leva a uma hipótese de que, talvez, ações de melhoria e planos piloto não deveriam começar com os estabelecimentos mais preparados e estruturados, mas talvez os menos.

Formação profissional

“(...) as faculdades de medicina no Brasil enfatizam a formação cirúrgica e intervencionista dos médicos obstetras (...)”¹⁸⁶

A completa formação médica exige a realização de uma residência.

Os programas de residência médica, bem como as instituições que os ofertam, são reguladas, supervisionadas e avaliadas pela Comissão Nacional de Residência Médica¹⁹¹. A comissão, subordinada ao Ministério da Educação, tem o compromisso de atender as necessidades de médicos especialistas em consonância com o perfil socioepidemiológico da população e as diretrizes do Sistema Único de Saúde. Cabe a ela o encaminhamento de críticas e responsabilizações sobre eventuais inadequações na formação do obstetra.

Este conselho, embora subordinado pelo Ministério da Educação, é gerido primordialmente pela categoria médica, considerando que esta tem a maioria dos assentos. A plenária conta com 12 conselheiros, sendo cinco ligados à Administração Pública, um representante do Conselho Federal de Medicina – CFM e seis representantes de entidades médicas.

A Comissão Nacional de Residência Médica tem a responsabilidade de definir a matriz de competências para a formação de especialistas em cada área de residência médica e é a principal instância de definição dos perfis médico-especialistas que serão formados em território brasileiro.

E as formas de influenciar a formação são várias. Desde a definição de um novo projeto político-pedagógico para as graduações, passando por critérios que privilegiem hospitais-escola com boas práticas obstétricas, até medidas indutoras através de conteúdos de provas para a admissão em residências médicas ou outras avaliações.

Lembrar a relevância da instância educacional como agente articuladora de respostas aos problemas contemporâneos na saúde brasileira é urgente. São necessários debates e reuniões com as autoridades responsáveis pela definição dos processos formativos dos profissionais de saúde com a pauta específica da qualidade da atenção obstétrica.

Do mesmo modo, garantir significativo espaço para a sociedade civil nas instâncias deliberativas é fundamental em todos os conselhos. É a partir do debate ampliado entre demandas e possibilidades, garantindo espaço entre especialistas e usuários, que as políticas públicas se tornam mais ricas e efetivas.

Por fim, considerando que o entendimento da importância do trabalho multidisciplinar em saúde é consenso, permitir às demais especialidades que orbitam a temática (enfermagem, psicologia, assistência social, fisioterapia e outros) terem assento, voz e voto na Comissão Nacional de Residência Médica seria mais uma medida para a aproximação da formação dos novos profissionais com as demandas do Sistema de Saúde.

CONCLUSÃO

A regulação da assistência obstétrica na saúde suplementar exige ação regulatória coordenada sobre os planos de saúde, estabelecimentos hospitalares e profissionais de modo a promover o desenvolvimento de um plano de ação integrado.

As iniciativas encaminhadas pelas resoluções normativas promoveram alguns aspectos para a mudança cultural, mas ainda se tratam de medidas indutoras e de baixo alcance para melhoria da qualidade assistencial.

Providências relativas à formação profissional, fortalecimento do atendimento multiprofissional, garantia das condições adequadas nos estabelecimentos de saúde, modelo de assistência estruturada a partir dos serviços, implementação de protocolos de assistência e fiscalização de toda a cadeia de atendimento ao parto são fundamentais para reversão do alto número de cesarianas na saúde suplementar, e são pontos não atendidos pelas normas emitidas ou do escopo da ANS.

Embora caibam críticas sobre o baixo compromisso da agência na garantia da qualidade assistencial obstétrica dentro de seu escopo de atuação, seu ritmo não está aquém dos demais órgãos com a mesma responsabilidade na temática.

O problema é sistêmico, demanda priorização e disposição para enfrentamentos políticos e econômicos. A cesariana excessiva na saúde suplementar não pode ser enfrentada com a auto-regulamentação e as regras do próprio mercado. Este estudo revelou inúmeros problemas e conflitos de interesse do setor sem que tenha sido contemplado o elo mais frágil desta corrente: as mulheres e seus bebês. Assim como este caso, é provável que encontremos vários outros exemplos neste campo em que a viabilidade do sistema se dá a partir do sacrifício da saúde, dos direitos e dos interesses dos usuários.

É preciso resgatar a saúde como direito, independente do segmento em que ela seja cuidada. Os arranjos normativo, econômico ou prático não podem ser realizados às custas da qualidade assistencial ou direito dos usuários.

É necessário, também, que as instituições exerçam na plenitude suas funções e responsabilidades, normativas, executivas e fiscalizatórias de acordo com suas finalidades legalmente atribuídas e alinhados com as diretrizes conjuntamente estabelecidas.

É importante para a garantia da boa assistência à saúde no país, a atuação dos conselhos profissionais com compromisso público para além dos objetivos de registrar, fiscalizar e disciplinar as profissões regulamentadas. Igualmente relevante é que estes conselhos sejam organizacionalmente atualizados de acordo com os princípios constitucionais de 1988, garantindo a participação social.

Do mesmo modo, é urgente o resgate do entendimento público dos conselhos profissionais como braços do Estado para a fiscalização de seus jurisdicionados no cumprimento de normas e políticas públicas, afastando uma frequente confusão ou sobreposição com atribuições sindicais.

A efetividade das vigilâncias sanitárias municipais e estaduais precisa ser avaliada. No caso da assistência ao parto, parte significativa dos problemas decorre de más condições, inclusive no setor privado da saúde, que estão no âmbito regulatório e fiscalizatório da Anvisa e demais instâncias locais.

Garantir a ampla participação da sociedade civil nos espaços consultivos e deliberativos de todos os órgãos da administração pública direta e indireta é fundamental para a garantia da democracia. E com a consolidação da importância do trabalho multiprofissional, a hegemonia da categoria médica nos espaços de decisão e gestão em saúde precisa ser analisada quanto à sua pertinência.

Considerando que são os contratos destas operadoras com os prestadores o que regula a assistência e o conflito de interesses destes operadores frente aos objetivos financeiros, chega-se a um cenário onde os padrões de atenção não se aprimoram. O desafio que se apreende de tal contexto é encontrar meios de intervir na relação entre operadoras e planos de saúde sem, no entanto, interferir indevidamente em relações institucionais de esferas privadas e que gozam da livre iniciativa.

Assim fica colocado um dilema: como regular um segmento que lida com um bem de mérito, que não pode ser tratado como mercadoria, protegendo, cuidando e conservando a vida humana sem, ao mesmo tempo, ter autoridade para regular todos os agentes deste setor nem os ter submetidos a regras rígidas como em uma concessão?

Esta é uma discussão que, além de complexa, foge ao debate público e não entra na pauta das prioridades em saúde. Os principais fóruns de debate sobre políticas de

saúde, como as conferências, assim como as instituições governamentais, focam-se no componente público do sistema levando o debate do componente privado para outras arenas²⁷.

Apesar das resoluções normativas terem trazido interessantes elementos para o aprimoramento da assistência, as soluções encaminhadas não atenderam adequadamente as causas dos problemas. Com verniz de regulação assistencial, as respostas foram de caráter liberal, consumerista e com a expectativa de que, oferecendo informações e mais possibilidade de escolhas, o mercado naturalmente ajustaria a prática dos prestadores.

O setor privado não existe por si só e, no caso de sistemas estratificados e fragmentados, como o brasileiro, deve ser compreendido no contexto maior da interação entre público e privado no sistema de saúde. Não é adequado, assim, focar o setor privado e seus aspectos peculiares (por exemplo, aqui, o excesso de cesarianas) única e isoladamente, pois seu funcionamento requer uma resposta regulatória que leva em conta o funcionamento, a organização e o financiamento do sistema de saúde como um todo.

Em resumo, concluímos que a diminuição dos percentuais de cesarianas na saúde suplementar é tema complexo, multifatorial, que demandaria coordenação de todas as entidades com poder regulatório sobre os planos de saúde, estabelecimentos hospitalares e profissionais, de modo a promover o desenvolvimento de um plano de ação integrado.

REFERÊNCIAS

1. CONITEC. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação Cesariana (Relatório) [Internet]. Brasília; 2015. Available at: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDTCesariana_CP.pdf
2. Organização Mundial de Saúde. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas (Relatório) [Internet]. Genebra; 2015. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf
3. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Cesarianas desnecessárias: causas, consequências e estratégias para sua redução (Relatório) [Internet]. Rio de Janeiro; 2007. Available at: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/PesqCtroColab20062008_Cesarianas_desnecessarias.pdf
4. Faúndes A, Cecatti JG. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação. Cadernos de Saúde Pública [Internet]. 1991;7(2):150–73. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000200003
5. Aith F, Dallari SG. Vigilância em saúde no Brasil: os desafios dos riscos sanitários do século XXI e a necessidade de criação de um sistema nacional de vigilância em saúde. Revista de Direito Sanitário [Internet]. 1 de outubro de 2009;10(2):94. Available at: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13165>
6. MPF-RS. Público lota audiência pública sobre humanização da assistência ao parto [Internet]. Ministério Público - RS. 2014. Available at: <http://www.mprs.mp.br/imprensa/noticias/id36183.htm?impressao=1>
7. Balogh G. Projeto de lei quer controlar índices de cesáreas em hospitais [Internet]. Maternar - Folha de São Paulo. 2014. Available at: <http://maternar.blogfolha.uol.com.br/2014/07/30/projeto-de-lei-quer-controlar-indices-de-cesareas-em-hospitais/>

8. Fortes CL, Lorencet CF, Costa JZ da, Bonamigo L, Jesus LP de. A competência normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Revista do Curso de Direito da Faculdade da Serra Gaúcha - FSG [Internet]. 2013;14(jul-dez):87–107. Available at: <http://ojs.fsg.br/index.php/direito/article/view/1299>
9. RIBAS BKC. Processo regulatório em saúde suplementar: Dinâmica e Aperfeiçoamento da Regulação para a Produção da Saúde (Dissertação de Mestrado) [Internet]. Universidade Federal do Estado do Paraná; 2009. Available at: https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/19112/BarbaraKirchner_MestradoUFPR_Dissertacao_vf.pdf?sequence=1
10. ANS. Resolução Normativa 368 de 2015 (Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma) [Internet]. 2015. Available at: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjg5Mg==>
11. ANS. Resolução Normativa 387 de 2015 (Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde) [Internet]. Brasil; 2015. Available at: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzExMA==>
12. ANS. Resolução Normativa 398 de 2016 (Dispõe sobre a Obrigatoriedade de Credenciamento de Enfermeiros Obstétricos e Obstetrizes por Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e Hospitais que Constituem suas Redes e sobre a Obrigatoriedade de os Médicos [Internet]. Brasil; 2016. Available at: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&ancora=&id=MzE5Mw==>
13. Minayo MC de S. O desafio do conhecimento. Hucitec; 2010.
14. Wagenknecht S, Nersessian NJ, Andersen H. Empirical Philosophy of Science

- [Internet]. Vol. 21. Springer International Publishing; 2015. Available at: <http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-18600-9>
15. Strauss AL, Corbin J. Basics of Qualitative Research. 3a. editio. Basics of Qualitative Research. SAGE Publications; 2008.
 16. O’Learly Z. The essential guide to doing your research project. 2010.
 17. Vilarins GCM, Shimizu HE, Gutierrez MMU. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. Saúde em Debate [Internet]. 2012;36(95):640–7. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000400016&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
 18. Oliveira RR de, Elias PEM. Conceitos de regulação em saúde no Brasil. Revista de Saúde Pública. 2012;46(3):571–6.
 19. Santos FP dos, Merhy EE. A regulação pública da saúde no Estado Brasileiro - uma revisão. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. 2006;9(18):25–41.
 20. Seta MH De, Oliveira CV dos S, Pepe VLE. Proteção à saúde no Brasil: o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2017;22(10):3225–34. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017021003225&lng=pt&tlng=pt
 21. Figueiredo MF. Direito à Saúde - Leis 8.080/1990 e 8.142/1990, arts. 6o. e 196 a 200 da Constituição Federal. 5a. edição. Salvador: Editora JusPodivm; 2017.
 22. Nogueira RP. As Agências Reguladoras da Saúde e os Direitos Sociais. Políticas Sociais - Acompanhamento e Análise [Internet]. 2002;5(Agosto). Available at: http://ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/politicas_sociais/ensaio1_Roberto5.pdf
 23. Rodrigues FA. Direito, economia e saúde suplementar: regulação eficiente para garantia do direito fundamental à saúde. Revista Direito Mackenzie. 2012;6(2):77–9.
 24. Trettel DB, Leão LN. Teoria e prática da participação da Agência Nacional de

- Saúde Suplementar. Revista Direito Sanitário. 2015;15(3):91–121.
25. VIEIRA ASA. Agências Reguladoras Independentes: especialização e captura nas trajetórias de carreira dos reguladores federais brasileiros [Internet]. Fundação Getúlio Vargas; 2015. Available at: [http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/13715/Dissertação final.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/13715/Dissertação%20final.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
 26. Gamarra TP das N, Peres F de F. Câmara de Saúde Suplementar: Apontamentos a partir das contribuições de Georg simmel. Saude e Sociedade. 2014;23(2):641–50.
 27. Sestelo JA de F, Souza LEPF de, Bahia L. Saúde suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde. Cad Saude Publica [Internet]. 2013;29(5):851–66. Available at: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000900004
 28. Gerschman S, Ugá MAD, Portela M, Maria S, Lemos S. de Saúde Suplementar na regulação das relações entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços. Physis - Revista de Saúde Coletiva. 2011;22(2):463–76.
 29. Bahia L, Scheffer M. Planos e Seguros de Saúde: o que todos deve saber sobre a assistência médica suplementar no Brasil. UNESP; 2010.
 30. Rezende B, Costa M. Responsabilidade Social Dos Conselhos Profissionais. Brasília; 2008.
 31. Rios RR, Resadori AH, Silva R da, Vidor DM. Laicidade e Conselho Federal de Psicologia: Dinâmica Institucional e Profissional em Perspectiva Jurídica. Psicologia: Ciência e Profissão [Internet]. janeiro de 2017;37(1):159–75. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932017000100159&lng=pt&tlng=pt
 32. CEVS. Manual de Processo Administrativo Sanitário [Internet]. 3a. Porto Alegre: Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde.; 2017. Available at: <https://cevs.rs.gov.br/manual-do-processo-administrativo-sanitario>

-
33. Scheffer M, Bahia L. O financiamento de campanhas pelos planos e seguros de saúde nas eleições de 2010. *Saúde em Debate*. 2013;37(96):96–103.
 34. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: History, advances, and challenges. *The Lancet* [Internet]. maio de 2011;377(9779):1778–97. Available at: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673611600548>
 35. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). Rio de Janeiro; 2013.
 36. Agência Nacional de Saúde Suplementar. ANS disponibiliza números do setor referentes a março [Internet]. 2018. Available at: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/numeros-do-setor/4414-ans-disponibiliza-numeros-do-setor-referentes-a-marco>
 37. Leal M do C. Inquério Nacional sobre Parto e Nascimento - Nascer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro; 2013. Available at: http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/wp-content/uploads/2014/11/sumario_executivo_nascer_no_brasil.pdf
 38. Victora CG, Aquino EM, do Carmo Leal M, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *The Lancet* [Internet]. maio de 2011;377(9780):1863–76. Available at: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673611601384>
 39. Brasil. Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática [Internet]. Série B: T. Brasília: Ministério da Saúde; 1984. 10–17 p. Available at: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf
 40. Volpe FM. Correlation of Cesarean rates to maternal and infant mortality rates: an ecologic study of official international data. *Revista Panamericana de Salud Pública* [Internet]. maio de 2011;29(5):303–8. Available at: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892011000500001&lng=en&nrm=iso&tlng=en

-
41. Tesser CD, Knobel R, Andrezzo HF de A, Diniz SG. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade* [Internet]. 24 de junho de 2015;10(35):1. Available at: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1013>
 42. Rebelo F, da Rocha CMM, Cortes TR, Dutra CL, Kac G. High cesarean prevalence in a national population-based study in Brazil: the role of private practice. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica* [Internet]. julho de 2010;89(7):903–8. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20583936>
 43. Villar J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G, Velazco A, et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *The Lancet* [Internet]. 3 de junho de 2006;367(9525):1819–29. Available at: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673606687047>
 44. Hopkins K. Are Brazilian women really choosing to deliver by cesarean? *Social Science and Medicine* [Internet]. setembro de 2000;51(5):725–40. Available at: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953699004803>
 45. Souza J, Betran A, Dumont A, de Mucio B, Gibbs Pickens C, Deneux-Tharaux C, et al. A global reference for caesarean section rates (C-Model): a multicountry cross-sectional study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* [Internet]. fevereiro de 2016;123(3):427–36. Available at: <http://doi.wiley.com/10.1111/1471-0528.13509>
 46. Cavallaro FL, Cresswell JA, Ronsmans C. Obstetricians' Opinions of the Optimal Caesarean Rate: A Global Survey. *PloS one* [Internet]. 2016;11(3):e0152779. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27031516>
 47. Caughey AB, Cahill AG, Guise J-M, Rouse DJ. Safe prevention of the primary cesarean delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* [Internet]. março de 2014;210(3):179–93. Available at: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002937814000556>
 48. Haddad SEMT, Cececatti JG. Estratégias dirigidas aos profissionais para a redução

- das cesáreas desnecessárias no Brasil. *Enfermagem obstétrica* [Internet]. 2014;1(3):86–94. Available at: <http://www.enfo.com.br/ojs/index.php/EnfObst/article/view/21/19>
49. Should Childbirth Be a Cutting Experience? *The Lancet* [Internet]. fevereiro de 1980;315(8165):406. Available at: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673680909538>
50. Porreco RP, Thorp JA. The cesarean birth epidemic: Trends, causes, and solutions. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* [Internet]. agosto de 1996;175(2):369–74. Available at: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002937896701485>
51. Crowther CA, Dodd JM, Hiller JE, Haslam RR, Robinson JS, Birth After Caesarean Study Group. Planned vaginal birth or elective repeat caesarean: patient preference restricted cohort with nested randomised trial. *PLoS medicine* [Internet]. 2012;9(3):e1001192. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22427749>
52. Tahseen S, Griffiths M. Vaginal birth after two caesarean sections (VBAC-2)-a systematic review with meta-analysis of success rate and adverse outcomes of VBAC-2 versus VBAC-1 and repeat (third) caesarean sections. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology* [Internet]. janeiro de 2010;117(1):5–19. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19781046>
53. Cahill AG, Tuuli M, Odibo AO, Stamilio DM, Macones GA. Vaginal birth after caesarean for women with three or more prior caesareans: assessing safety and success. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology* [Internet]. março de 2010;117(4):422–7. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20374579>
54. Sentilhes L, Vayssire C, Beucher G, Deneux-Tharaux C, Deruelle P, Diemunsch P, et al. Delivery for women with a previous cesarean: guidelines for clinical practice from the French College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF). *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology* [Internet]. setembro de 2013;170(1):25–32. Available at:

- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23810846>
55. Finger C. Caesarean section rates skyrocket in Brazil. *The Lancet* [Internet]. agosto de 2003;362(9384):628. Available at: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673603142043>
56. Barros FC, Matijasevich A, Maranhão AGK, Escalante JJ, Rabello Neto DL, Fernandes RM, et al. Cesarean sections in Brazil: will they ever stop increasing? *Revista panamericana de salud publica* [Internet]. setembro de 2015;38(3):217–25. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26758000>
57. Ralston SJ, Farrell RM. The Ethics of Access: Who Is Offered a Cesarean Delivery, and Why? *Hastings Center Report* [Internet]. novembro de 2015;45(6):15–9. Available at: <http://doi.wiley.com/10.1002/hast.476>
58. Potter JE, Hopkins K, Faúndes A, Perpétuo I. Women's autonomy and scheduled cesarean sections in Brazil: a cautionary tale. *Birth* (Berkeley, Calif) [Internet]. março de 2008;35(1):33–40. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18307486>
59. Hou X, Sabah Rakhshani N, Iunes R. Factors associated with high Cesarean deliveries in China and Brazil - A Call for reducing elective surgeries in moving towards universal health coverage. *Journal of Hospital Administration* [Internet]. 18 de abril de 2014;3(5). Available at: <http://www.sciedu.ca/journal/index.php/jha/article/view/3867>
60. Niino Y. The increasing cesarean rate globally and what we can do about it. *Bioscience trends* [Internet]. agosto de 2011;5(4):139–50. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21914948>
61. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005;10(3):627–37.
62. Diniz SG, Bick D, Bastos MH, Riesco ML. Empowering women in Brazil. *The Lancet* [Internet]. novembro de 2007;370(9599):1596–8. Available at: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673607616717>

-
63. Schindl M, Birner P, Reingrabner M, Joura E, Husslein P, Langer M. Elective cesarean section vs. spontaneous delivery: a comparative study of birth experience. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica* [Internet]. setembro de 2003;82(9):834–40. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12911445>
64. Nilstun T, Habiba M, Lingman G, Saracci R, Da Frè M, Cuttini M, et al. Cesarean delivery on maternal request: can the ethical problem be solved by the principlist approach? *BMC medical ethics* [Internet]. 17 de junho de 2008;9:11. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18559083>
65. CREMEB. Parecer 27/2014 (Responsabilidade ético-profissional dos médicos nas Casas de Parto e Maternidades, que mantêm enfermeiras em funções obstétrica). Salvador; 2013.
66. Conselho Federal de Medicina. Parecer CFM 37/2016 - Sobre a autonomia do médico.
67. CREMERS. Parecer 11/2009 - CREMERS. 2009.
68. CREMESP. Consulta 139.217/2012 (Sobre “Plano de Parto”).
69. Osuna E, Pérez Cárcelos MD, Sánchez Ferrer ML, Machado F. Caesarean delivery: conflicting interests. *Reproductive BioMedicine Online* [Internet]. dezembro de 2015;31(6):815–8. Available at: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1472648315004150>
70. Malek J. Responding to refusal of recommended cesarean section: Promoting good parenting. *Seminars in perinatology* [Internet]. junho de 2016;40(4):216–21. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26803168>
71. Brasil. Cadernos de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasil: Ministério da Saúde do Brasil; 2012. 315 p.
72. CRMPR. Parecer 2522/2016 (Realização de esterilização cirúrgica durante cesariana) [Internet]. 2016. Available at: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/PR/2016/2522>

-
73. Visser GHAA. Women Are Designed to Deliver Vaginally and Not by Cesarean Section: An Obstetrician's View. *Neonatology* [Internet]. 2015;107(1):8–13. Available at: <http://www.karger.com?doi=10.1159/000365164>
 74. Westgren M, Dolfin T, Halperin M, Milligan J, Shennan A, Svenningsen NW, et al. Mode of delivery in the low birth weight fetus. Delivery by cesarean section independent of fetal lie versus vaginal delivery in vertex presentation. A study with long-term follow-up. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica* [Internet]. 1985;64(1):51–7. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3976377>
 75. Sakala C. Midwifery care and out-of-hospital birth settings: How do they reduce unnecessary cesarean section births? *Social Science & Medicine* [Internet]. novembro de 1993;37(10):1233–50. Available at: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/0277953693903352>
 76. Barrett JFR, Hannah ME, Hutton EK, Willan AR, Allen AC, Armson BA, et al. A randomized trial of planned cesarean or vaginal delivery for twin pregnancy. *The New England journal of medicine* [Internet]. 3 de outubro de 2013;369(14):1295–305. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24088091>
 77. Hofmeyr GJ, Hannah ME. Planned caesarean section for term breech delivery. *The Cochrane database of systematic reviews* [Internet]. 2003;(3):CD000166. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12917886>
 78. Keeler EB, Brodie M. Economic Incentives in the Choice between Vaginal Delivery and Cesarean Section. *The Milbank Quarterly* [Internet]. 1993;71(3):365. Available at: <http://www.jstor.org/stable/3350407?origin=crossref>
 79. Fuglenes D, Oian P, Kristiansen IS, Øian P, Kristiansen IS. Obstetricians' choice of cesarean delivery in ambiguous cases: is it influenced by risk attitude or fear of complaints and litigation? *American journal of obstetrics and gynecology* [Internet]. janeiro de 2009;200(1):48.e1-8. Available at: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002937808008028>
 80. CRMPR. Parecer 0941/1997 (Índice de Cesarianas). 1997.
 81. Ye J, Betrán AP, Villar J, Guerrero Vela M, Souza JP, Zhang J. Searching for the

- optimal rate of medically necessary cesarean delivery. *Birth* (Berkeley, Calif) [Internet]. setembro de 2014;41(3):237–44. Available at: <http://doi.wiley.com/10.1111/birt.12104>
82. Reis LG da C, Pepe VLE, Caetano R. Maternidade segura no Brasil: O longo percurso para a efetivação de um direito. *Physis*. 2011;21(3):1139–59.
83. Guise J-M, Eden K, Emeis C, Denman MA, Marshall N, Fu RR, et al. Vaginal birth after cesarean: new insights. Evidence report/technology assessment [Internet]. março de 2010;(191):1–397. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20629481>
84. Souza JP, Gülmezoglu AM, Vogel J, Carroli G, Lumbiganon P, Qureshi Z, et al. Moving beyond essential interventions for reduction of maternal mortality (the WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health): a cross-sectional study. *The Lancet* [Internet]. maio de 2013;381(9879):1747–55. Available at: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673613606868>
85. Souza JP, Cecatti JG, Faundes A, Morais SS, Villar J, Carroli G, et al. Maternal near miss and maternal death in the World Health Organization's 2005 global survey on maternal and perinatal health. *Bulletin of the World Health Organization* [Internet]. fevereiro de 2010;88(2):113–9. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20428368>
86. Betran AP, Torloni MR, Zhang J, Ye J, Mikolajczyk R, Deneux-Tharaux C, et al. What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. *Reproductive health* [Internet]. 21 de junho de 2015;12:57. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26093498>
87. Bujold E, Mehta SH, Bujold C, Gauthier RJ. Interdelivery interval and uterine rupture. *American journal of obstetrics and gynecology* [Internet]. novembro de 2002;187(5):1199–202. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12439503>
88. Molina G, Esquivel MM, Uribe-Leitz T, Lipsitz SR, Azad T, Shah N, et al. Avoidable maternal and neonatal deaths associated with improving access to

- caesarean delivery in countries with low caesarean delivery rates: an ecological modelling analysis. *The Lancet* [Internet]. abril de 2015;385:S33. Available at: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673615608285>
89. Leite AC da NMT, Paes NA. Direitos femininos no Brasil: um enfoque na saúde materna. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* [Internet]. setembro de 2009;16(3):705–14. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702009000300008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
90. Rozen G, Ugoni AM, Sheehan PM. A new perspective on VBAC: a retrospective cohort study. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives* [Internet]. março de 2011;24(1):3–9. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20447886>
91. ten Hoope-Bender P, de Bernis L, Campbell J, Downe S, Fauveau V, Fogstad H, et al. Improvement of maternal and newborn health through midwifery. *The Lancet* [Internet]. setembro de 2014;384(9949):1226–35. Available at: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673614609302>
92. Janoudi G, Kelly S, Yasseen A, Hamam H, Moretti F, Walker M. Factors Associated With Increased Rates of Caesarean Section in Women of Advanced Maternal Age. *J Obstet Gynaecol Can* [Internet]. 2015;37(6):517–26. Available at: [http://dx.doi.org/10.1016/S1701-2163\(15\)30228-0](http://dx.doi.org/10.1016/S1701-2163(15)30228-0)
93. Costa SG. Proteção social, maternidade transferida e lutas pela saúde reprodutiva. *Revista Estudos Feministas* [Internet]. 2002;10(2):301–23. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2002000200003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
94. European Mode of Delivery Collaboration. Elective caesarean-section versus vaginal delivery in prevention of vertical HIV-1 transmission: a randomised clinical trial. *Lancet (London, England)* [Internet]. 27 de março de 1999;353(9158):1035–9. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10199349>

-
95. Geller EJ, Wu JM, Jannelli ML, Nguyen T V, Visco AG. Neonatal outcomes associated with planned vaginal versus planned primary cesarean delivery. *Journal of perinatology : official journal of the California Perinatal Association* [Internet]. abril de 2010;30(4):258–64. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19812591>
 96. Thomas J, Paranjothy S, James D. National cross sectional survey to determine whether the decision to delivery interval is critical in emergency caesarean section. *BMJ (Clinical research ed)* [Internet]. 20 de março de 2004;328(7441):665. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15023829>
 97. Schlinzig T, Johansson S, Gunnar A, Ekström T, Norman M. Epigenetic modulation at birth - Altered DNA-methylation in white blood cells after Caesarean section. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics* [Internet]. julho de 2009;98(7):1096–9. Available at: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1651-2227.2009.01371.x>
 98. Dahlen HG, Kennedy HP, Anderson CM, Bell AF, Clark A, Foureur M, et al. The EPIIC hypothesis: Intrapartum effects on the neonatal epigenome and consequent health outcomes. *Medical Hypotheses* [Internet]. maio de 2013;80(5):656–62. Available at: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0306987713000406>
 99. Dietert R, Dietert J. The Completed Self: An Immunological View of the Human-Microbiome Superorganism and Risk of Chronic Diseases. *Entropy*. 2012;14(11):2036–65.
 100. Barros FC, Matijasevich A, Maranhão AGK, Escalante JJ, Neto DLR, Fernandes RM, et al. Caesarean sections in Brazil: will they never stop increasing? *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2015;38(3):217–25.
 101. CAMSS. Ata da 15a. reunião da Câmara de Saúde Suplementar (2000) [Internet]. Rio de Janeiro; 2000. Available at: http://www.ans.gov.br/images/stories/Intercooes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_15.pdf
 102. Reportagem FSP. Estudo revela falhas na atenção ao parto. *Folha de São Paulo*

- [Internet]. 16 de agosto de 2000;C2. Available at:
<http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2000/08/16/15//617821>
103. CAMSS. Ata da 38a. reunião da Câmara de Saúde Suplementar (2005) [Internet]. Rio de Janeiro; 2005. Available at:
http://www.ans.gov.br/images/stories/Interacoes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_38.pdf
104. ANS. CAMSS - Câmara de Saúde Suplementar [Internet]. Available at:
<http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/camss-camara-de-saude-suplementar>
105. Conselho Nacional de Saúde. ATA DA 75ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS [Internet]. Brasília; 1998. Available at:
<http://conselho.saude.gov.br/atas/1998/Ata75.doc>
106. Conselho Nacional de Saúde. ATA DA 80ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS. Brasília; 1998.
107. CAMSS. Ata da 43a. reunião da Câmara de Saúde Suplementar (2015) [Internet]. Rio de Janeiro; 2015. Available at:
http://www.ans.gov.br/images/stories/Interacoes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_43.pdf
108. CAMSS. Ata da 47a. reunião da Câmara de Saúde Suplementar (2006) [Internet]. Rio de Janeiro; 2006. Available at:
http://www.ans.gov.br/images/stories/Interacoes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_47.pdf
109. CAMSS. Ata da 48a. reunião da Câmara de Saúde Suplementar (2007) [Internet]. Rio de Janeiro; 2007. Available at:
http://www.ans.gov.br/images/stories/Interacoes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_48.pdf
110. CAMSS. Ata da 50a. reunião da Câmara de Saúde Suplementar (2007) [Internet]. Rio de Janeiro; 2007. Available at:
http://www.ans.gov.br/images/stories/Interacoes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_50.pdf

- 0.pdf
111. CAMSS. Ata da 51a. reunião da Câmara de Saúde Suplementar (2008) [Internet]. Rio de Janeiro; 2008. Available at: http://www.ans.gov.br/images/stories/Interacoes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_51.pdf
 112. CAMSS. Ata da 53a. reunião da Câmara de Saúde Suplementar (2008) [Internet]. Rio de Janeiro; 2008. Available at: http://www.ans.gov.br/images/stories/Interacoes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_53.pdf
 113. CAMSS. Ata da 58a. reunião da Câmara de Saúde Suplementar (2009) [Internet]. Rio de Janeiro; 2009. Available at: http://www.ans.gov.br/images/stories/Interacoes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_58.pdf
 114. CAMSS. Ata da 79a. reunião da Câmara de Saúde Suplementar (2014) [Internet]. Rio de Janeiro; 2014. Available at: http://www.ans.gov.br/images/stories/Interacoes_com_ANS/Atas_CSS/css_ata_79.pdf
 115. Conselho Nacional de Saúde. História do CNS [Internet]. Available at: <http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/historia.htm>
 116. Conselho Nacional de Saúde. ATA DA 95ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS [Internet]. Brasília; 2000. Available at: <http://conselho.saude.gov.br/atas/2000/Ata95.doc>
 117. Conselho Nacional de Saúde. ATA DA 163ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS [Internet]. Brasília; 2006. Available at: <http://conselho.saude.gov.br/atas/2006/Ata163.doc>
 118. Editorial FSP. Partos de risco. Folha de São Paulo [Internet]. 12 de janeiro de 2006;A2. Available at: <http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2006/01/12/2//5244644>
 119. Collucci C. OMS critica o Brasil por excesso de cesarianas. Folha de São Paulo

- [Internet]. 12 de janeiro de 2006;C2. Available at:
<http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2006/01/12/15//5282752>
120. Gois A. Planos devem ter de oferecer parto normal. Folha de São Paulo [Internet]. 11 de outubro de 2006;C10. Available at:
<http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2006/10/11/15//5289709>
121. Collucci C. Campanha vai premiar convênios que reduzirem cesariana. Folha de São Paulo [Internet]. 3 de agosto de 2006;C2. Available at:
<http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2006/08/03/15//5287835>
122. Westin R. Obstetras de SP lançam campanha contra os planos. Folha de São Paulo [Internet]. 27 de maio de 2010;C1. Available at:
<http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2010/05/27/15/>
123. Reportagem FSP. Comissão quer obstetra de plantão em hospital. Folha de São Paulo [Internet]. 20 de novembro de 2011;C14. Available at:
<http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2011/11/20/15//5734890>
124. Reportagem FSP. Plano prevê apenas partos marcados, diz operadora. Folha de São Paulo [Internet]. 31 de março de 2013;C2. Available at:
<http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2013/03/31/15//5863440>
125. Local R. Procuradoria dá aval a a médico em parto domiciliar no Rio. Folha de São Paulo [Internet]. 9 de agosto de 2014;C2 3. Available at:
<http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2014/08/09/52//5954253>
126. Nublat J. Usuária de plano poderá ter acesso a percentual de cesáreas dos médicos. Folha de São Paulo [Internet]. 15 de outubro de 2014;C6. Available at:
<http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2014/10/15/15//5965293>
127. Editorial FSP. Partos contraproducentes. Folha de São Paulo [Internet]. 8 de janeiro de 2015;A2. Available at:
<http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2015/01/08/2//5976501>
128. Cancian N. Cesáreas passam de 90% em metade das operadoras de saúde. Folha de São Paulo [Internet]. 19 de janeiro de 2015;C10. Available at:

- <http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2015/01/19/870/>
129. SOGESP. A posição da SOGESP sobre as declarações do ministro Arthur Chioro e da ANS. Folha de São Paulo [Internet]. 15 de janeiro de 2015;A6. Available at: <http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2015/01/15/2//5977218>
130. Reportagem FSP. Governo e Einstein se juntam em plano de incentivo ao parto normal. Folha de São Paulo [Internet]. 28 de março de 2015;C6. Available at: <http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2015/03/28/15//5985411>
131. Versolato M. Mulheres com planos de saúde vão ao SUS em busca do parto normal. Folha de São Paulo [Internet]. 26 de janeiro de 2015;D6. Available at: <http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2015/01/26/15//5978612>
132. Galli V. PL 5687/2016 - Câmara dos Deputados [Internet]. Brasil; 2016. Available at: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2089524>
133. Cancian N. Cesárea somente poderá ser feita a partir da 39ª semana. Folha de São Paulo [Internet]. 21 de junho de 2016;B1. Available at: <http://acervo.folha.uol.com.br/fsp/2016/06/21/871/>
134. Nagahama EEI, Santiago SM. A institucionalização médica do parto no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. setembro de 2005;10(3):651–7. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300021&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
135. Santos RAA Dos, Melo MCP De, Cruz DD. Trajetória de humanização do parto no Brasil a partir de uma revisão integrativa de literatura. *Caderno de Cultura e Ciência*. 2015;(2001):76–89.
136. Cassiano ACM, Carlucci EM de S, Gomes CF, Bennemann RM. Saúde materno infantil no Brasil : evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. *Revista do Serviço Público Brasília*. 2014;65(2):227–44.
137. Zampieri M de FM, Erdmann AL. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar

- para além das divergências e convergências. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2010;10(3):359–67.
138. Carvalho LP De. PNAISM e Rede Cegonha: os programas federais de saúde para as mulheres e as interações socioestatais nos anos 2000 12. 2011;(Viii):1–24.
139. Brasil. Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. Available at: <http://www.saude.gov.br/bvs>
140. Ramalho KDS. Política de Saúde da Mulher à Integralidade: efetividade ou possibilidade? *Cadernos de Graduação - Ciências Humanas e Sociais Fits*. 2012;1(1):11–22.
141. Neto ET dos S, Alves KCG, Zorzal M, Lima R de CD. Políticas de saúde materna no Brasil: Os nexus com indicadores de saúde materno-infantil. *Saude e Sociedade* [Internet]. junho de 2008;17(2):107–19. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
142. Berquó E. BRASIL, UM CASO EXEMPLAR - anticoncepção e parto cirúrgicos - à espera de uma ação exemplar. *Estudos Feministas* [Internet]. 1993;1(2):366–81. Available at: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/viewFile/16069/14601>
143. Rodrigues AV, Siqueira A a. F De. Uma análise da implementação dos comitês de estudos de morte materna no Brasil: um estudo de caso do Comitê do Estado de São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*. 2003;19(1):183–9.
144. Bustreo F, Hunt P, Gruskin S, Eide A, McGoey L, Rao S, et al. Women's and Children's Health: Evidence of Impact of Human Rights. 2013;140. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84203/1/9789241505420_eng.pdf
145. Brasil. Constituição Federal. Brasil; 1988 p. 1–129.
146. Versiani CDC, Mendonça JMG De, Vieira MA, Sena RR De. Maternidade segura: relato de experiência. *Rev APS* [Internet]. 2008;11:109–14. Available at:

- <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/109-114.pdf>
147. World Health Organization. Care in normal Birth. Who. 1996;60.
 148. Brasil. Lei 9.263/1996 (Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências) [Internet]. 1996. Available at: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1996/lei-9263-12-janeiro-1996-374936-normaatualizada-pl.html>
 149. Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [Internet]. Available at: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a27v13s1>
 150. CREMESP. Consulta 56.783/1998 (A respeito do posicionamento do SUS, segundo a Portaria MS/GM 2.816, de 29.05.98, a qual estabelece os limites semestrais de cesarianas) [Internet]. 1998. Available at: http://www.portalmedico.org.br/pareceres/crmsp/pareceres/1998/56783_1998.htm
 151. CNS. Resolução 256/1997 (Resolve definir o Óbito Materno nos estados e municípios como evento de Notificação Compulsória para a Vigilância Epidemiológica) [Internet]. 1997. Available at: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_97.htm
 152. WHO. World Health Day: safe motherhood 1998. 1998; Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63845/1/WHO_98.1-13.pdf
 153. Ministério da Saúde. Portaria 3.016/1998 (Cria o programa de apoio à implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar para o atendimento à gestante de alto risco). Brasil; 1998.
 154. Ministério da Saúde. Portaria 3.477/1998 GM/MS (Cria os mecanismos para sua implantação e define os critérios de inclusão no nível secundário e terciário de atendimento à gravidez de alto risco) [Internet]. Brasil; 1998. Available at: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3477_20_08_1998.html
 155. Ministério da Saúde. Portaria 2.816/1998 GM/MS (Limite de Cesariana no SUS)

- [Internet]. 1998. Available at: http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/obst/GM_P2816_98obst.doc
156. TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 3ª REGIÃO. Apelação cível 0053164-59.1998.4.03.6100/SP - Ministério da Saúde. Portaria 2.816/98. Limitação de partos cirúrgicos. [Internet]. 2015. Available at: <http://web.trf3.jus.br/acordaos/Acordao/BuscarDocumentoGedpro/4372081>
157. CRMMS. Parecer 16/1998 (Ref. Portaria do Ministério da Saúde número 2.816 de 29 de maio de 1998) [Internet]. Campo Grande; 1998. Available at: http://www.portalmedico.org.br/pareceres/crmms/pareceres/1998/16_1998.htm
158. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) - Melhorar a saúde materna [Internet]. 2000. Available at: <http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/post-2015/sdg-overview1/mdg5.html>
159. Brasil. Assistência Pré-natal: Manual Técnico [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. Available at: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf
160. Brasil. Gestação de Alto Risco: Manual Técnico [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. Available at: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/25gestacao_alto_risco.pdf
161. Ministério da Saúde. Portaria 466/2000 GM/MS (Pacto para redução das taxas de cesariana). Brasil; 2000.
162. Ministério da Saúde. Portaria 569/2000 GM/MS (Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento) [Internet]. 2000. Available at: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html
163. Ministério da Saúde. Portaria 572/2000 (Novos mecanismos de custeio da assistência ao parto que permitam o incremento da qualidade do acompanhamento integral e integrado da gestante durante o pré-natal, o parto, o puerpério e a adequada assistência ao recém-nascido) [Internet]. Brasil; 2000. Available at:

- http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0572_01_06_2000_rep.htm
1
164. Câmara dos Deputados. Comissão Parlamentar de Inquérito Destinada a Investigar a Incidência de Mortalidade Materna no Brasil [Internet]. Brasília; 2000. Available at: <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/parlamentar-de-inquerito/51-legislatura/cpimater/relatoriofinal.pdf>
165. ANS. O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas [Internet]. Rio de Janeiro; 2008. Available at: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/ProdEditorialANS_O_Modelo_da_atencao_obstetrica_no_setor_da_SS.pdf
166. Ministério da Saúde. Portaria 1.067/2005 GM/MS (Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal). Brasil; 2005.
167. Brasil. Plano Nacional de Políticas para Mulheres [Internet]. Brasília; 2005. Available at: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpm_compacta.pdf
168. Brasil. Direitos sexuais e direitos reprodutivos - uma prioridade do governo [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. Available at: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivos.pdf
169. CRM/PR. Parecer 1350/2001 (Laqueadura - Cobrança - Gratuita pelo SUS). Curitiba; 2001.
170. Brasil. Lei 11.108/2005 (Presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde). 2005.
171. Ministério da Saúde. Portaria 2.418/2005 (Regulamenta a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS) [Internet]. Brasil; 2005. Available at: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2418_02_12_2005.html

-
172. ANS. Parto natural e presença de acompanhante são direitos de toda mulher [Internet]. Available at: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/10006002527.pdf>
173. Brasil. Lei 11.634/2007 (Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde) [Internet]. 2007. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm
174. ANVISA. Resolução 36/2008 (Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal) [Internet]. Brasil; 2008. Available at: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html
175. ANS. Parto normal está no meu plano [Internet]. 2008. Available at: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/sobre-a-ans/779-parto-normal-esta-no-meu-plano?highlight=WyJjZXNhcmllhbmEiLCJjZXNhcmllhbmFzIl0=>
176. ANS. Encontro ANS 2008 reúne representantes do setor em Brasília [Internet]. 2008. Available at: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/sobre-a-ans/808-encontro-ans-2008-reune-representantes-do-setor-em-brasilia?highlight=WyJuYXR1cmFsbWVudGUiLCJuYXR1cmFslIiwicGFydG8iLCJwYXJ0ZSIzInBhcnRlcyIsInBhcnRpciIsInBhcnRpbmRvIiwicGFydG9zIiwicGFydGlkYSIsInBhcnRzI>
177. ANS. ANS amplia cobertura obrigatória de planos de saúde a partir de abril [Internet]. 2008 [citado 3 de agosto de 2015]. Available at: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/sobre-a-ans/775-revisar-link-anexo-rn-167-ans-amplia-cobertura-obrigatoria-de-planos-de-saude-a-partir-de-abril?highlight=WyJwYXJ0byJd#sthash.D1GPv2rY.dpuf>
178. ANS. Projeto de intervenção para melhorar a assistência obstétrica no setor suplementar de saúde e para o incentivo ao parto normal [Internet]. Rio de Janeiro; 2009. Available at: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_asunto/ProdEditorialANS_Projeto_de_intervencao_melhorar_assist_obstetrica.pdf

-
179. Ministério da Saúde. Portaria 1.459/2011 GM/MS (Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha) [Internet]. Brasil; 2011. Available at: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
180. CONITEC. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (Relatório) [Internet]. Brasília; 2017. Available at: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2017/Relatorio_DiretrizesNacionais_PartNormal_versao-final.pdf
181. Parto do Princípio. Representação n. 1.34.001.004458/2006-98. Sobre 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. [Internet]. São Paulo; 2006. Available at: http://media.wix.com/ugd/2a51ae_0cda7bfcd82f4ae0a2aa1e04e6cb631b.pdf
182. Ministério Público Federal. Ação Civil Pública - Processo 0017488-30.2010.4.03.6100 [Internet]. São Paulo; 2010. Available at: http://www.prsp.mpf.mp.br/prdc/sala-de-imprensa/noticias_prdc/0017488-30.2010.4.03.6100 - cesarea.pdf
183. Justiça Federal. Sentença do processo 0017488-30.2010.4.03.6100 [Internet]. São Paulo, Brasil; 2015. Available at: https://www.editoraroncarati.com.br/v2/phocadownload/sentenca_ans.pdf
184. CRM-ES. Resolução 243/2012 (A realização de pré-natal não implica na obrigatoriedade do obstetra em realizar o parto da paciente por se tratarem de relações distintas (pré-natal e parto), salvo em caso de comprovada emergência obstétrica e, em que não exista outr [Internet]. 2012. Available at: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/crmes/resolucoes/2012/243_2012.pdf
185. Conselho Regional de Medicina do Mato Grosso do Sul. Parecer 01/2016 - Assistência ao Parto Normal compartilhada entre médicos e enfermeiros. 2016.
186. Parto do Princípio. Representação n. 1.34.001.004458/2006-98. Sobre 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. São Paulo; 2006.

187. CFM. Resolução 2.144/2016 (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) [Internet]. Brasília, Brasil; 2016. Available at: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/res21442016.pdf>
188. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM 2.147/2016 - Estabelece normas sobre a responsabilidade, atribuições e direitos de diretores técnicos, diretores clínicos e chefias de serviço em ambientes médicos [Internet]. Brasília; 2016. Available at: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2147>
189. Oliveira EC de A. A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E SUAS REPERCUSSÕES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E NA DEFESA DOS ENTES PÚBLICOS EM JUÍZO. Escola da Advocacia-Geral da União Ministro Victor Nunes Leal. 2009;
190. Salazar AL, Grou KB. A defesa da saúde em juízo. São Paulo: Editora Verbatim; 2009.
191. Brasil. Decreto no. 7.562/2011 (Dispõe sobre a Comissão Nacional de Residência Médica e o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições que ofertam residência médica e de programas de residência médica.) [Internet]. Brasília; 2011. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7562.htm

Apêndice A - Roteiro das entrevistas

1. Identificação do Entrevistado

- a. Nome
- b. Profissão/Formação
- c. Instituição
- d. Área/Departamento/Setor
- e. Cargo que ocupa
- f. Trajetória (cargos que ocupou)
- g. Tempo de exercício da atividade
- h. Telefone
- i. Email

2. Localização na regulamentação da cesariana

- a. Qual a sua participação pessoal ou de seu trabalho/instituição na regulação da cesariana na saúde suplementar?
- b. Que tipo de decisões ou iniciativas você (seu trabalho/instituição) toma (ou já tomou) referentes à regulamentação da cesariana na saúde suplementar?
- c. Estas decisões ou iniciativas dependem de outras circunstâncias ou de outras decisões? Quais?
- d. Além das iniciativas que você participou, quais outras conhece sobre a regulação da cesariana na saúde suplementar?

3. Instituições e grupos envolvidos

- a. Comente os atributos, o posicionamento e a participação das seguintes instituições e grupos envolvidos na regulamentação da cesariana na saúde suplementar:
- b. Ministério da Saúde
- c. Agência Nacional de Saúde Suplementar
- d. Empresas que atuam no segmento de saúde suplementar (operadoras, seguradoras e planos)
- e. Médicos
- f. Enfermeiras
- g. Hospitais
- h. Sociedade civil

-
- i. Poder judiciário
4. Contexto da cesariana no Brasil
 - a. Diversos estudos afirmam que as taxas de cesariana no Brasil são acima do adequado. Você concorda?
 - b. Quando o problema começou?
 - c. Qual o perfil da mulher que passa por uma cesariana?
 - d. Quais as consequências da cesariana sem indicação precisa?
 - e. A cesariana influencia a mortalidade maternal ou neonatal?
 - f. Quais os aspectos éticos relacionados à cesariana?
 - g. Na sua avaliação, quem são os responsáveis pelas taxas de cesariana atuais?
 5. Os problemas na assistência e as propostas de solução
 - a. Quais as razões que geram o grande número de cesarianas na saúde suplementar, especificamente?
 - b. Por quais motivos as taxas nos planos de saúde são diferentes das taxas no hospitais públicos?
 - c. Quais os fatores culturais que influenciam a taxa de cesariana?
 - d. Quais os fatores organizacionais que influenciam a taxa de cesariana?
 - e. Quais os fatores tecnológicos que influenciam a taxa de cesariana?
 - f. Qual são os conflitos de interesses presentes nesta questão?
 - g. A judicialização da assistência obstétrica é um fator que influencia de alguma forma o desfecho do parto?
 6. Soluções
 - a. Quais as suas sugestões para que houvesse uma redução no número de cesarianas?
 - b. Por quais motivos estas sugestões não estão implementadas? O que impede?
 - c. Você conhece projetos e iniciativas bem sucedidas de redução da cesariana?
 - d. Quais medidas poderiam ser tomadas na prática clínica para a redução da cesariana?
 - e. Há algum tipo de mudança na formação dos profissionais que ajudaria a reduzir as cesarianas?

-
- f. Quais iniciativas organizacionais são importantes para a redução da cesariana?
 - g. E quanto ao governo? Como poderia contribuir neste processo?
7. Evolução da regulação e a avaliação dos entrevistados
- a. Na sua opinião, quem tem autoridade para definir políticas para redução da cesariana na saúde suplementar?
 - b. Eventualmente há leis, diretrizes do Ministério da Saúde, resoluções da ANS e dos conselhos de classe que divergem entre si. Neste caso, qual você avalia que é a que prevalece?
 - c. Quais iniciativas, projetos e políticas você conhece que visaram diminuir o número de cesarianas?
8. Como você vê a atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nesta questão?
9. Você conhece as “Diretrizes de atenção à Gestante” da Conitec? Comente o processo de elaboração, a qualidade técnica e a aplicabilidade de tal documento?
10. Qual a sua avaliação das medidas tomadas pela ANS?

Apêndice B – Parecer do Comitê de Ética

São Paulo, 11/08/2016

APROVADO EM REUNIÃO DO CONSELHO
DO DEPTO. DE MEDICINA PREVENTIVA
EM: 12/08/2016

Parecer

Aluno: Raquel de Almeida Marques

Título do trabalho: Assistência ao parto na saúde suplementar

Orientador: Prof Mario Scheffer

Prof. Dr. Paulo Rossi Meneses
Chefe do Depto. de Medicina Preventiva
FMUSP

O projeto trata de tema relevante e original. Objetiva analisar a regulação da saúde suplementar desde a criação da ANS. Está bem redigido, com objetivos bem delimitados e metodologia adequada. Vai realizar pesquisa documental e entrevistas com atores envolvidos. Todas as exigências de cuidados éticos estão contempladas. Por estes motivos, meu parecer é favorável.

Atenciosamente,

Profa. Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira
Departamento de Medicina Preventiva -FMUSP