


# CARTA ABERTA - NOTA DE REPÚDIO À PORTARIA Nº 715/2022 E A NOVA CADERNETA DA GESTANTE

## VIOLAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS DAS MULHERES - VIOLAÇÃO DOS TRATADOS INTERNACIONAIS - CEDAW - CONVENÇÃO BELÉM DO PARÁ - RETROCESSO NA ASSISTÊNCIA AO PARTO - MODELO MEDICOCÊNTRICO

Em 06 de abril de 2022 foi publicada a Portaria GM/MS nº 715, de 04 de abril de 2022, que “Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami)” (<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-715-de-4-de-abril-de-2022-391070559>) sem participação dos gestores estaduais, do Distrito Federal e dos municípios ou da população.

A inobservância **da negociação nas Comissões Bipartite e Tripartite, prevista no sistema da Lei federal nº 8.080/90 e na Constituição Federal**, violou, inclusive, a participação social e as evidências científicas que recomendam modelo diverso do apresentado, de tal forma a surpreender profissionais e gestores da atenção materna e infantil, que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS).

A Portaria GM/MS nº 715 gerou uma  reação imediata conjunta de CONASS e Conasems (<https://www.conass.org.br/conjunta-conass-conasems-rede-de-atencao-materna-e-infantil-rami/>), e de inúmeras organizações da sociedade civil, inclusive da ReHuNa (Rede pela Humanização do Parto e Nascimento), não apenas por ter sido uma iniciativa unilateral do Ministério da Saúde, mas também pelo “desrespeito ao comando legal do SUS com a publicação de uma normativa de forma descolada da realidade dos territórios, desatrelada dos processos de trabalho e das necessidades locais, tornando inalcançáveis as mudanças desejadas: qualificação da assistência à saúde das mulheres, gestantes e crianças do País”, motivo pelo qual propõem a **revogação imediata da portaria**.

Na nota conjunta do CONASS e do Conasems consta ainda: “Apesar de todo o esforço no sentido de acordar os termos da minuta, o Ministério da Saúde publicou – unilateralmente – no Diário Oficial da União de hoje, a Portaria nº 715, de 04/04/2022, que institui a Rede Materno e Infantil (RAMI), dando ênfase à atuação do médico obstetra sem, todavia, contemplar ações e serviços voltados às crianças e a atuação dos médicos pediatras e a exclusão do profissional enfermeiro obstetritz.”

## DA VIOLAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS TRAZIDOS PELA PORTARIA Nº 715/2022

A Portaria GM/MS nº 715/2022 desmontou todo um sistema de saúde da atenção primária e secundária que atendia às mulheres e crianças, a Rede Cegonha, que é motivo de orgulho e que tem por objetivo fortalecer ações em prol da saúde das mulheres e das crianças, implementando uma rede de cuidado e boa assistência ao parto.

A referida portaria compactua com a indústria da cesárea e vai de encontro a todas as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS). Falando em estratégias de saúde que são modelos assistenciais de atenção à gestação e ao parto, a Rede Cegonha é uma rede de cuidados às mulheres, garantindo o direito ao planejamento reprodutivo, atenção humanizada durante a gravidez, parto e puerpério, bem como às crianças a garantia de um nascimento seguro, ao crescimento e desenvolvimento saudável, abordando a organização da atenção à saúde materno infantil que foi instaurada por todo o Brasil.

A Portaria GM/MS nº 715/2022, que alterou a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3 de 2017, também modificou os indicadores de boas práticas.

A antiga portaria previa indicadores capazes de analisar a qualidade de assistência ao parto com critérios de boas práticas:

*“Indicadores a serem monitorados mensalmente pelos gestores dos estabelecimentos responsáveis pelo CPN:*

*1) Dados dos partos:*

*a) Total de partos realizados no CPN intra-hospitalar tipos I e II e CPN peri-hospitalar*

*b) Percentual de partos realizados por cada profissional: enfermeiro (a) e médico (a)*

*c) Percentual de partos em adolescentes*

*d) Percentual de partos na água*

*e) Percentual de partos em posição vertical*

*2) Percentual de episiotomia*

*3) Percentual de Laceração 1º e 2º grau*

*4) Percentual de Laceração 3º e 4º grau*

*5) Percentual de RAM (Rotura Artificial de Membrana)*

*6) Percentual de parto com ocitocina no 2º estágio*

*7) Percentual de mulheres com acompanhante durante o TP/Parto/Puerpério*

*8) Percentual de mulheres assistidas com 6 ou mais consultas de Pré Natal*

9) *Dados do Recém-Nascido (RN):*

a) *Percentual de RN com peso ao nascer < 2.500 g e > 4.000g*

b) *Percentual de RN com idade gestacional < 37 semanas e > 41 semanas*

c) *Percentual de RN com Apgar < 7 no 5º minuto*

d) *Percentual de RN com contato pele a pele ininterrupto imediato após o nascimento*

10) *Percentual de transferência de parturientes do CPN para outros setores do estabelecimento, discriminado por motivo da transferência*

11) *Percentual de transferência da puérpera e do RN do CPN para outros setores do estabelecimento, discriminado por motivos da transferência*

12) *Percentual de avaliação/procedimento médico obstétrico ou pediátrico na unidade*

Esses indicadores permitiam visualizar a continuidade do cuidado à gestação, ao parto e ao nascimento e sua qualificação. Entretanto, na Portaria que substitui a Rede Cegonha, tais indicadores não existem mais. Dessa forma, não se consegue obter parâmetros para a avaliação da melhoria na assistência ao trabalho de parto e parto; sendo assim, aumenta o risco de maior incidência de intervenções sem análise de sua efetividade, eficácia e sua relação com os desfechos maternos e neonatais fazendo com que as mulheres estejam em maior iminência de sofrer violência obstétrica.

Os indicadores dispostos na Rede Cegonha, davam subsídio para que fosse observado a assistência ao parto que vinha sendo prestada às mulheres e indicava como a qualidade do atendimento estava sendo prestada, em consonância com a Portaria GM/MS nº 569/2000<sup>1</sup>, conforme art. 2º, *in verbis*:

Art. 2º Estabelecer os seguintes princípios e diretrizes para a estruturação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento:

a - toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;

d - toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo II desta Portaria;

Ademais, a Portaria do Ministério da Saúde SAS nº 353 de 2017, que estabelece as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, é o parâmetro para uma assistência baseada em evidências científicas sólidas, conforme disposto no art. 19-Q, §2, I, da Lei 8080/90, que respeita a autonomia da mulher, visando um

---

<sup>1</sup> [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569\\_01\\_06\\_2000\\_rep.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html)

parto digno e respeitoso, e expõe e recomenda que determinadas intervenções não sejam realizadas e as demais, que seja obtido o consentimento livre e esclarecido da mulher. E a referida Portaria nasce a partir de determinações compostas na Rede Cegonha para fomentar um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança.

As Diretrizes foram elaboradas:

[...] por um grupo multidisciplinar, o Grupo Elaborador das Diretrizes (GED), composto por médicos obstetras, médicos de família, clínicos gerais, médico neonatologista, médico anesthesiologista e enfermeiras obstétricas, convidados pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) e pela Coordenação-Geral da Saúde da Mulher (CGSM/DAPES/SAS/MS). O escopo das Diretrizes e as perguntas a serem respondidas foram definidos com a participação de um grupo ampliado de interessados (Grupo Consultivo), entre eles sociedades e associações médicas, de enfermagem e das mulheres, agências reguladoras, pesquisadores, profissionais e conselhos de profissionais da saúde, além de áreas técnicas do Ministério da Saúde e a CONITEC.

Nesse sentido observa-se que havia complementaridade entre as políticas públicas, visando uma atenção à saúde da mulher e do neonato baseada em evidências científicas, coadunando com os Tratados Internacionais que visam erradicar a violência contra a mulher. Porém se tais indicadores forem extintos, como se poderá mensurar tal questão?!

Os novos indicadores são:

Número de mulheres de 14 a 49 anos, que realizaram o procedimento de inserção de dispositivo intrauterino (DIU), em determinado período e segundo município de residência.

Número de mulheres de 14 a 49 anos que realizaram o procedimento de teste rápido de gravidez antes da 12ª semana de gestação, em determinado período e segundo o município de residência.

Número de nascimentos de mães com idade inferior a 14 anos, em que o desfecho foi: nascimentos ou óbito fetal, segundo município de residência.

Número de nascimentos de mães de 14 a 19 anos, segundo município de residência.

Número de gestantes com registro de consultas e/ou exames realizados no ambulatório de gestação de alto risco, segundo município de residência.

Proporção de recém-nascidos com Apgar de 5º minuto < 7 segundo local de ocorrência (hospital/maternidade/outro) do nascimento.

Proporção de recém-nascidos com extremo baixo peso ao nascer na faixa < 1.000g (até, inclusive 999g), segundo município de residência;

Proporção de recém-nascidos com muito baixo peso ao nascer nas faixas de <1.500g a 1.000g (até, inclusive, 1.499g), segundo município de residência.

Proporção de recém-nascidos com baixo peso ao nascer nas faixas < 2.500g (até 1.500g )

Taxa de mortalidade em menores de 1 ano (mortalidade infantil) ou Número absoluto para municípios menores de 80 mil habitantes.

Taxa de mortalidade fetal.

Número absoluto de óbito neonatal (<27 dias) por causas evitáveis, pelos grupos de causas: (P00-P04: reduzível por adequada atenção à gestação, ao parto, ao feto e ao recém-nascido), conforme lista brasileira\* e suas atualizações de causas evitáveis, segundo município de residência.

Número absoluto de óbito infantil por grupos de causas da CID 10<sup>a</sup> (J00 a J22), segundo município de residência.

Taxa de internação por doença diarreica aguda em crianças menores de 1 ano de idade.

Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano.

Ainda que sejam indicadores de interesse para acompanhamento, perdeu-se o foco do objeto a ser monitorado. Ou seja, nenhum desses indicadores avalia a qualidade da assistência durante o trabalho de parto e parto. Os indicadores de vitalidade do recém nascido estão intrinsecamente ligados à qualidade da assistência e às intervenções feitas.

Ademais foram retirados os indicadores anteriormente expostos sem qualquer critério ou análise que demonstre sua ineficácia na melhora da qualidade na atenção à saúde reprodutiva da mulher. Não foi apresentada nenhuma justificativa para essas mudanças, ferindo o princípio da transparência das políticas públicas. Importante destacar que uma das metas do milênio da ONU, para o Brasil, é a redução dos índices de mortalidade materna até 2030 para 30 mortes por 100.000,00 (cem mil) nascidos vivos, lembrando que todos os países da Europa já atingiram tal marco<sup>2</sup>.

Como será possível atingir essa meta sem dispor de indicadores adequados, que informem como está sendo realizada a assistência ao parto normal no Brasil?!

Não basta dizer que a assistência é boa e segura, é necessário que essa segurança seja demonstrada através de dados. É imperioso frisar que política pública de saúde se constrói com base em dados e evidências científicas. E a referida portaria não traz indicadores que representem as evidências e, ainda, modifica práticas reconhecidamente benéficas, adotadas em países com indicadores exemplares de qualidade de assistência, como a assistência a partos de risco habitual por enfermagem obstétrica.

Afirmar para a população que a gestante vai ficar mais próxima de médicos é reforçar o sistema centrado na figura do médico, o que gerará mais insegurança, desinformação e desvalorização de um modelo de assistência que funciona muito bem não só no Brasil, mas em vários países do mundo todo.

Não se trata de ter mais médicos para as gestantes, mas sim de profissionais que possam prestar essa assistência ao pré-natal e parto qualificados, deixando para os médicos a função primordial de salvar vidas e atender as situações de alto risco. Já há alguns anos vem sendo apresentado o modelo de trabalho colaborativo multiprofissional como exemplo a ser implantado nos sistemas de saúde, em que se

---

<sup>2</sup> <https://news.un.org/pt/story/2022/03/1782632>

oferta o cuidado em equipe multiprofissional e cada integrante da equipe tem uma atribuição: parto de risco habitual serão assistidos por enfermeiras obstétricas e obstetrias, sendo os casos de alto risco encaminhados para atendimento especializado de médicos. Nesse trabalho colaborativo há espaço para atuação de outros profissionais, como psicólogos, fisioterapeutas, doulas, assistentes sociais e outras profissões. A recomendação nº 3 de 2019 do Conselho Nacional de Direitos Humanos reconheceu que o termo violência obstétrica foi legitimado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2014, na Declaração de Prevenção e Eliminação de Abusos, Desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde como violação de direitos humanos das mulheres, sendo externada preocupação com o quadro: "Relatos sobre desrespeitos e abusos durante o parto em instituições de saúde incluem violência física, humilhação profunda e abusos verbais, procedimentos médicos coercitivos ou não consentidos (incluindo a esterilização), falta de confidencialidade, não obtenção de consentimento esclarecido antes da realização de procedimentos, recusa em administrar analgésicos, graves violações de privacidade, recusa de internação as instituições de saúde, cuidado negligente durante o parto levando a complicações evitáveis e situações ameaçadoras da vida, e detenção de mulheres e seus recém-nascidos nas instituições, após o parto, por incapacidade de pagamento", de modo que, embora não haja tipificação específica na legislação brasileira, o termo é amplamente utilizado no âmbito acadêmico, jurídico, social e institucional, justamente para dar visibilidade a tais práticas. Ademais, trata-se de práticas associadas ao risco de complicações, práticas dolorosas e cujo uso é considerado desnecessário, como é o caso da episiotomia (CNDH, 2019).<sup>3</sup>

Insta frisar que a violência obstétrica restou reconhecida pelo Conselho Nacional de Justiça em outubro de 2021 com a publicação do Protocolo para julgamento com perspectiva de gênero<sup>4</sup>. Assim, não há qualquer óbice no uso do termo, que ainda segue questionado pela classe médica, sendo certo que os agentes causadores da violência na assistência ao parto podem ser diversos dos profissionais médicos.

Portanto, no momento em que temos um exemplo de estratégia de saúde com estudos que demonstram amplamente seu impacto positivo na qualidade do acompanhamento gravídico puerperal, bem como uma assistência qualificada da enfermagem obstétrica que resulta diretamente na redução de morbidade e mortalidade materna. fetal e infantil, não é aceitável o retrocesso de inúmeros pontos como os propostos na RAMI, como não especificar a presença da enfermagem obstétrica e obstetrias, além de inserir a presença de médicos dentro dos Centros de Parto Normal (casas de parto), estabelecimentos que trabalham muito bem, com excelentes indicadores, inclusive de satisfação das mulheres com

---

<sup>3</sup> <https://www.in.gov.br/web/dou/-/recomendacao-n-5-de-9-de-maio-de-2019-149878165>

<sup>4</sup> <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2021/10/protocolo-18-10-2021-final.pdf>

sua experiência de parto; esses importantes profissionais certamente poderão ser melhor aproveitados em outras instâncias do sistema de saúde.

Indo além, ao contar com um país tão plural quanto o Brasil, a portaria propõe subtrair centros de parto normal peri-hospitalares; atualmente, contamos com excelentes e reconhecidas casas de parto que fornecem assistência humanizada às gestantes de risco habitual, e essa mudança trazida pela RAMI engessa o atendimento à gravidez, parto e pós parto, restringindo o atendimento a hospitais. É necessário que, no mínimo, mantenham-se esses ambientes acolhedores, com a expectativa e pressão para multiplicar, fazendo com que este acesso chegue a cada vez mais mulheres, com o objetivo de progredir a boa assistência ao parto, que atualmente é intrínseca à assistência humanizada. Importante estudo realizado na Inglaterra mostrou que os melhores resultados de assistência são provenientes do atendimento a partos e nascimentos por enfermeiras obstétricas e obstetrias em centros de parto normal ou casas de parto.

É necessário frisar a todo o momento que o parto é um ato fisiológico que vai acontecer com ou sem a presença do médico. Dito isso, não faz sentido atrelar o parto somente à assistência médica. Fazer isso é retroceder na evolução da assistência ao parto, já que a nova portaria inclui a figura do médico no modelo das casas de parto onde somente devem estar outras integrantes das equipes multidisciplinares, lideradas pela enfermagem.

Aliás, cumpre trazer a lume que a Enfermagem Obstétrica tem como premissa a assistência a parto de risco habitual, sempre respeitando as evidências científicas e o protagonismo da Mulher (Resolução nº 516/16 do COFEN, Lei do exercício profissional da Enfermagem nº 7.498/86).

Diante do cenário exposto, a Portaria nº 715/2022, além de violar os direitos e garantias fundamentais das mulheres, ainda fere a constitucionalidade da norma em si. Isso porque há a previsão constitucional<sup>5</sup> de que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, que constituem um sistema único de saúde. Para tanto, ele é organizado sob as diretrizes de descentralização, com direção única em cada esfera de governo, de atendimento integral e de participação da comunidade. Para todo esse sistema ser funcional e viabilizar o cumprimento de suas atribuições constitucionais<sup>6</sup>, o que inclui a formulação de políticas públicas, a lei do SUS criou mecanismo para interação e tomada de decisões entre os gestores regionais, como as comissões Intergestores Bipartite e Tripartite.

O artigo 14-A, da Lei federal nº 8.080 de 1990, determina que:

---

<sup>5</sup> Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade.

<sup>6</sup> As atribuições constitucionais do SUS estão previstas no artigo 200, da Constituição da República Federativa do Brasil.

*As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS). A atuação das referidas comissões tem por objetivo:<sup>7</sup> I) decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS; II) definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados e; III) fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados.*

Portanto, as Comissões Intergestores Bipartite (CIB nos estados, compostas por representação estadual e municipal) e Tripartite (CIT no nível federal com representação dos três níveis) são espaços intergovernamentais, políticos e técnicos em que ocorrem o planejamento, a negociação e a implementação das políticas de saúde pública.

A CIT é um espaço de articulação e expressão das demandas dos gestores federais, estaduais e municipais. Outra instância definidora das políticas de saúde é o Conselho Nacional de Saúde, uma instância colegiada, deliberativa e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS), integrante da estrutura organizacional do Ministério da Saúde. Criado em 1937, sua missão é fiscalizar, acompanhar e monitorar as políticas públicas de saúde nas suas mais diferentes áreas, levando as demandas da população ao poder público, por isso é chamado de controle social na saúde.

**Assim, a Portaria já nasceu nula de pleno direito, justamente por não ter passado pelas Comissões Bipartite e Tripartite, como prevê o sistema da Lei federal nº 8.080/90 e como prevê a Constituição Federal. Portanto, ela é *inconstitucional em sua origem*, devendo ser revogada de imediato e retornando ao momento de discussão com as Comissões e com a sociedade. Da forma como foi feita, violou, inclusive, a participação social e as evidências científicas que recomendam modelo diverso do apresentado.**

## **DA SEQUÊNCIA DESASTROSA DA PORTARIA Nº 715/2022 - NOVA CADERNETA DA GESTANTE**

Não bastasse o desastre do desmonte da Rede Cegonha, surge a nova caderneta da gestante. Um instrumento importante para acompanhar todo o

---

<sup>7</sup> Os objetivos das comissões estão previstos no artigo 14-A, da lei federal nº 8.080 de 1990.



processo gravídico puerperal, cujo objetivo é informar e orientar as gestantes de seus direitos e deveres, a nova Caderneta da Gestante reúne uma série de desinformações e retrocessos que, ao invés de ajudar, prejudica as mulheres, fornecendo orientações desatualizadas e não baseadas em evidências científicas, o que certamente trará danos à saúde da mulher e do bebê.

A nova caderneta retirou elementos essenciais para o exercício da autonomia da mulher, como a possibilidade de elaborar o seu plano de parto, bem como trouxe várias informações falsas que não estão de acordo com as evidências e com as boas práticas de assistência, conforme se verá a seguir.

### **Dos procedimentos inadequados**

É dever do médico respeitar a vontade do paciente. Desde o Código de Nuremberg, em 1947, tal direito deve ser assegurado “o consentimento voluntário do ser humano é absolutamente essencial.” Ainda, a Declaração Universal sobre o Genoma Humano e os Direitos Humanos também asseveram que o consentimento do paciente deve ser respeitado, além da convenção Americana de Direitos Humanos de 1969, Declaração de Helsinque de 1964, o Código de Ética de 2018 fundamenta-se nas garantias de direitos fundamentais e no respeito à autonomia da vontade do paciente.

Sob o prisma ético-jurídico, a dignidade humana é a autonomia do ser humano, vale dizer, consiste na liberdade intrínseca, própria da natureza da pessoa, que é dotada de razão, de poder **decidir livremente e por si mesma (livre arbítrio) sobre assuntos que lhe digam respeito**, e, na área da saúde, a dignidade do ser humano, entre outros princípios, encontra efetividade no esclarecimento, por parte do médico, dos procedimentos a que a pessoa se sujeitará, aos quais a pessoa deve dar seu consentimento, livre de qualquer influência ou vício.

A nova caderneta traz indicação de alguns procedimentos que não deveriam ser realizados, entretanto carece de informação sobre eles bem como é omissa quanto ao consentimento da paciente. Veja o exemplo abaixo, que faz presumir que os procedimentos sejam realizados somente pela decisão do médico.

**Alguns procedimentos, como os listados abaixo, podem ser indicados pela equipe médica após avaliação da necessidade.**

- **Rompimento da bolsa das águas** – pode aumentar os riscos de infecção e problemas com o cordão umbilical do bebê. Porém, em certos momentos, como no trabalho de parto prolongado, pode ser considerado de grande ajuda à mulher e ao bebê.
- **Soro com ocitocina** – quando necessário, tem a capacidade de estimular e coordenar as contrações, ajudando a diminuir o tempo do trabalho de parto prolongado.
- **Episiotomia** – não deve ser realizada de rotina; porém, em casos específicos, como o de sofrimento fetal, o profissional poderá indicá-la para ajudar no nascimento e proteger o bem-estar do bebê.

Nota-se, à evidência, que as indicações para a realização dos referidos procedimentos não estão claras, não havendo informação sobre os riscos de tais procedimentos e eventuais benefícios, além da omissão quanto ao consentimento, conforme dito acima.

No que tange à **Amniotomia**, nome técnico do Rompimento da bolsa das águas, a Caderneta aponta superficialmente os riscos, pormenorizando-os em face de apenas um benefício apontado: a redução do tempo do trabalho de parto. Todavia, os estudos sobre o procedimento em questão são mais enfáticos quanto aos riscos do que quanto aos benefícios, a saber:

A ruptura artificial das membranas ou amniotomia, apesar de ser um procedimento simples, não é isenta de riscos. Não existem evidências capazes de embasar a sua prática, efetividade e segurança; não sendo, portanto, recomendada como método de indução do parto. (MEDEIROS, M. Q. et al., 2018).<sup>8</sup>

O próprio Ministério da Saúde, em suas Diretrizes Nacionais para Assistência ao Parto Normal, recomenda: “A amniotomia precoce, associada ou não à ocitocina, não deve ser realizada de rotina em mulheres em trabalho de parto que estejam progredindo bem”. Ressalta-se que a amniotomia não deve ser realizada de rotina e tem indicações específicas.

Em relação a **Infusão de ocitocina sintética** no trabalho de parto, a Caderneta aponta novamente como benefício a redução do tempo do trabalho de

---

<sup>8</sup> MEDEIROS, M. Q. et al. Assistência obstétrica no trabalho de parto e parto em mulheres de risco habitual: revisão narrativa. Rev Med UFC, Fortaleza, v. 58, n. 2, p. 47-50, abr./jun. 2018. <<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/34177>>

parto e é omissa em relação aos riscos e malefícios. A infusão de ocitocina sintética pode resultar no descolamento prematuro da placenta, aumenta o risco de rotura do útero e levar à taquissístolia, ou seja, à hiperatividade uterina (HEUSER et al, 2013<sup>9</sup>; 7 SIMPSON; KNOX, 2009<sup>10</sup>).

Contrações uterinas excessivas levam à compressão frequente das arteríolas uterinas diminuindo a perfusão placentária, favorecendo a queda da saturação de oxigênio, o que, por sua vez, aumenta a probabilidade de acidemia, lesões neurológicas e morte fetal (HEUSER et al, 2013; SIMPSON; KNOX, 2009).

Além do que, a exposição ao hormônio sintético pode provocar dessensibilização e internalização de seus receptores, mecanismo que pode ser associado à redução da sensibilidade miometrial, favorecendo a hemorragia por atonia uterina (SYNTOCINON, 2015<sup>11</sup>). Neste aspecto, é importante lembrar que as causas hemorrágicas constituem a principal etiologia responsável por mortes maternas no mundo (LALE SAY et al, 2014<sup>12</sup>).

Nas citadas Diretrizes para o Parto Normal, consta a recomendação: “Durante o pré-natal informar as mulheres sobre os seguintes assuntos: - riscos e benefícios das diversas práticas e intervenções durante o trabalho de parto e parto (uso de ocitocina, jejum, episiotomia, analgesia farmacológica, etc.).” É importante ressaltar que, já na publicação da OMS de 1996 com recomendações para assistência ao parto, recomendava-se que a administração de ocitocina fosse monitorada com bomba de infusão, para prevenir os riscos de sua utilização de forma inadequada.

Salienta-se, especialmente no que tange à **Episiotomia**, procedimento que é considerado mutilatório quando é feito de rotina e sem consentimento, nem em casos de sofrimento fetal, não há evidências clínicas que corroborem qualquer indicação de episiotomia. Portanto, até o presente momento, ainda não se sabe se a episiotomia é de fato necessária em qualquer contexto da prática obstétrica (MELO, I., 2014<sup>13</sup>).

Imperioso dizer que a banalização de procedimentos e/ou intervenções que carecem de fundamentação científica fere diretamente os princípios bioéticos, sobretudo no que diz respeito à **Beneficência e Não-maleficência**, quando não

---

<sup>9</sup> HEUSER, C.C. et al. Tachysystole in term labor: incidence, risk factors, outcomes, and effect on fetal heart tracings. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. Chicago, v. 209, i. 1, p. 32e1-32e6, 2013.

<sup>10</sup> SIMPSON, K.R., KNOX, E. Oxytocin as a high-alert medication: implication for perinatal patient safety. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*. v. 34, n. 1, 2009.

<sup>11</sup> SYNTOCINON (OCITOCINA). Responsável técnico Flavia Regina Pegorer. São Paulo: Novartis Biociências S.A., 2015. Bula de remédio.

<sup>12</sup> LALE SAY, D.C. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *The Lancet*. Chicago, v. 2, p. 323-331, 2014.

<sup>13</sup> MELO, I., Katz, L., Coutinho, I. et al. Episiotomia seletiva vs. implementação de um protocolo sem episiotomia: um ensaio clínico randomizado. *Reprod Saúde* 11, 66 (2014). <https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-66>.

leva em consideração os riscos e malefícios e considera que a redução do tempo do trabalho de parto está acima de saúde e bem estar materno-fetal.

É necessário frisar que, muitas gestantes, infelizmente, só terão acesso às informações prestadas na caderneta, já que não terão um pré natal de qualidade, conforme preconizado pelo SUS, tendo em vista a realidade de muitas unidades de saúde que, sequer, contam com materiais e pessoal para atender a quantidade de demanda do local de forma adequada.

Nota-se um efetivo prejuízo na identidade visual e na diagramação da cartilha. A versão da caderneta lançada pelo Ministério da Saúde em 2022 é imprópria para o acompanhamento pré-natal, pois não atende às recomendações da OMS. Apesar de a maior parte dos conteúdos da caderneta estar mantida e algumas revisões de conteúdo serem adequadas, a principal diferença em relação à diagramação é a exclusão de espaços para anotações da gestante, que desqualificam o instrumento como ferramenta de educação em saúde. O aprimoramento da caderneta deve buscar qualificar a implementação e utilização por parte dos profissionais.

A versão 2020 apresenta 21 ilustrações da gravidez que auxiliam na compreensão dos conteúdos e na auto-observação do desenvolvimento corporal, há destaque para posições de parto e para acompanhantes e doulas. Para estimular as reflexões, a caderneta vigente dedica 3 páginas para anotações da gestante, 1 página para anotações do acompanhante e 1 página para anotações ou registro de interações com a família. Esse conteúdo foi excluído na versão apresentada em 2022.

Desta forma, é necessário revisar o conteúdo antes de ser impresso, mantendo assim o caráter educativo da Caderneta da Gestante no pré-natal.

Portanto, cabe informar que, procedimentos, quaisquer que sejam, a não ser em caso de emergência, ou seja, morte, devem obrigatoriamente ter o **consentimento da gestante**, e, para que haja o consentimento, necessário se faz a informação clara e inequívoca sobre riscos e benefícios do que se pretende fazer, para que a gestante possa ter autonomia de decidir sobre tal procedimento a ser realizado em seu corpo.

Lembrando, ainda, que desde 1996 a OMS recomenda que a gestante elabore um **plano de parto** no pré natal e que este contenha as possíveis intercorrências, sendo que na sua elaboração ela já tenha ciência clara sobre as intercorrências mais comuns em um parto, e, no momento em que não se encontra vulnerável, fora do trabalho de parto, já possa decidir sobre a realização ou não de algum procedimento, decisão que seria apenas confirmada no momento do trabalho de parto.

Essa informação na iminência da “necessidade” de realização do procedimento é frágil, já que a mulher se encontra vulnerável para tomar decisões que possivelmente são eivadas de vícios de consentimento. Ressalta-se que a nova caderneta afirma que a decisão pela realização dos procedimentos será da equipe médica, excluindo, desta forma, o consentimento informado e a decisão conjunta, decisão esta prevista, inclusive, no Código de Ética Médica.

Conclui-se que a cartilha é inadequada, pois não atinge o objetivo final, que seria o **caráter educativo da Caderneta da Gestante** no pré-natal e alcançar a comunicação assertiva com a mulher atendida pelo SUS, já que não explica com maiores detalhes e clareza sobre os procedimentos, seus riscos e benefícios, e, que, em conjunto, declare suas preferências no plano de parto.

### **DA CESARIANA A PEDIDO, MORTALIDADE MATERNA E VIOLAÇÃO DO ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**

A Caderneta traz, em seu texto sobre o momento do parto, que a gestante pode escolher entre o parto normal e a cesariana. No entanto, antes de oferecer a possibilidade de uma cesariana a partir da 39ª semana, ela informa que o parto normal é seguro, porém dói bastante e é normal ficar com medo.

Ocorre que a cesariana "a pedido materno" nem sempre é a melhor opção, já que as mulheres tendem a pedir a cirurgia em razão de estarem sofrendo diversas violências no momento do parto, optando por abreviar logo aquele momento. Observa-se, aqui, que a informação de qualidade, baseada em evidências científicas, durante o pré-natal é fundamental, mas não é o que se vê na realidade. O cenário pavoroso de consultas rápidas, sem informação e acolhimento adequados, onde a mulher segue com medo de perguntar e com mais medo ainda do parto, só corrobora a ideia de conhecimento empírico dos profissionais de saúde, distanciando a mulher do momento parturitivo que deveria ser natural e seguro e, segundo as recomendações mais recentes da OMS, lhe proporcionar uma experiência positiva de parto.

Ressalta-se que a cesariana eletiva traz graves riscos para a saúde coletiva das mulheres, vez que acarreta mais riscos, por ser uma cirurgia, de hemorragia e infecções. Nota-se, claramente, que há um incentivo, na nova caderneta, à escolha da cirurgia cesariana:

*Para exercer a sua autonomia com responsabilidade e segurança, é importante associar o seu direito aos benefícios e riscos de cada escolha. Ouvir e se aconselhar com os profissionais e frequentar espaços educativos em saúde é o*

*caminho mais seguro para trilhar. Com base nas melhores evidências científicas existentes até o momento e na ausência de indicações maternas e/ou fetais para a realização de parto cesariano, o SUS preconiza a assistência ao parto vaginal seguro, de qualidade e humanizado como orientação de rotina às gestantes. Na hipótese de, após serem explicados os riscos e benefícios de cada tipo de parto, você decidir por uma cesariana, nas situações de baixo risco, sem indicação médica (chamada de cesariana a pedido materno), **saiba que esta somente poderá ser realizada a partir da 39ª semana de gestação para garantir a segurança de que o bebê é maduro o suficiente para nascer.** Nesses casos, é importante que você procure informações sobre os locais na sua rede de atenção que oferecem a cesariana a pedido materno. Além disso, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), **que reforce as informações prestadas e que explique as vantagens e desvantagens potenciais da operação, deve ser assinado por você e pela equipe médica.** A cesariana a pedido materno deve ser desaconselhada para gestantes que desejem ter vários filhos. (Grifos nossos)*

Cumpramos destacar que existe lei federal que garante à gestante o direito a acompanhamento saudável durante toda a gestação e a parto natural cuidadoso. Para tanto, estabelece a aplicação de cesariana e outras intervenções cirúrgicas por motivos médicos, conforme previsto no § 8º, do artigo 8º, do Estatuto da Criança e do Adolescente.

Esta, portanto, se trata de mais uma questão de saúde pública que é imperioso sustentar nesta denúncia. Nesta implementação da nova política pública pela Portaria GM/MS nº 715/2022, mostra-se evidente a cultura da cesárea e banalização da realização da cirurgia cesariana, sem observar critérios importantes para a segurança do paciente.

O fomento da cesariana se dá por questões mercadológicas e de conveniência médica, não pela segurança do binômio mãe e bebê, e autonomia da mulher. Questão que afronta nitidamente a função social do Ministério da Saúde e do SUS, que deveria fomentar políticas públicas pautadas em evidências científicas para garantir a supremacia do interesse público, no presente caso, a vida e a saúde materna.

Veja que em toda a caderneta da gestante as decisões são dos profissionais de saúde, apenas a cesariana pode ser a pedido. Trata-se de uma ilusão criada por um discurso político de falso protagonismo e autonomia da mulher, pois não é

possível exercer a autonomia, escolher de forma livre e esclarecida, aquele que desconhece todas as informações que motivaram esta decisão personalíssima. Muito menos, pode se declarar como assistência de alta qualidade aquela que executa ações sem observar os riscos e delimitar critérios de segurança do paciente para realizar procedimento cirúrgico.

Não restam dúvidas de que o próprio poder público comete uma violência obstétrica institucional decorrente de negligência informacional, que expõe a saúde e a vida materna a risco potencial.

Conforme elucidado no tópico “Breve histórico das políticas de atenção à gestação e ao parto”, da nota técnica nº 01/2022, da Rehuna, documento anexo, a questão da morbimortalidade materna e infantil é preocupação de gestores, profissionais, organismos nacionais e internacionais e da população em geral há tempos e ganhou maior importância no século XX (ReHuNa, 2022).

No mesmo diapasão, é importante lembrar que no ano 2000 foi realizada a Cúpula do Milênio, quando foram pactuados internacionalmente os Oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Essa preocupação se refletiu no ODM 4 – Reduzir a mortalidade infantil e no ODM 5 – Melhorar a saúde materna.<sup>14</sup> As metas eram de redução em 75% da mortalidade infantil e materna, tomando como base os dados de 1990. Em 2013, o Brasil recebeu do UNICEF o reconhecimento por ter atingido a meta da mortalidade infantil no ano anterior.<sup>15</sup> Todavia, a meta para a mortalidade materna era reduzi-la para 35/100.000 NV. Em 2015, esse indicador ainda apresentava o valor de 60/100.000 NV.<sup>16</sup> Uma nova meta foi estipulada para 2030, na proposta pactuada internacionalmente como Agenda 2030 de Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e espera-se que nesse ano o Brasil apresente uma razão de mortalidade materna de 30/100.000 NV ou inferior (IPEA, 2019).<sup>17</sup>

O Conselho Federal de Medicina evidenciou que em casos de riscos habituais, 20,6% é a taxa de mortalidade materna para cada 1000 cesáreas, enquanto a de partos normais é de 1,73% (MPF, 2018).<sup>18</sup>

Segundo a Organização Mundial de Saúde, 287 mil mulheres morreram por complicações na gestação, parto e puerpério no ano de 2010 (WHO, 2014). Diante deste contexto global, há anos inúmeros países se esforçam para reduzir a

---

<sup>14</sup> <http://www.odmbrasil.gov.br/os-objetivos-de-desenvolvimento-do-milenio>

<sup>15</sup> <https://news.un.org/pt/story/2013/09/1449381-unicef-mortalidade-infantil-no-brasil-caiu-77-nos-ultimos-20-anos>

<sup>16</sup> (Link para acesso:

<https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-05/brasil-reduz-mortalidade-materna-mas-continua-longo-do-ideal-diz-especialista#:~:text=Segundo%20o%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde,por%20100%20mil%20nascidos%20vivos.>)

<sup>17</sup> <https://www.ipea.gov.br/ods/ods3.html>

<sup>18</sup> MPF, Assessoria de Comunicação Social. Alta taxa de cesáreas no Brasil é tema de audiência pública, 2018. Disponível em: < <https://goo.gl/K4BTTd>>. Acesso em: 9 de mai. 2022.

mortalidade materna (DIAS, 2018)<sup>19</sup>, inclusive o Brasil. Não custa lembrar que 92% das mortes maternas no Brasil são mortes evitáveis. Isto quer dizer que, com assistência adequada ao pré-natal, ao parto e às intercorrências, muitas mulheres deixariam de morrer todos os dias. Importante lembrar que uma gestante/parturiente que falece, muitas vezes, tem outras crianças, que ficarão órfãs. Essas mortes, portanto, tem um alto custo social.

As políticas públicas do nosso país para redução da mortalidade materna se externalizam de várias formas: resoluções, diretrizes e também na legislação, como prevê expressamente o § 8º, do artigo 8º, do Estatuto da Criança e do Adolescente:

*§ 8º. A gestante tem direito a acompanhamento saudável durante toda a gestação e a parto natural cuidadoso, estabelecendo-se a aplicação de cesariana e outras intervenções cirúrgicas por motivos médicos.*

A caderneta, em nenhum momento, evidencia os riscos aumentados do nascimento pela via cirúrgica, fazendo-a parecer uma escolha simples, tal qual usar um sapato roxo ou verde.

O referido documento incentiva a escolha da cesariana à pedido, mas não coloca nenhum critério de segurança do paciente, como é o mecanismo do DUT - Diretriz de utilização adotada pela ANS - Agência Nacional de Saúde.

Para fazer uma escolha, a mulher deve estar munida de informação adequada, com garantia de acompanhamento multidisciplinar, tendo assinado o termo de consentimento livre e esclarecido, este que deve ser firmado durante o pré-natal, momento em que a mulher tem a oportunidade de esclarecer as suas dúvidas.

A mulher deveria ser incentivada a tomar sua decisão previamente, e não quando ela esteja em trabalho de parto e com dor. Não há dúvida de que isso pode ser contemplado, como uma boa prática, qual seja, o incentivo à tomada de decisão num conjunto de fatores que fortalecem sua autonomia, pela escolha livre e esclarecida da mulher.

Saliente-se que a caderneta anterior trazia de forma mais clara as informações sobre a cesariana e o parto normal, riscos e benefícios, incluindo um quadro comparativo destes, o que, na nova caderneta, resta omissa. Além do mais, sendo uma das metas do Brasil a redução da mortalidade materna, mortes

---

<sup>19</sup> Dias, M.; Mori, V. (2018). **Obstetric Violence in Brazil: An Integrated Multiple Case Study.** *Humanities and Social Sciences Review*, 8(2),117–128.

Dias, M.; Mori, V. (2018). **Obstetric Violence in Brazil: an Integrated Case Study.** *International Journal of Nursing, Midwife and Health-Related Cases*, 4(6), 20-28.



evitáveis, isso inclui maiores cuidados ao realizar intervenções, bem como garantir a autonomia da paciente, com respaldo em informações sobre os riscos e benefícios de cada via de nascimento, parto vaginal e cirurgia cesariana. Cabe lembrar que no ano 2000 o Ministério da Saúde propôs o Pacto Nacional pela Redução das Taxas de Cesárea, pela Portaria GM/MS 466, mostrando o quanto é antiga e atual essa preocupação no âmbito do Ministério da Saúde. E, desde então, a proporção de nascimentos ocorridos pela via cirúrgica só tem aumentado, alcançando 57% em 2021 (dados preliminares), sendo que a OMS recomenda que essa proporção não seja superior a 15%.

Assim, a caderneta caminha de encontro a todo o trabalho que já foi realizado até o momento pelas equipes de assistência ao pré-natal (atenção primária) bem como a todo o trabalho social realizado para informar as mulheres dos seus direitos e garantir uma assistência de alta qualidade, que inclui o fomento de políticas públicas para reduzir as taxas de cesárea e a mortalidade materna.

### **Da desinformação quanto ao planejamento familiar**

A nova caderneta tenta parecer informativa, mas seu conteúdo é distante do que tem sido provido pelas evidências científicas. O texto sobre planejamento familiar traz a famigerada informação de que a amamentação em livre demanda e exclusiva até o 6º mês evita nova gestação.

## **PLANEJAMENTO FAMILIAR**

Logo após o parto, você e seu parceiro estarão envolvidos com os cuidados com o bebê, muitas vezes sobrando pouco tempo a sós. As relações sexuais deverão aguardar pelo menos 42 dias após o parto, sendo esse tempo necessário para seu organismo se recuperar.

Existem muitos métodos de evitar filhos, sendo alguns mais indicados durante o período de amamentação. A amamentação exclusiva já oferece uma proteção contra uma nova gravidez até os primeiros 6 meses, mas só se a mulher estiver amamentando em livre demanda e se sua menstruação ainda não tenha retornado.

Sabe-se que a nova gestação é evitada por métodos contraceptivos existentes, sendo a amamentação exclusiva um deles. No entanto, é necessário que haja alguns requisitos para que esse método natural funcione, segundo recomendações da própria OMS<sup>20</sup> e não há essa explicação detalhada na

---

<sup>20</sup> <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>

caderneta, dando a entender que somente pelo fato de estar amamentando estará protegida de uma nova gestação. Portanto, a informação disseminada é falha e deve ser mais completa para não induzir as mulheres a erro.

## **DA ANALGESIA**

De acordo com a caderneta da gestante em questão:

“Métodos de alívio da dor

O contato com a água (como banho de chuveiro), uso da bola, do cavalinho, massagens e caminhadas podem lhe ajudar a lidar com a dor. Em alguns casos, pode ser necessária a analgesia farmacológica. Converse com o profissional sobre a existência dessa opção no estabelecimento de saúde. Converse também com os profissionais sobre as vantagens e desvantagens de cada escolha possível.”

A caderneta dá a entender que a gestante deve conversar com o profissional de saúde sobre a “existência” ou não de analgesia farmacológica. Para a usuária do Sistema, restará somente se contentar a verificar se há ou não a opção de analgesia. Para os profissionais e para a rede, será muito cômodo não contratar nem manter anestesistas disponíveis para a aplicação e monitoramento da analgesia.

Ora, de acordo com as RDCs da Anvisa nº 50/02 e nº 36/08, e das resoluções nº 2.153/2016 e nº 2.174/2017 do CFM, é obrigatória a disponibilização de analgesia e de anestesista nos hospitais. Portanto, não se deve vincular esta opção à existência de analgesia farmacológica, além do que, de acordo com as diretrizes nacionais de assistência ao parto normal do Ministério da Saúde: “A solicitação materna por analgesia de parto compreende indicação suficiente para sua realização, independente da fase do parto e do grau de dilatação.”

Nota-se que não há que ser vinculada a assistência integral à saúde com a possibilidade de disponibilidade de analgesia. Tal ato viola o direito integral à saúde e a dignidade da pessoa humana, devendo ser rechaçada sua possibilidade de negativa na caderneta da gestante.

## **DA AUSÊNCIA DE INFORMAÇÃO SOBRE A DOULA**

Outro ponto de total desencontro entre as cadernetas antiga e atual é a doula. Na caderneta anterior constava o seguinte tópico:

“Durante todo o período de internação para o parto você tem o direito, garantido por lei, a um acompanhante de sua escolha. Alguns serviços de saúde contam com a presença de doulas – mulheres preparadas para lhe dar apoio e ajudar no que for preciso.”

A nova caderneta omite a doula e sua função no trabalho de parto da mulher:

“Durante todo o período de internação para o parto, você tem o direito, garantido por lei, a um acompanhante de sua escolha. É importante que essa pessoa tenha conhecimento sobre como apoiar durante a sua internação na maternidade. Você pode escolher as posições que consigam lhe trazer a melhor sensação de conforto. Experimente e encontre a posição mais adequada para você. Peça ajuda da equipe de profissionais e de seu acompanhante.”

Ora, a nova caderneta omitiu a doula como profissional necessária na equipe de assistência à gestante.

As doulas são profissionais responsáveis por auxiliar gestantes no momento em que vão dar à luz ao seu bebê para que tenham acesso aos meios não farmacológicos para alívio de dor, bem como oferta apoio emocional, exercícios de respiração e que propiciam melhor desenvolvimento do trabalho de parto, o que resulta em melhores desfechos, bem como auxílio nas primeiras horas de vida do bebê, conforme reconhece e preconiza a resolução nº36/2008 da Anvisa, que estabelece processos operacionais para o parto, bem como as recomendações de boas práticas de assistência à saúde emitidas pelo Ministério da saúde e Organização Mundial de Saúde.

A doula é uma profissional treinada para acompanhar a gestante, enquanto o acompanhante geralmente é um familiar que oferta apoio emocional e psicológico durante um momento em que a mulher se encontra em extrema vulnerabilidade física, emocional e psicológica. Portanto, é impossível que uma doula substitua a presença do acompanhante escolhido pela mulher. Também, o acompanhante não consegue cumprir o papel que a doula tem no parto.

Portanto, a omissão da caderneta da gestante acerca dessa profissional viola o direito de informação da gestante acerca dessa profissional e sua função na gestação, parto e pós parto da mulher, além de violar as recomendações de boas práticas em relação à assistência ao parto.

## **DA AUSÊNCIA DO PLANO DE PARTO**

O plano de parto é uma carta de intenções, definindo como a gestante deseja que seja sua assistência durante o trabalho de parto e o pós parto. Podem nele constar, por exemplo, os procedimentos que ela prefere que aconteçam, prever situações e escolha da mulher diante dessas situações, ela pode negar protocolos, e até mesmo estabelecer quais os cuidados deseja para seu bebê.

A caderneta anterior continha um espaço com a seguinte informação:

“Plano de parto-este espaço é para você exercitar suas escolhas em relação a seu parto. Escreva aqui como você gostaria que acontecesse o parto e como é que pode ajudá-la a viver esse momento da melhor forma.”

Este quadro era o espaço em que a gestante expressava suas vontades sobre o seu parto, apesar de não explicar com clareza, era um “mínimo” para que essa mulher expusesse os seus desejos.

A caderneta atual sequer menciona os desejos da mulher, sobre o que quer que seja, ferindo a autonomia da mulher de decidir sobre o seu corpo em diversas passagens, conforme descrito acima.

É recomendável que na caderneta da gestante constem as intercorrências comuns do parto como base de informação à mulher, ou que se explique acerca da elaboração do plano de parto, para que a mesma busque realizar suas próprias vontades.

Portanto, a nova caderneta fere esse direito da mulher, recomendando-se que tal informação seja imprescindível para as mulheres na caderneta da gestante. Aliás, a Organização Mundial de Saúde recomenda que a mulher tenha um plano de parto desde sua publicação de 1996.

Mesmo depois de anos de atuação do MPF e dos profissionais atualizados na assistência ao parto com o objetivo de que as mulheres tenham um parto respeitoso com uma experiência positiva, não é novidade que a classe médica, em sua grande maioria, continua tratando este evento biológico como um procedimento médico, em ambiente 98% hospitalar, roubando o protagonismo da mulher e deixando todo o poder de decisão nas mãos dos médicos, sob a alegação de exercício de autonomia profissional.

É extremamente essencial destacar que o Senhor Secretário de Atenção Primária à Saúde – SAPS do Ministério da Saúde, Raphael Câmara Medeiros

Parente, foi o relator da exposição de motivos da resolução CREMERJ N° 293/2019<sup>21</sup> como conselheiro relator, à época, do CREMERJ, que foi anulada pelo judiciário.

Tal resolução dispunha sobre a proibição de adesão, por parte de médicos, a quaisquer documentos, dentre eles o plano de parto ou similares, que restrinjam a autonomia médica na adoção de medidas de salvaguarda do bem estar e da saúde para o binômio materno-fetal.

O ato administrativo que atenta contra a dignidade das mulheres foi anulado judicialmente no julgamento da Ação Civil Pública, **autos n° 5061750-79.2019.4.02.5101/RJ**, promovida pelo Ministério Público Federal e Defensoria Pública da União.

É inconcebível que a independência do Poder Judiciário seja afrontada por um gestor que transita nos órgãos de poder para perseguir os direitos bioéticos e humanos das mulheres, objetivando tão somente enraizar uma cultura misógina e implementar suas crenças pessoais através de um cargo público, inclusive, no que diz respeito à saúde da mulher. Ignorando os direitos humanos das mulheres, bem como, a autonomia de todo e qualquer paciente, não deixando de lado as gestantes, parturientes e puérperas.

Para ampliar o debate é necessário fazer uma analogia para que se entenda a gravidade do ato do referido agente público. Em uma situação hipotética, o Judiciário não permite que uma pessoa entre com várias ações judiciais, em vários Tribunais, para tentar a sorte de uma decisão favorável, que vele por seus interesses. Tal conduta é amplamente rechaçada pelo Poder Judiciário, por interferir na ordem constitucional e atentar contra a dignidade da justiça.

Ocorre que, em evidente tentativa contra o Estado Democrático, o referido agente público, Senhor Secretário de Atenção Primária à Saúde – SAPS do Ministério da Saúde, que ocupava àquela época o cargo de conselheiro do CREMERJ, tentou retirar a autonomia de todas as mulheres do estado do Rio de Janeiro por meio da resolução n° 293 de 2019 do CREMERJ, sendo que esta foi anulada pelo Judiciário; e hoje em dia ele ocupa cargos de poder em órgãos reguladores para atacar massivamente os direitos humanos das mulheres: é conselheiro do Conselho Federal de Medicina e, como mencionado acima, Secretário da SAPS.

É notório o desvio de poder, pois o referido agente tentou proibir o plano de parto no estado do Rio de Janeiro, visando tão somente seus preceitos pessoais. A referida resolução foi anulada judicialmente por ferir os direitos humanos das mulheres. Nota-se que o Secretário visa satisfazer finalidade alheia à natureza da

---

<sup>21</sup> <https://www.cremelj.org.br/resolucoes/exibe/resolucao/1390>

caderneta, de modo que o desvio de poder representaria um mau uso da competência, na medida em que o agente busca finalidade incompatível com a natureza do ato. (Celso Antônio Bandeira de Mello, Curso de Direito Administrativo, cit., 29a ed., p. 410.).<sup>22</sup>

É dever dos gestores do SUS promover o uso sistemático e transparente de evidências científicas e a tradução do conhecimento para subsidiar a formulação de políticas públicas em saúde e a tomada de decisão qualificada de gestores do SUS.

Nota-se que o Senhor Secretário de Atenção Primária à Saúde – SAPS do Ministério da Saúde, Raphael Câmara Medeiros Parente, tem condutas no quadro de um ataque, sistemático, contra os direitos do ciclo gravídico-puerperal das mulheres.

O referido secretário deve ser afastado e os atos que violam os direitos das mulheres devem ser imediatamente revogados ou anulados, sob pena de configurar crimes contra a humanidade, conforme disposto no artigo 7º, do Estatuto de Roma:

#### Artigo 7º. Crimes contra a Humanidade

1. Para os efeitos do presente Estatuto, entende-se por "crime contra a humanidade" qualquer um dos atos seguintes, quando cometido no quadro de um ataque, generalizado ou sistemático, contra qualquer população civil, havendo conhecimento desse ataque:

h) Perseguição de um grupo ou coletividade que possa ser identificado, por motivos políticos, raciais, nacionais, étnicos, culturais, religiosos ou de gênero, tal como definido no parágrafo 3º, ou em função de outros critérios universalmente reconhecidos como inaceitáveis no direito internacional, relacionados com qualquer ato referido neste parágrafo ou com qualquer crime da competência do Tribunal;

O Estatuto de Roma possui a intenção de punir aqueles que (SILVA, 2021)<sup>23</sup>, em regimes ditatoriais ou totalitários, usam a máquina do Estado ou de uma organização privada para promover violações graves de direitos humanos em uma

---

<sup>22</sup><http://www.direitodoestado.com.br/colunistas/silvio-luis-ferreira-da-rocha/considera-coes-acerca-do-desvio-de-finalidade>

<sup>23</sup> <https://www.politize.com.br/o-que-sao-crimes-contra-humanidade/>

situação de banalização de ataques a população civil (CARVALHO RAMOS, Curso de Direitos Humanos, 2017, pág. 467).

Nota-se que o Sr. Secretário transita entre órgãos e espaços de poder para impor suas vontades pessoais em detrimento dos direitos fundamentais das mulheres. Situação tipificada na alínea g, do §2º, do artigo 7º, do Estatuto de Roma:

2. Para efeitos do parágrafo 1º:

**g) Por "perseguição" entende-se a privação intencional e grave de direitos fundamentais em violação do direito internacional, por motivos relacionados com a identidade do grupo ou da coletividade em causa;**

Tais evidências trazidas nesta denúncia devem ser atendidas com zelo, pois no artigo 7º, da Convenção de Belém do Pará, o Brasil se comprometeu com os seguintes mecanismos e obrigações para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher:

### **CAPÍTULO III - DEVERES DOS ESTADOS. Artigo 7º -**

Os Estados Partes condenam todas as formas de violência contra a mulher e convêm em adotar, por todos os meios apropriados e sem demora, políticas destinadas a prevenir, punir e erradicar tal violência e a empenhar-se em:

**a. abster-se de qualquer ato ou prática de violência contra a mulher e velar por que as autoridades, seus funcionários e pessoal, bem como agentes e instituições públicos ajam de conformidade com essa obrigação;**

**b. agir com o devido zelo para prevenir, investigar e punir a violência contra a mulher;**

Diante do exposto referente aos atos atentatórios contra a dignidade das mulheres, medidas cautelares devem ser tomadas, como o afastamento do Sr. Secretário Raphael Câmara, a suspensão da portaria nº 715 de 2022 do GM/MS e a suspensão de impressão e distribuição da nova versão da caderneta da gestante. Tais medidas estão contempladas nas alíneas c, d e e, do artigo 7º, da Convenção de Belém do Pará:

**Artigo 7º - Os Estados Partes condenam todas as formas de violência contra a mulher e convêm em adotar, por todos os meios apropriados e sem demora, políticas destinadas a prevenir, punir e erradicar tal violência e a empenhar-se em:**

c. incorporar na sua legislação interna normas penais, civis, administrativas e de outra natureza, **que sejam necessárias para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher**, bem como **adotar as medidas administrativas adequadas que forem aplicáveis;**

d. **adotar medidas jurídicas que exijam do agressor que se abstenha de perseguir, intimidar e ameaçar a mulher ou de fazer uso de qualquer método que danifique ou ponha em perigo sua vida ou integridade ou danifique sua propriedade;**

e. **tomar todas as medidas adequadas, inclusive legislativas, para modificar ou abolir leis e regulamentos vigentes ou modificar práticas jurídicas ou consuetudinárias que respaldam a persistência e a tolerância da violência contra a mulher;**

Tais medidas para prevenir e erradicar violência contra a mulher não podem excluir as penalidades pessoais, que devem ser apuradas individualmente, como previsto no artigo 28, da Lei de Introdução às normas do Direito Brasileiro:

Art. 28. O agente público responderá pessoalmente por suas decisões ou opiniões técnicas em caso de dolo ou erro grosseiro.

Desta forma, caso a nova caderneta da gestante tenha sido impressa, os danos materiais ao erário devem recair sobre o agente público responsável, sem prejuízos de responsabilizações em outras esferas de direito.

**DA NECESSIDADE DE REQUERIMENTO DAS MEDIDAS CAUTELARES SUGERIDAS**



Imperioso destacar que as medidas cautelares anteriormente expostas são extremamente necessárias para que não haja danos efetivos aos direitos das mulheres. Isso porque a referida Portaria 715/22 que vem em substituição à Rede Cegonha traz imensos prejuízos e já tem sua validade imediata.

Tendo em vista a sua inconstitucionalidade evidente, não se pode aceitar que uma norma inconstitucional e violadora de direitos e garantias fundamentais das mulheres tome forma e validade. Por essa razão, é necessária a suspensão da referida portaria de forma liminar e imediata.

Justamente por se tratar de norma de eficácia imediata, foi editada a nova cartilha da gestante com os problemas e violações já expostas. Em razão de uma sequência de danos que se desdobram decorrentes da aprovação da referida Portaria, a cartilha da gestante em seu novo formato gerará danos irreparáveis no que tange à informação e assistência na Atenção Primária e secundária ao pré-natal e ao parto.

Por esse motivo, também merece atenção e guarida o pedido de suspensão da impressão e distribuição da referida cartilha.

Por fim, e não menos importante, temos as condutas escusas e duvidosas do Sr. Secretário da Atenção Primária, Sr. Raphael Câmara Medeiros Parente, que tem se utilizado do cargo público para impor as suas crenças pessoais, tais como a invalidade do plano de parto, a “suavidade” da manobra de Kristeller (manobra está proscrita da medicina e proibida pela Enfermagem), que é considerada uma violência obstétrica e a tal suprema autonomia médica, já que na cartilha, em nenhum momento, há a palavra “consentimento” nem o termo decisão conjunta, recomendações que estão previstas no Código de Ética Médica e nas recomendações da OMS.

Em clara violação aos direitos humanos das mulheres e com o risco de cometimento de crimes contra a humanidade, requer seja acatado o pedido de afastamento cautelar do Sr. Secretário da Atenção Primária, Raphael Câmara Medeiros Parente.

## **CONCLUSÃO**

Portanto, constatamos um profundo paradoxo da parte do Ministério da Saúde que deveria, em tese, dispor de todas as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, reduzindo as enfermidades, controlando as doenças endêmicas e parasitárias, melhorando a vigilância à saúde e dando qualidade de vida ao brasileiro, realizando esse movimento para tamanho desserviço às mulheres, o que certamente acarretará sérios danos à saúde pública, o que, de alguma forma, irá prejudicar o desenvolvimento do país e frear o

entendimento de políticas públicas como sendo efetivamente públicas, com um olhar humanizado e baseado em evidências científicas e não pautado por misoginia.

O Ministério da Saúde sempre esteve a pautar e regulamentar práticas na assistência materno-infantil, inclusive pelo histórico de anos dedicados às políticas de atenção obstétrica e neonatal, basilando em suas portarias e regulamentos os contextos de realidade nacional, servindo como referência internacional, o que é contraditório com o que vem acontecendo nos últimos anos.

É salutar que, todos os esforços neste momento sejam coerentes com os anos de luta e amparo às gestantes, puérperas e aos recém-nascidos, de modo a proteger direitos e garantias fundamentais, e não colocá-las à prova com atos e normativas incongruentes com o ordenamento jurídico brasileiro.

O reconhecimento das informações incorretas, desnecessárias e violadoras de direitos das mulheres, é fundamental para que haja nova elaboração de um documento tão importante na assistência da mulher gestante, em trabalho de parto ou estado puerperal, ou o resgate do anterior, pois as informações da versão de 2020 continuam válidas. Conforme dito, as informações contidas na caderneta, muitas vezes e infelizmente, serão o único acesso à informação de milhares de mulheres, uma vez que serão impressos três milhões de exemplares.

Se este é o único contato de uma mulher sobre seu filho (a), parto, pós parto, seus direitos, entre tantas outras informações, deve ser o documento mais completo e didático possível, com informações claras e verdadeiras, com base nas evidências científicas sólidas já reconhecidas.

Com essas considerações, repudiamos fortemente a nova Rede de Atenção Materno Infantil, que modifica o sistema de atendimento às gestantes para um modelo medicocêntrico, excluindo a enfermagem do atendimento e focando na figura do médico. Repudiamos, ainda, em grave consequência da implementação da nova rede, a nova cartilha da gestante, que traz informações equivocadas, que vão de encontro às evidências científicas mais robustas e de padrão A/B, sendo certo que não ressalta a autonomia da mulher e estabelece que quem toma as decisões acerca dos procedimentos que serão realizados no corpo da mulher é a equipe médica.

Repudiamos, ainda, o fato de que a nova cartilha exclui as possibilidades de posições para o parto normal, exalta a dor do parto e favorece a escolha da cesariana como opção de via de nascimento, sendo certo que não deixa claro quais são os riscos de uma cirurgia para a mulher e seu filho.

Assim, externamos toda a nossa indignação e nosso repúdio a essa nova política que fere de morte os direitos humanos das mulheres e viola os tratados internacionais dos quais o Brasil é signatário, mas segue violando diuturnamente.

Brasília/DF, 12 de maio de 2022.

**COLETIVO DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA -  
NASCER DIREITO**



**Ruth Rodrigues Mendes Ferreira - Presidente**



**Laura Gonçalves Cardoso - Vice Presidente**



**Valéria Eunice Mori Machado - Diretora estratégica**



**Isabelle Pinheiro Maciel - 1ª Secretária**



**Ana Dulce Fernandes - 2ª Secretária**

*Mônica Mori Machado*

**Monica Mori Machado - tesoureira**

**Tainá Amorim Lima - conselheira fiscal**



**Vandressa Vieira - conselheira fiscal**



**Contribuição: Letícia Castor**