**MINUTA DE POSICIONAMENTO INSTITUCIONAL – COREN-SC E ABENFO-SC**

**POSICIONAMENTO SOBRE O PROJETO DE LEI QUE GARANTE À GESTANTE O DIREITO À CESARIANA ELETIVA A PARTIR DA 39ª SEMANA DE GESTAÇÃO NO ESTADO DE SANTA CATARINA**

O Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina (COREN-SC) e a Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiros Obstetras – Seção Santa Catarina (ABENFO-SC), vêm a público manifestar seu posicionamento contrário à proposta do Projeto de Lei que garante à gestante o direito à cesariana eletiva a partir da 39ª semana de gestação, no âmbito da rede pública de saúde estadual. O Projeto de Lei em análise, embora reconheça a importância da autonomia da mulher, ignora de forma preocupante os riscos associados à cesariana eletiva sem indicação clínica e desconsidera os avanços científicos, normativos e éticos que estruturam a Política Nacional de Atenção Humanizada ao Parto e Nascimento no Brasil. A seguir, apresentam-se fundamentos que contrapõem esta proposta legislativa, nos seguintes termos:

**1. Em defesa da autonomia da mulher com base no consentimento livre e esclarecido**

Reconhecemos que a autonomia da mulher é um princípio fundamental na atenção à saúde reprodutiva, sendo um direito garantido pela Constituição Federal, pela Lei nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990) e por diretrizes bioéticas (BRASIL, 2011; SANTOS; SCHMIDT, 2017). No entanto, defendemos que o exercício pleno dessa autonomia deve ocorrer com base em **informações qualificadas, acessíveis, contextualizadas e fundamentadas em evidências científicas**, assegurando o **consentimento livre e esclarecido** (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Transformar a cesariana em uma opção desvinculada de critério clínico e de responsabilização das equipes de saúde representa um **risco para a saúde pública** e **desorganiza a lógica da atenção materna segura e baseada em boas práticas** (LEAL et al., 2020; VILLAR et al., 2007; BRASIL, 2013).

A Resolução CFM nº 2.284/2020, citada no Projeto de Lei, condiciona a realização da cesariana eletiva à inexistência de contraindicações clínicas e à obtenção do consentimento da gestante após esclarecimentos prestados, preferencialmente durante o pré-natal (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2020).

No entanto, o Projeto de Lei em questão flexibiliza de maneira imprudente esses critérios, ao permitir que a decisão pela cesariana ocorra inclusive durante o trabalho de parto, um momento em que as condições clínicas e emocionais da mulher podem não favorecer uma escolha informada e segura (BRASIL, 2012; WHO, 2018). Essa flexibilização compromete os princípios da boa prática obstétrica, baseada na autonomia com responsabilidade, no diálogo entre equipe e gestante e na priorização da fisiologia do parto quando clinicamente possível (BRASIL, 2011; WHO, 2014).

**2. A cesariana eletiva sem indicação clínica: uma intervenção com riscos evitáveis**

A cesariana é um procedimento cirúrgico que salva vidas quando bem indicado, mas sua realização sem justificativa clínica **aumenta os riscos maternos e neonatais**. Segundo a **Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015), taxas de cesariana acima de 10–15% não estão associadas à redução de mortalidade materna ou neonatal** e podem gerar **danos significativos**, tais como:

* Infecções puerperais, hemorragias, complicações anestésicas, aderências e riscos em futuras gestações (LEAL et al., 2020; VILLAR et al., 2007);
* Maior incidência de dificuldades respiratórias em recém-nascidos (VILLAR et al., 2007);
* Redução do aleitamento precoce e do contato pele a pele (BRASIL, 2012);
* Aumento da hospitalização neonatal e de intervenções dolorosas desnecessárias (LEAL et al., 2020).

A literatura científica e os consensos internacionais recomendam a **promoção do parto vaginal como via de parto preferencial,** salvo contraindicações clínicas devidamente justificadas (WHO, 2015; BRASIL, 2012; VILLAR et al., 2007).

**3. O papel da Atenção Primária à Saúde (APS) na promoção do parto seguro**

A proposta do projeto **desconsidera o papel estratégico da Atenção Primária à Saúde (APS)** no acolhimento da gestante e na construção de um plano de parto seguro e consciente. **É na APS que se estabelece o vínculo longitudinal com a mulher**, se fortalecem ações educativas sobre os processos fisiológicos do parto e se identificam precocemente fatores de risco (BRASIL, 2012; STARFIELD, 2002).

**Fortalecer a APS**, com atuação multiprofissional, protagonismo da Enfermagem e abordagem integral, é fundamental para reduzir o medo do parto vaginal, **combater a violência obstétrica** e favorecer experiências positivas no nascimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011; WHO, 2018; DAVIM et al., 2020). O cuidado centrado na mulher e mediado por vínculos de confiança se mostra decisivo para a **autonomia reprodutiva e a adesão informada ao parto fisiológico** (MENEZES et al., 2017).

**4. Humanização do parto e nascimento: diretriz do SUS e compromisso com os direitos humanos**

O Brasil é signatário de diversos compromissos nacionais e internacionais voltados à **humanização da atenção ao parto e nascimento**, como a **Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004)** e a **Rede Alyne**, esta última instituída após a condenação do país na Organização das Nações Unidas pela morte evitável de Alyne da Silva Pimentel (UNFPA, 2015; UNHRC, 2011).

Essas políticas reconhecem que o parto deve ser conduzido com base na **fisiologia, na escuta qualificada, na autonomia com responsabilidade e na não medicalização de rotinas** (BRASIL, 2011; WHO, 2018). A **escolha da via de parto não pode ser reduzida à lógica da conveniência ou do consumo de procedimentos**, mas deve integrar um **cuidado respeitoso, seguro e centrado na mulher** (WHO, 2014; BRASIL, 2012).

**5. Consequências do estímulo à cesariana eletiva no sistema de saúde**

Além dos **riscos clínicos**, o incentivo à **cesariana eletiva aumenta os custos assistenciais e compromete a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS).** Procedimentos cirúrgicos envolvem maior tempo de internação, uso de medicamentos, risco de reinternações e maior consumo de recursos materiais e humanos (BRASIL, 2012; FIGUEIREDO; GOMES, 2020; MOLINA et al., 2014).

Essa medida também **acirra desigualdades já existentes**, pois na prática nem todas as mulheres terão garantido esse “direito”, **aprofundando as injustiças raciais, territoriais e sociais** no acesso ao cuidado obstétrico de qualidade (LEAL et al., 2017; DIAS et al., 2020). **Mulheres negras, pobres e das regiões Norte e Nordeste** estão mais expostas à violência obstétrica, à negação de analgesia e à ausência de escolhas informadas — um reflexo da **estrutura histórica de exclusão reprodutiva** no Brasil (BRASIL, 2011; WHO, 2014).

.

Conclusão

Este Projeto de Lei, embora se apoie no discurso do “direito de escolha”, mascara um retrocesso sanitário ao naturalizar a cesariana como alternativa de preferência pessoal, em detrimento de uma escolha consciente, informada e clinicamente respaldada.

A política pública deve, ao contrário, garantir a autonomia da mulher por meio de educação, apoio e assistência qualificada na APS, fortalecendo o parto vaginal como uma via segura, fisiológica e respeitosa, e reservando a cesariana para situações justificadas clinicamente.

O COREN-SC e a ABENFO-SC reafirmam seu compromisso com a defesa do parto seguro, baseado em evidências e respeito aos direitos das mulheres. Repudiamos propostas legislativas que, sob a justificativa de garantir escolhas, e que, em verdade, fragilizam o cuidado integral, promovem a cesariana sem critério clínico e desorganizam os princípios do SUS.

Conclamamos os parlamentares e gestores públicos a investir na formação das equipes multiprofissionais, no fortalecimento da APS e das maternidades de referência, no Centros de Parto Intra e Peri Hospitalares e na ampliação do acesso a práticas baseadas em evidências que promovam o parto humanizado, seguro e respeitoso.

**COREN-SC**
Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina

**ABENFO-SC**
Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiros Obstetras – Seção Santa Catarina

**Referências**

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil\_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 01 ago. 2025.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Humanização do parto e nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus\_humanizacao\_eixo\_norteador.pdf. Acesso em: 01 ago. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução CFM nº 2.284, de 27 de agosto de 2020. Dispõe sobre a realização de parto cesariano a pedido da gestante**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 177, p. 104, 16 set. 2020. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-2.284-de-27-de-agosto-de-2020-277950330. Acesso em: 01 ago. 2025.

DAVIM, R. M. B. et al. **Violência obstétrica e a importância do vínculo entre gestante e equipe multiprofissional na atenção básica**. Revista de Enfermagem UFPE on line, Recife, v. 14, n. 1, p. 1-8, 2020. DOI: 10.5205/1981-8963.2020.243944

DIAS, Marcelo A. B. et al. **Desigualdades sociais e cor/raça no acesso, utilização e qualidade da atenção pré-natal no Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 36, supl. 1, e00180118, 2020. DOI: 10.1590/0102-311X00180118.

FIGUEIREDO, Felipe de P.; GOMES, Renata. **Custo da cesariana no Brasil: impacto econômico para o SUS e para a sociedade**. Revista Brasileira de Economia da Saúde, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 57-66, 2020.

LEAL, Maria do Carmo et al. **Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual**. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, supl. 1, e00180819, 2020. DOI: 10.1590/0102-311X00180819.

LEAL, Maria do Carmo et al. **Desigualdades raciais e sociais e cesarianas desnecessárias no Brasil: estudo nacional baseado em hospital**. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 51, supl. 1, p. 1s–11s, 2017. DOI: 10.1590/S1518-8787.2017051000205.

MENEZES, G. M. S. et al. **Atenção ao parto e nascimento na perspectiva das mulheres: satisfação, autonomia e boas práticas**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 33, n. 12, e00175216, 2017. DOI: 10.1590/0102-311X00175216.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Rede Cegonha: memória da construção de uma política pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rede\_cegonha\_memoria\_construcao.pdf. Acesso em: 01 ago. 2025.

MOLINA, Ana Carolina et al. **Maternal near miss and adverse perinatal outcomes in women with cesarean scar in Latin America: a secondary analysis of the WHO Global Survey**. BMC Pregnancy and Childbirth, v. 14, 2014. DOI: 10.1186/s12884-014-0394-0.

SANTOS, Mônica Martins dos; SCHMIDT, Maria Luiza. **Autonomia e vulnerabilidade na assistência ao parto e nascimento**. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 25–36, 2017. DOI: 10.1590/s0104-12902017160157.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, MS, 2002.

UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas. **Morte Materna no Brasil – A história de Alyne**. Brasília: UNFPA, 2015. Disponível em: https://brazil.unfpa.org/pt-br/publications/morte-materna-no-brasil-história-de-alyne. Acesso em: 01 ago. 2025.

UNHRC – United Nations Human Rights Council. **Communication No. 17/2008, Alyne da Silva Pimentel v. Brazil (CEDAW/C/49/D/17/2008)**. Geneva: United Nations, 2011. Disponível em: https://www2.ohchr.org/english/law/docs/CEDAW-C-49-D-17-2008.pdf. Acesso em: 01 ago. 2025

VILLAR, José et al. **Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America**. Lancet, London, v. 367, p. 1819–1829, 2007. DOI: 10.1016/S0140-6736(06)68704-7.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities**. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: [https://www.who.int/publications/i/item/9789241511216](https://www.who.int/publications/i/item/9789241511216%22%20%5Ct%20%22_new). Acesso em: 01 ago. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Statement on caesarean section rates**. Geneva: WHO, 2015. Disponível em: [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\_perinatal\_health/cs-statement/en/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/%22%20%5Ct%20%22_new). Acesso em: 01 ago. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: [https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215](https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215%22%20%5Ct%20%22_new). Acesso em: 01 ago. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth**. Geneva: WHO, 2014. Disponível em: https://apps.who.int/iris/handle/10665/134588. Acesso em: 01 ago. 2025.