



CARTA DE PORTO ALEGRE

FÓRUM DE ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA FEBRASGO/SOGIRGS

A SOGIRGS em conjunto com a FEBRASGO realizou o Fórum de Assistência Obstétrica, em Porto Alegre, no dia 28 de março de 2015, com a presença do CFM, AMB, AMRIGS, SIMERS, CREMERS, SES-RS e representantes de Associações de Ginecologia e Obstetrícia dos Estados.

Decidiu-se pela divulgação da CARTA DE PORTO ALEGRE, contendo recomendações exaradas das discussões.

O Fórum abordou três aspectos referentes à assistência obstétrica:

- I. Segurança na assistência obstétrica;
- II. Taxas de cesariana;
- III. Cobrança da disponibilidade obstétrica.

I. SEGURANÇA NA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA:

Em contraposição ao termo “violência obstétrica”, mal empregado na mídia, cuja conotação principal é de violência praticada pelo obstetra, será utilizado o termo segurança obstétrica. Segurança significa parto hospitalar, assim como as medidas necessárias para oferecer menor risco para a gestante, feto e recém-nascido. Não se apóia o parto fora do ambiente hospitalar, cujo risco foi claramente evidenciado em grandes estudos de base populacional, que demonstraram que o parto domiciliar de gestantes de baixo risco teve mais risco de morte neonatal que gestantes de alto risco com parto hospitalar. Estas mesmas gestantes que tiveram parto domiciliar tiveram mais chance de ter recém-nascido internado em UTI neonatal pelo fato do parto ter sido no domicílio. Estes dados demonstram que o não cumprimento dos cuidados médicos na assistência à gestante e a utilização de práticas não testadas cientificamente podem causar incremento nas taxas de mortalidade materna e neonatal.

Defende-se a presença de acompanhante escolhido pela paciente e a não utilização sistemática de enema, tricotomia e acesso venoso. A via de parto e outros procedimentos obstétricos tais como o uso de ocitocina, fórceps e episiotomia não são proscritos, mas devem ser realizados quando forem indicados pelo médico obstetra devidamente formado, baseados sempre nas melhores práticas médicas vigentes, estabelecidas pelas diretrizes das sociedades médicas nacionais e internacionais com o objetivo de preservar a vida do feto ou da gestante.

O chamado plano de parto deve ser utilizado como um plano de orientação à paciente sobre a evolução do trabalho de parto e as possíveis medidas que podem se tornar necessárias para dar segurança ao parto. Não deve ser utilizado como um cardápio de escolhas simples. Deve ser elaborado pela gestante com a orientação do obstetra como objetivo almejável, sendo prestados esclarecimentos quanto às eventuais limitações e impossibilidades. O obstetra, no caso de não ter tido envolvimento anterior com a paciente e que venha a assisti-la no parto não estará obrigado a executar um plano de parto que possa dificultar ou retardar medidas necessárias para proteção da gestante e do feto. Nesse caso, cumpre ao médico, no atendimento, o esclarecimento sobre a necessidade da alteração do planejamento.

O uso da episiotomia foi revisado no fórum e seu uso rotineiro deve ser evitado. A taxa de 80% a 90% é considerada excessiva e a recomendação é para redução destes índices. No entanto, não é adequado chegar a patamares muito baixos, pois estudo em países nórdicos evidenciou que quando isto ocorre, há um aumento nas lesões de esfíncter anal e incontinência fecal. Desta forma, uma taxa em torno de 30% de partos com episiotomia parece ser o percentual com os melhores resultados maternos e neonatais.

Para concluir, é consenso que atitudes violentas contra a gestante devem ser combatidas por todos, nas mais diversas instâncias, seja ela individual ou por falta de políticas públicas; nos hospitais, maternidades e serviços de neonatologia sucateados; quando há falta de leitos obstétricos, falta de funcionários e médicos para o exercício da assistência de qualidade e do tratamento humanizado. Também não se pode permitir que uma abordagem superficial e não científica promova a utilização de práticas obstétricas que possam elevar as taxas de morbidade e mortalidade maternas e neonatais, cujos índices foram reduzidos de forma marcante nas últimas décadas.

II. TAXAS DE CESARIANA:

As taxas de cesárea acima de 80% na saúde suplementar não podem ser defendidas. Medidas para redução das taxas de cesariana fazem parte das metas do grupo de estudo permanente da Comissão para Melhores Práticas Obstétricas da FEBRASGO.

Por outro lado, a taxa de 15% de cesariana proposta pelo Ministério da Saúde (MS), baseadas em recomendações da década de 80, também não são as mais adequadas na atualidade. Estudos, inclusive brasileiros, demonstraram que a mortalidade materna diminui na medida em que aumentam as taxas de cesárea até um nível de 15% e acima desse percentual perde a relação de benefício. Portanto, 15% parece ser o limite inferior e não o superior. É importante ressaltar que, no Brasil, nas regiões mais pobres, com menos infraestrutura, as taxas de cesárea são mais baixas, no entanto, a mortalidade materna e neonatal é muito mais elevada. Fica claro, desta forma, que o que faz diferença é o acesso à assistência médica, e o foco, portanto, deve ser na segurança e qualidade do atendimento, para que se modifiquem os indicadores internacionalmente aceitos da qualidade assistencial como as taxas de morbidade e mortalidade materna e neonatal.

De acordo com os dados disponíveis, a taxa de cesárea por indicação obstétrica deve ficar entre 20 e 40%, sendo mais próximo de 20% em maternidades que atendem somente gestantes de baixo risco e maior em locais com público de alto risco. Não se pode deixar de discutir a cesariana como opção da paciente, que deve passar por orientação e aplicação de termo de consentimento informado, preferencialmente aplicado por outro médico, que não o que a está assistindo. Deste modo, a autonomia da paciente será respeitada, uma vez que será orientada quanto aos riscos da cesariana por opção. Por outro lado, repudia-se com veemência a indicação da cesariana por “comodidade” do obstetra.

Na nota de esclarecimento conjunta da FEBRASGO e CFM, do início deste ano de 2015, em resposta à Resolução Normativa nº 368/2015 da ANS para redução de cesárea na saúde suplementar, ficou claro que cabe à ANS exigir das operadoras ofertas suficientes de leitos em maternidades credenciadas, obrigando-as a manter, no mínimo, uma equipe médica completa e permanente de obstetras, pediatras e/ou neonatologistas e anestesistas, bem como os equipamentos necessários à boa prática na assistência obstétrica para atender a gestante em trabalho de parto, em regime de plantão nas 24 horas do dia. Esta medida é de suma importância para a redução das taxas de cesárea. A FEBRASGO, AMB e CFM estão participando diretamente, junto ao MS, na elaboração de uma nova redação para resolução da ANS. O documento inicial que entendemos equivocado focou apenas no obstetra como causador das elevadas taxas de cesariana e, portanto, precisa ser modificado. Mantemos apoio à ampla utilização do partograma e da carteira de pré-natal, mas somos contrários à divulgação das taxas individuais de cesárea. A mudança para ser eficaz deve ser focada nas múltiplas causas (aspectos culturais das pacientes, estrutura dos hospitais, envolvimento das operadoras de saúde e dos médicos) e na promoção de uma transformação do modelo assistencial.

III. DISPONIBILIDADE OBSTÉTRICA

O CFM reconhece que a realização do pré-natal não implica na obrigatoriedade do obstetra em realizar o parto. Não há garantia contratual (da operadora com a paciente) de que ela poderá dispor do obstetra a qualquer momento e nem existe no contrato (do obstetra com a operadora) obrigação do obstetra a estar disponível para o parto que pode ocorrer a qualquer momento. Portanto, apesar de ser recomendável que o obstetra que fez o pré-natal realize o parto, não se trata de um dever, uma vez que não existe disposição legal que o obrigue a tal.

A questão da legalidade da cobrança precisa ser profundamente analisada. Trata-se de um contrato opcional e não de pagamento de uma taxa, já que a disponibilidade do obstetra para o atendimento a qualquer hora não está contratada e nem remunerada pela operadora. A saúde suplementar (planos de saúde), pela sua abrangência dentro da assistência à saúde no Brasil, é hoje regulamentada pela lei dos planos de saúde (Lei federal de 9656/98), sendo regulada e fiscalizada pela ANS (autarquia federal criada em 2000), tendo caráter independente da

regulamentação do SUS. A ANS não tem competência para fiscalizar e punir médicos pelas suas condutas, sendo esta competência do CFM. No entanto, o médico credenciado deve observar o contrato firmado com a operadora e respeitá-lo. Cabe ao médico rever o contrato que assinou com operadora de saúde e ali verificar seus direitos e deveres.

O órgão máximo fiscalizador e que regulamenta o exercício da profissão no território nacional, que julga o que é ético e que define as punições na atuação profissional do médico é o CFM. O parecer 39/2012 do CFM afirma que a disponibilidade do médico não se enquadra nos procedimentos previstos no rol de coberturas do contrato de plano de saúde e, por isso, pode ser negociada direta e livremente com a paciente, desde que seja realizada na primeira consulta, através de termo de consentimento livre e esclarecido, de forma a deixar claro o caráter opcional da cobrança. No entanto, impõe-se a obrigação do médico de não receber seus honorários duplamente (paciente e plano) pelo mesmo procedimento. Portanto, para não infringir os preceitos éticos deve o obstetra informar claramente a sua decisão, na primeira consulta, possibilitando à gestante decidir se pretende continuar o seu pré-natal, sabendo que o médico não realizará o seu parto; remunerá-lo diretamente para tê-lo em disponibilidade; mudar para outro obstetra; ou ter o parto no plantão referido pela sua operadora de saúde.

Cabe também salientar que a questão envolvendo a disponibilidade médica não é nenhuma novidade e não foi criada pelos obstetras, sendo já utilizado pelos hospitais, no formato de plantão de sobreaviso, que já está regulamentado na resolução CFM Nº 1.834/2008 e se aplica para procedimentos cirúrgicos, diagnósticos, internações clínicas, devendo ser devidamente remunerada, quer pelo SUS, por convênios ou por clientes particulares. É natural concordar que aquele que se coloca à disposição de outrem para atendimento médico, a qualquer momento, restringe a sua própria liberdade (pessoal e profissional) e, por isso mesmo, tem o direito de receber a remuneração justa. Desta forma, o CFM manteve coerência em seus posicionamentos.

A FEBRASGO, em conjunto com as federadas, reconhece o seu papel na consolidação das boas práticas obstétricas com foco na segurança e na defesa da dignidade do obstetra.

Porto Alegre, 28 de março de 2015

Mirela Foresti Jiménez
Presidente da SOGIRGS

Etelvino de Souza Trindade
Presidente da FEBRASGO

Coordenação:

Mirela Foresti Jiménez (Presidente da SOGIRGS), Gustavo Steibel (Diretor do Exercício Profissional da SOGIRGS) e Maria Celeste Osorio Wender (Diretora Científica da SOGIRGS).

Participação:

Etelvino de Souza Trindade (Presidente da FEBRASGO); Jorge Abi Saab Neto (Vice-presidente da Região Sul da FEBRASGO); Roberto Magliano de Moraes (representante do CFM); Antônio Jorge Salomão (representante da AMB); Paulo de Argollo Mendes (Presidente do SIMERS); Alfredo Floro Cantalice Neto (Presidente da AMRIGS); Jorge Utaliz Guimarães Silveira (diretor de exercício profissional da AMRIGS); Antônio Celso Ayub (representante do CREMERS); Carlos Henrique Mascarenhas Silva (Coordenador da Comissão para Melhores Práticas Obstétricas da FEBRASGO e representante da SOGIMIG); Marcelo Burlá (Presidente da SGORJ); Juvenal Barreto B. de Andrade (representante da SOGESP); Almir A. Urbanetz (Presidente da SOGIPA); Paulo Saburo Ito (representante da SOGOMAT-Sul); Carlos Augusto C. Lino (Presidente da SOGIBA); Liduína Rocha (presidente da SOCEGO); Almerinda Queiroz (presidente da SOGORN); Almerindo Brasil Souza (presidente da ASSOGIRO); Maurício M. Silveira (presidente da SGGO); Solange da Cruz Chaves (Presidente da ASOGIAC); Ângela Beatriz Dal Molin (representante da SOGITO); Candice Taques (representante da SOMAGO); Nadiane Lemos (representante da Secretaria de Saúde do Estado do RS); Sergio Martins Costa (Chefe do Serviço de GO do HCPA/UFRGS e ex-presidente da SOGIRGS); José Geraldo Lopes Ramos (Diretor da faculdade de Medicina da UFRGS e ex-presidente da SOGIRGS); Maria Lúcia Rocha Oppermann (Professora do DGO da UFRGS e Conselheira do CREMERS); João A. P. Steibel (professor da PUC e ex-presidente da SOGIRGS) e Breno Acauan Filho (professor da PUC). Além de um público de 253 participantes.