

Justificativa
PL 0027/2013

“Certamente é motivo de grande crítica à nossa profissão que não tenhamos organizado um sumário crítico, por especialidade ou subespecialidade, adaptado periodicamente, de todos os estudos clínicos randomizados relevantes”. Assim lamentava o influente médico britânico Archibald L. Cochrane, em sua influente obra “Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services”, de 1972, o estado da medicina de então, quando muitos procedimentos desprovidos de base científica continuavam a fazer parte da prática médica, apoiados unicamente no hábito ou no preconceito. “Cochrane afirmava que em geral a prática médica se orientava por 10% de evidências científicas e 90% de pajelança”. Uma das áreas que recebeu as críticas mais agudas de sua parte foi a obstetrícia, que dele ganhou o título de “The wooden spoon” (a colher de pau, ou palmatória), por ser, aos seus olhos, a mais descolada da ciência (Grilo Diniz, Carmen Simone - “Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto”, tese de doutoramento apresentada à Universidade de São Paulo - São Paulo, 2001, p. 3).

É interessante que a severa crítica de Cochrane tenha sido proferida no início dos anos setenta. Nesta época, em quase todo o Ocidente, especialmente nos países desenvolvidos, já haviam se consolidado os “serviços nacionais de saúde”, que, ao menos num primeiro instante, pareciam ter conduzido firmemente a prática médica pelo caminho da racionalização. Efetivamente, se a formação daqueles gigantescos sistemas permitiu aos governos empreender um sério esforço de planejamento, a fim de oferecer assistência médico-hospitalar a todos os cidadãos, qualquer que fosse a sua condição social, nem por isso deixaram eles de acrescentar novos problemas às mazelas antes existentes.

Não é possível negar, de fato, que os novos sistemas, estatais ou privados, favoreceram grandemente a progressiva disseminação de um novo padrão de assistência, que logo mereceu ser chamado de “modelo tecnocrático”, pois nele as normas e recursos dos próprios prestadores de serviço pareciam merecer muito mais atenção e consideração por parte dos profissionais envolvidos do que o próprio paciente.

Para Davis Floyd (“Birth as a American Rite of Passage” - Berkeley and Los Angeles, University of Califórnia Press, 1992, “apud” Grilo Diniz, op. cit.), quando aplicado ao parto, o modelo tecnocrático se caracterizaria por tomar como pressuposto que a mulher depende da tecnologia para dar a luz. A assistência ao parto deve, portanto, ser organizada em função do conjunto de recursos tecnológicos disponíveis, que serão dispostos como estações de uma linha de produção, figurando o médico como administrador e manipulador da máquina parturiente, a mulher. Diante de tal concepção, não é de estranhar que pouca atenção tenha sido dada ao bem-estar físico e emocional da mulher durante o parto. Ou que o emprego da tecnologia não raramente tenha servido para agravar ainda mais os padecimentos da gestante.

Vejamos, por exemplo, o caso da episiotomia, geralmente definida como a “incisão efetuada na região do períneo (área muscular entre a vagina e o ânus) para ampliar o canal de parto e prevenir que ocorra um rasgamento irregular durante a passagem do bebê”. Embora o uso rotineiro ou liberal desta intervenção não resista a nenhuma prova científica, “mesmo assim, a episiotomia permanece na rotina de assistência em nossos serviços, implicando em centenas de milhares de lesões inúteis, arriscadas e potencialmente danosas sobre os genitais femininos” (Grilo Diniz, op. cit., p. 10).

É comum que a adoção de tais procedimentos tome como pretexto o imperativo da segurança. A fim de evitar riscos que não raro se mostram remotos, a mulher é

submetida a uma abordagem médico-cirúrgica do processo de parto, abordagem que, potencializando o risco de complicações, termina por servir de pretexto para a realização da cesárea. Cesárea que durante muito tempo figurou como uma espécie culminação de uma filosofia extremamente danosa para o nosso sistema de saúde, tanto pelo que representa de ônus financeiro, quanto pelo preço em mortes e outros danos para a saúde da mulher.

Ainda mais ultrajante é o emprego da chamada “manobra de Kristeller”, sobre o qual protocolo adotado pela Secretaria Estadual da Saúde do Distrito Federal lança um anátema tão resoluto, que merece citação. Depois de definir o procedimento como uma “manobra totalmente condenada e sem nenhuma indicação que a justifique”, o texto reproduz o seguinte juízo:

“É procedimento grosseiro, deselegante, que contraria os preceitos da arte de partear. Não raras vezes, injuria órgãos intracavitários maternos, além de exercer ação deletéria sobre o feto”.

A despeito disso, continua prática de uso corrente entre nós, sobretudo nos estabelecimentos onde prevalece o parto em escala industrial, com sua completa submissão ao imperativo do tempo mínimo, isto é, ao propósito de liberar o mais cedo possível cada leito ocupado pelas gestantes. Vale dizer: a despeito do imenso progresso pelo que passou a medicina nas últimas décadas do século passado, quando a submissão das práticas médicas ao escrutínio das evidências científicas esteve muito perto de alcançar a extensão propugnada por Archibald L. Cochrane, o fato é que os “usos e costumes” ainda ocupam um belo domínio no âmbito da assistência ao parto.

Embora seja lícito supor que a lenta conscientização dos profissionais do nosso sistema de saúde esteja produzindo seus frutos, como faz pensar os vários exemplos de atendimento humanizado reconhecido pela Prof^a. Carmen Simone Grilo Diniz em sua tese sobre o assunto, citada acima, o fato é que o processo de mudança tem se mostrado excessivamente lento para que se possa deixar o problema ao seu cargo. O Poder Público não pode deixar de empenhar os seus recursos em favor de uma difusão mais rápida da assistência humanizada; afinal, trata-se não só de um imperativo moral, mas do direito que é reconhecido a toda pessoa humana de ter a sua integridade física e moral respeitada. A mulher não pode ser submetida a procedimentos de natureza cirúrgica exclusivamente a fim de oferecer aos residentes de medicina a oportunidade de mostrar os seus dotes para a cirurgia, nem tampouco ser inteiramente imobilizada numa cama unicamente porque o costume manda fazê-lo. A gravidez não tem o condão de despojar a mulher de sua dignidade, nem de sua vontade; ela não pode ser tratada, portanto, como um ente passivo, desprovido de discernimento ou de liberdade.

Este é o motivo pelo qual uma das primeiras disposições do presente projeto é aquela que confere à mulher o direito de dotar-se do seu próprio plano individual de parto, plano que deverá ser elaborado com o auxílio de um médico durante a fase preliminar à assistência pré-natal. Será através do plano individual de parto, que a gestante poderá exercer o que militantes do parto humanizado chamam de “direito à decisão informada”, isto é, o direito de decidir sobre os “procedimentos eletivos” do processo de parto depois de ser devidamente esclarecida a respeito das implicações de cada uma das opções disponíveis.

É evidente que tal direito de decisão não será ilimitado, devendo observar os cuidados requeridos pelo estado de saúde da gestante e os riscos inerentes à gravidez. Por esta razão, o plano individual de parto deverá ser precedido de uma criteriosa avaliação médica, que será renovada, por sua vez, a cada consulta efetuada durante o período pré-natal. No entanto, a fim de proteger o plano individual de parto de atentados fundados na prepotência ou no descaso, o artigo 6º da presente proposição determina que suas disposições só possam ser afastadas de forma motivada, isto é, pela constatação do possível dano à segurança do processo.

Os artigos 7º e 8º, por sua vez, contêm aqueles que, provavelmente, são os preceitos mais importantes deste projeto, pois obrigam o Poder Público Municipal a

classificar as rotinas e procedimentos de assistência ao parto quanto à sua eficácia e utilidade e difundir tais juízos por meio de protocolos publicados de forma periódica. Do mesmo modo como a Administração deverá cuidar de difundir, periodicamente, as normas e conhecimentos relativos ao parto humanizado por meio de “simpósios, seminários, palestras e outros eventos da mesma natureza”, dirigidos a especialistas, estudantes e demais interessados. Espera-se, desse modo, que a atuação permanente do Estado permita que as evidências científicas finalmente triunfem sobre os preconceitos e hábitos adquiridos.

Entretanto, como existem práticas cujo banimento tarda em demasia, a proposição cuida de opor ao menos algum obstáculo a sua adoção. Com efeito, se o “caput” do artigo 10 permite à Administração exigir que os procedimentos condenados através de seus protocolos somente sejam aplicados de forma motivada, isto é, mediante a elaboração de uma justificativa de natureza médica, o § 2º do mesmo artigo prescreve desde já alguns dos procedimentos cuja aplicação motivada será exigida. Embora tal exigências possam parecer uma medida tímida, na verdade, trata-se de um expediente cujo propósito é exatamente desnudar a carência de fundamento técnico- científico a justificar a aplicação de procedimentos cuja conveniência há muito carece de uma formulação adequada por parte da literatura médica.

O artigo 11 prescreve alguns cuidados indispensáveis à plena segurança do parto e, adiantando-se às disposições do plano individual de parto, cuida de permitir à gestante a fruição de certas comodidades, que mesmo não tendo o condão de causar algum dano ao êxito ou à segurança do parto, frequentemente são objeto de restrições por parte dos estabelecimentos hospitalares, principalmente aqueles do SUS.

Por fim, o artigo 12 torna obrigatório o plano individual de parto quando a gestante fizer opção voluntária pelo parto domiciliar. Nesta caso, tal decisão deverá merecer menção expressa no próprio plano, no qual serão ainda indicados, de forma pormenorizada, os cuidados a serem adotados a fim de salvaguardar a segurança do processo.

A presente medida não tem o propósito de exaurir a matéria, nem tampouco se alimenta da pretensão de representar uma solução definitiva para a difícil e complexa questão da assistência ao parto. A despeito das muitas experiências de parto humanizado que os serviços de saúde tem vivenciado nos últimos anos, é evidente resta ainda um longo caminho a percorrer antes de ser assegurado a cada gestante paulista a realização do parto nas condições prescritas pelos valores humanistas que devem orientar o exercício da medicina e a prestação dos serviços de saúde.

No entanto, seria motivo de grande satisfação para nós se a presente proposição servisse de ponto de partida para uma discussão mais bem informada e intensa a respeito das questões pertinentes à assistência ao parto, seja por parte deste Parlamento, seja por parte do Poder Executivo, dos profissionais de saúde e da Sociedade Civil em geral.

Não poderíamos concluir a presente Justificativa sem antes manifestar a nossa gratidão em relação àqueles que contribuíram para a elaboração do projeto. Muitas das soluções aqui sugeridas vem sendo há muito defendidas por entidades como a “Amigas do Parto”, que mantém uma rica página de informação na Rede Mundial de Computadores - Web, que foi extremamente importante para que enriquecêssemos nosso conhecimento sobre a matéria. Quanto ao embasamento científico da proposição, ele muito se beneficiou da tese de doutoramento “Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto”, que a Profa. Carmen Simone Grilo Diniz fez generosamente publicar na Internet. Diante do exposto, dado o inegável mérito da matéria, solicitamos o concurso dos Nobres Pares para a aprovação da presente proposição.