



PARECER CREMEB Nº 27/13

(Aprovado em Sessão Plenária de 05/07/2013)

EXPEDIENTE CONSULTA Nº 005.616/13

ASSUNTO: Responsabilidade ético-profissional dos médicos nas Casas de Parto e Maternidades, que mantêm enfermeiras em funções obstétricas.

RELATOR: Cons. José Augusto da Costa

EMENTA: Enquanto responsável pela assistência obstétrica em maternidade é dever do médico atender as demandas advindas de forma espontânea ou de outro serviço. Também é fundamental esclarecer que qualquer profissional de saúde, independente de ser médico ou não, poderá ser responsabilizado ética, criminal e civilmente pelos seus atos.

EXPOSIÇÃO:

Através correspondência eletrônica médico descreve movimento (do qual participa a SESAB) que orienta a manutenção de Casas de Parto e em maternidades a realização de acompanhamento pré-partos (realizando toques vaginais e outras aferições obstétricas) e partos por enfermeiras. A informação dada na instituição de saúde é que enfermeiras farão os partos (caso necessário, inclusive, episiotomia, episiorrafia e prescreverão estas pacientes que se enquadram no que se tem chamado de "parto de risco habitual"). Encaminha as seguintes questões:

1. Qual é a responsabilidade, como obstetra do plantão, sobre possíveis acidentes que levem a danos físicos imediatos ou tardios ao binômio (mãe-feto), que ocorram em um parto realizado por uma enfermeira, no qual porventura o médico não esteja presente? Como nós Médicos deveremos nos comportar? Esta é uma situação de extrema relevância para os obstetras que têm sido confrontados com este risco profissional.
2. Solicito que seja enviada a legislação vigente sobre este assunto. Por fim, quero informar que estes esclarecimentos servirão para muitos colegas, que tenho percebido, estão preocupados pelos corredores das maternidades, em busca de uma orientação com bases legais.

FUNDAMENTAÇÃO

Vale esclarecer que não se trata de "um movimento do qual participa a Secretaria Estadual de Saúde (SESAB)", mas de uma política do Ministério da Saúde adotada pela SESAB.

A consulta envolve um assunto cuja origem está em portarias ministeriais que estabelecem normas para Centros de Parto Normal (CPN) e a Rede Cegonha, hoje POLÍTICA DE SAÚDE prioritária do Ministério da Saúde (MS).

Os Centros de Parto Normal (CPN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) foram criados pela **Portaria Nº 985** de 05 de agosto de 1999, revogada a partir de março de 2013, pela **Portaria MS\GM Nº 2.048** de 03/09/2009.

Têm como objetivo a humanização e melhoria da assistência à gravidez, ao parto e ao pós-parto, e a finalidade de diminuir o número de óbitos materno e infantil por causas evitáveis. Anote-se que a ANVISA



teve participação na preparação da portaria.

Dentre seus artigos merecem referência, o 1º, no § 1º que define CPN para “atendimento humanizado e de qualidade **exclusivamente** ao parto normal”, e no § 3º, que o CPN “poderá atuar física e funcionalmente integrado a um estabelecimento assistencial de saúde – unidade intra-hospitalar ou como estabelecimento autônomo – unidade isolada, desde que disponha de recursos materiais compatíveis para prestar assistência, conforme disposto na portaria”.

O art. 3º, inciso VIII assegura “garantir a remoção da gestante, nos casos eventuais de risco ou intercorrências do parto, em unidades de transporte adequadas, no prazo mínimo de 01 (uma) hora”. E o inciso IX ao RN de risco remoção para serviços de referência.

O art. 6º define a equipe mínima de 01 (um) enfermeiro, com especialidade em obstetrícia, 01 (um) auxiliar de enfermagem, 01 (um) auxiliar em serviços gerais e 01 (um) motorista de ambulância. A portaria que a revoga amplia e detalha na Seção IV – Da saúde da mulher o atendimento durante o trabalho de parto, parto e puerpério imediato, em 297 artigos.

A **Portaria Nº 1.459** de 24 de junho de 2011, institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a **Rede Cegonha**.

Consiste numa rede de cuidados que visa assegurar a mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como a criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.

Tem como objetivos fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança, tendo como foco no parto e nascimento, crescimento e desenvolvimento da criança de zero a 24 meses. Garantia de acesso, acolhimento e resolução, e **reduzir a mortalidade materna e infantil, com ênfase na neonatal**.

A organização da rede se dá a partir de 04 componentes: Pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e mais sistema logístico (modelo “vaga sempre”, transporte, regulação e vinculação). Consiste em garantir que o parto seja realizado em uma maternidade determinada e informada à gestante durante o pré-natal, garantindo também o seguimento da criança em unidade especificada.

Neste contexto garante a suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI tradicional e UCI Canguru), ambiência das maternidades (de acordo com RDC nº 36/2008 da ANVISA), práticas de atenção baseadas em documento da OMS/1996 (“Boas práticas de atenção ao parto e nascimento”), classificação de risco e acompanhante durante acolhimento, trabalho de parto, puerpério imediato, além de, também, acompanhamento 24 horas do RN, inclusive em UTI neo.

Os Municípios deverão garantir o acesso de acordo com o desenho da Rede Cegonha Regional (realização de um colegiado), que contempla a vinculação das gestantes, enquadradas em Risco Habitual ou Alto Risco ao local de ocorrência do parto.

Prevê contratualização e tem financiamento com recursos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, cabendo ao Ministério da Saúde aporte de recursos para Pré-natal, Parto e Nascimento. Enuncia que haverá portaria específica para construção, ampliação e reformas.

Em seus anexos: Matriz diagnóstica, valores de custeio, novos exames pré-natais, Kits para UBS, gestantes e parteiras tradicionais.



A **Portaria Nº 650** de 05 de outubro de 2011 dispõe sobre os Planos de Ação Regional e Municipal da Rede Cegonha.

Quanto ao exercício da Medicina cursa no Senado Federal o Projeto de Lei Nº. 77103\2008, a chamada “Lei do Ato Médico”, já aprovada na Câmara dos Deputados, cujo art. 4º, estabelece as atividades privativas do médico, O Ato Médico no âmbito da Medicina está disciplinado pela Resolução CFM Nº 1.627\01. É atribuição do médico a prevenção da evolução das enfermidades **ou execução de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos** (prevenção secundária);

Parecer CFM nº. 30\96 orienta que “toda equipe de saúde deve ser chefiada por médico” e entende-se que, como integrante de uma equipe médica, a enfermagem no exercício profissional deve fazê-lo em condições estabelecidas na referida lei.

A profissão de Enfermeiro esta regulamentada pela Lei nº 7.489\87, que dispõe sobre o exercício técnico-profissional do enfermeiro e por sua vez estabelece todas as atividades de enfermagem nos limites de sua competência. A prevenção secundária está entendida como atividade médica.

O Conselho Nacional de Enfermagem na Resolução nº 223\99 estabelece que “a realização de parto normal sem distócias (complicações) é da competência de enfermeiros portadores de Diploma, Certificado de Obstetrix ou enfermeiro Obstetra, bem como Especialistas em Enfermagem Obstétrica e na Saúde da Mulher”.

O Código de Ética Médica, art. 7º “é vedado ao médico deixar de atender em setores de urgência e emergência quando for de sua obrigação fazê-lo, expondo a risco á vida de pacientes”.
Art. 32, “é vedado ao médico deixar de utilizar de todos os meios disponíveis em favor do paciente”.

Resolução CFM nº. 1641/2002, que veda a emissão, pelo médico de Declaração de Óbito nos casos em que houve atuação de profissional não-médico.

CONSIDERAÇÕES

Para conhecimento, fica evidente que a proposta de criação de CPN é da esfera federal, tendo o Ministério da Saúde dentro das suas competências, direito legal de assim fazê-lo, publicando diretrizes e elaborando programas, visando orientar a atenção à saúde da população, que seu corpo técnico entenda como pertinentes, na melhoria da qualidade da assistência prestada, no âmbito do SUS, respeitada a lei 8080, lei orgânica da Saúde.

O que permite uma discussão ampla da sociedade é se tais programas vêm como solução responder a divulgação do número “exagerado” de parto cesariano e se a criação de CPN, e da Rede Cegonha, seria capaz de inverter esta tendência.

Entendemos não seja correto, no momento atual de incentivo a cidadania, o esquecimento do direito de escolha da gestante, o respeito à sua autonomia, confrontando a Constituição Federal e os princípios basilares da bioética.

Se a taxa de cesarianas é considerada exorbitante, com base no preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), independente da escolha do médico elou da gestante, o notório exagero está na rede privada de saúde e não na rede pública, onde maternidades de referência apresentam valores em torno de



30% e este aumento está relacionado aos avanços tecnológicos de diagnóstico na área da Medicina Fetal, a ausência de boa assistência Pré-natal, realizada por profissional médico especializado, constar a rede de raros serviços de acompanhamento da gravidez de risco.

Outros fatores são o aumento na população de portadoras de hipertensão arterial jovens, a opção da mulher pela carreira profissional, competindo por espaços e melhores salários, postergando sua escolha de ter filhos para idade acima dos 35 anos, além do aumento de prematuridade, associada na maioria das vezes a falta de tratamento de infecções no período gestacional, isto para citar somente alguns fatores.

Por sua vez na rede privada identifica-se que a ocorrência de cesárea eletiva (marcada) também decorre da falta de leitos de obstetrícia, decorrente da política de custos e do conceito que obstetrícia dá prejuízo, em detrimento dos riscos de prematuridade e aumento da demanda para unidades de cuidados intensivos neonatais, cujo número é deficitário, independente da rede.

É duvidoso que a criação de casas de parto venha corrigir estas questões.

As maternidades vinculadas à Rede Cegonha têm como norma prática enfermeiros realizarem partos naturais, após os mesmos classificarem o risco, além de preverem DOULAS (mulheres não profissionais de saúde) que participam do acolhimento e acompanham a parturiente durante o trabalho de parto. A Rede Cegonha preconiza que o enfermeiro obstetra assista o RN no pós-parto imediato.

Como o estabelecido em portaria ministerial o CPN poderá ser implantado e atuar física e funcionalmente integrado a um estabelecimento assistencial de saúde, unidade intra-hospitalar, como questiona o consulente, não ficando claro se será destinado um local da unidade para ser incorporada a pré-existente ou se será disponibilizado nova edificação para a chamada nova proposta de atendimento.

O que nos parece crítico dentre outras coisas do modelo é associar a toda proposta dita nova o termo humanização, como se a assistência prestada até então não é realizada pela espécie humana e os profissionais de saúde pertencem a uma outra espécie biológica, proveniente de outra sociedade que não a que dá origem a estes profissionais.

Na persecução deste raciocínio, analisando o estabelecido para CPN e para a rede Cegonha, identificamos toda a atenção será prestada pelo profissional enfermeiro, devidamente registrado em seu Conselho como especialista em Obstetrícia. Que na admissão são obrigadas a estabelecer classificação de risco para internação de gestantes, e, com exigência de diagnosticar uma gestação de evolução totalmente normal, o que, primeiro contraria Resolução que assegura prevenção secundária como atividade médica (**execução de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos**); segundo desconhece ser obstetrícia uma especialidade de caráter de urgência/emergência e conseqüentemente se complicações houver, obriga a regular e transferir gestantes para maternidades adequadamente organizadas, dispondo de unidades intensivas, para adulto, neonatal, além de serviços especializados, seja por risco materno, seja por risco fetal. Afinal obstetrícia cuida de dois pacientes.

Ora, se poucas maternidades atualmente têm recursos materiais, equipamentos adequados e recursos humanos suficientes para sua demanda, a maioria sem um Banco de Sangue, quanto mais centro de transfusão (e como é do conhecimento de quem atua na especialidade sangramento é uma das maiores causas de urgência e óbito materno), só podemos entender que o objetivo a ser alcançado é a diminuição na incidência de parto cirúrgico e que o percentual de pacientes com risco de morte é desprezível, podendo ser incluído nas causas inevitáveis de mortalidade materna. Mais pontualmente, um benefício para alguns e o malefício para a população alvo.



Preocupa, sobremaneira, a formação profissional, quando da ocorrência de período expulsivo prolongado, onde a atuação do obstetra é fundamental e o tempo de resolução para a expulsão do feto, fator importante para evitar sofrimento fetal e asfixia perinatal, causa de comprometimentos neurológicos ao recém-nascido e ao contrário do desejado promover a alta incidência de óbito fetal neonatal, que o projeto visa diminuir.

Vale ressaltar que a unidade exemplo, como CPN, criada no ano 2000, portanto com mais de 12 anos de existência, realizou 3.000 partos o que representa em relação à demanda das maternidades existentes na cidade o internamento de aproximadamente um ano, um exemplo de projeto que não atende a necessidade ao binômio materno-infantil que procura uma maternidade para assistência ao parto. Permite-se a conclusão de mais uma ação para poucos em detrimento do quanto se faz necessário para toda a população de gestantes.

Feitas estas considerações, reflexões sobre a assistência ao pré-natal, ao parto, puerpério e recém-nascido, resta atentar para o fato que, a atenção as gestantes são questões ligadas a uma equipe multidisciplinar, todos devidamente esclarecidos quanto as suas atribuições, num trabalho coletivo, necessária à qualidade da assistência do binômio materno-fetal. Definir equipe mínima, pareceres já foram emitidos.

O papel do Coordenador e/ou Diretor Médico e de estabelecer no âmbito das maternidades regras e protocolos que venham atender as necessidades de uma boa assistência materno-infantil, com o envolvimento de todos os profissionais de saúde de que disponha.

DO PARECER

Na prática poucas unidades podem ser consideradas como completas. Não concordamos é que sejam criadas normas ao arpejo da lei que regulamenta as profissões ou por desconhecimento, tragam a discórdia para o âmbito da equipe de saúde. Assim, cada profissional tem atribuições estabelecidas que precisam ser respeitadas, cujas proposições de alteração sejam devidamente acordadas e discutidas pela Direção com o corpo clínico e os demais profissionais de saúde.

Outra coisa é assumir atribuições que exorbitem das suas competências e assim transferir maus resultados a outro profissional, que desde logo têm suas hierarquias estabelecidas em protocolos de assistência e diretrizes estabelecidas nas instituições encarregadas de definir condutas.

Centro de Parto Natural, dentro de maternidades já em funcionamento precisa ser bem planejado e ter estrutura organizacional estabelecida e acordada.

Organizacionalmente CPN dispõe de equipe, onde não está estabelecida a presença de médico. Entendemos ante a fundamentação, que isto se dê em Unidades independentes, não integradas a uma maternidade, onde a necessidade de assistência médica está na transferência da gestante com complicações pra uma unidade de referência, respeitadas as normas de regulação e transferência de paciente.

A equipe médica da maternidade deverá atuar dentro das condições estabelecidas e no limite dos seus conhecimentos técnicos e de boa conduta ética, sob pena de ser arguida negativa de socorro. A gestante e o feto são o alvo de toda a atenção do obstetra.

Respondendo a questão da responsabilidade:



1. Qual a responsabilidade, como obstetra, do plantão? Como os Médicos devem se comportar?

O Código de Ética Médica estabelece regras que devem ser observadas, assim o art. 7º estabelece que é vedado ao médico deixar de atender em setores de urgência e emergência quando for de sua obrigação fazê-lo, expondo a risco a vida de pacientes. E atenção obstétrica é uma urgência médica.

Do mesmo modo o art. 32, determina que se deva utilizar de todos os meios disponíveis em favor do paciente.

Entende-se que as demandas advindas de forma espontânea ou de outro serviço devem ser prontamente atendidas e é dever do médico dar todo o cuidado ao paciente, compromisso ético em favor do bom nome da Medicina.

Assim, em se tratando de assistência obstétrica, com caráter de urgência/emergência deve-se prestar o atendimento ao binômio mãe-filho, com registro do caso em prontuário, descrever intercorrências (não conformidades) em Livro de Ocorrências e encaminhar por escrito o relato do caso à Coordenação Médica para análise e providências cabíveis.

É fundamental também, que seja esclarecido, que qualquer profissional de saúde independente de ser médico ou não poderá ser responsabilizado ética, criminal e civilmente pelos seus atos e ser dever profissional ante a presença de não conformidades de apresentar denuncia aos conselhos de classe, no caso específico ao COREN, à Comissão de Ética médica e de enfermagem e eventualmente ao Ministério Público.

Achado de procedimentos indevidos de outro profissional de saúde deve ser devidamente documentado e encaminhado à chefia imediata a quem compete assumir a responsabilidade pela autorização dos programas praticados na unidade.

Lembrar que o CEM estabelece que é dever do médico denunciar falta de condições de trabalho, apontar falhas em normas, contratos e práticas internas das instituições em que trabalhe, quando julgar indignas do exercício profissional ou prejudiciais a si mesmo e ao paciente.

Assim, não possuir equipe completa, nem dispor de unidades intensivas para o atendimento das complicações transferidas, fatores de insucesso, saem da sua responsabilidade e passam a ser dos gestores da saúde.

2. Quanto à solicitação da legislação vigente sobre este assunto, que de maneira sucinta expomos na fundamentação da consulta, por se tratarem de portarias longas e detalhadas, sugerimos tomar conhecimento das mesmas na sua integralidade nos sites da SESAB e MS.

Este é o parecer. SMJ.

Salvador, 05 de julho de 2013.

Cons. José Augusto da Costa
RELATOR