

São Paulo, 22 de julho de 2019.
ABR 060/2019.

A

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

Av. Augusto Severo, nº 84 - Glória
20.021-040 - Rio de Janeiro - RJ

Aos cuidados do

Dr. Rogério Scarabel Barbosa

Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO
COSAUDE – Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde.

Referência: Construção de Diretrizes de Utilização para Cobertura de Procedimentos na Saúde Suplementar - Consulta com Enfermagem Obstétrica e Parto Cesariana.

Prezado Senhor,

A Associação Brasileira de Planos de Saúde - ABRAMGE, vêm, respeitosamente, à presença de V. S.a., apresentar suas contribuições para a construção das Diretrizes de Utilização para Cobertura de Procedimentos na Saúde Suplementar - Atendimento de enfermagem na gestação de baixo risco e Parto Cesariana.

Em primeiro lugar, a entidade enfatiza a disposição em debater este importante tema, e ressalta que os resultados obtidos neste grupo serão determinantes para a evolução do processo de revisão do Rol.

Antes de apresentarmos nossas contribuições, é importante contextualizar que a elevação na taxa de cesarianas é um fenômeno da obstetrícia mundial, uma questão que exige enfretamento por todos os envolvidos na atenção à saúde da mulher.

A solução do problema apresentado não depende apenas da regulação específica da Agência Nacional De Saúde Suplementar. Muito pelo contrário. Envolve sim, diversos agentes do setor de saúde, que inclui desde o Ministério da Saúde aos Conselhos e Associações de Classes Profissionais. Cumpre dizer que a competência da Agência Nacional de Saúde Suplementar está adstrita, exclusivamente, às atividades que garantam a assistência suplementar à saúde em todo o território nacional.

Posto isso, passemos as contribuições.

Item 1 – DUT Atendimento de enfermagem na gestação de baixo risco.

Primeiramente é necessário que se fixe a possibilidade de atendimento de enfermagem no pré-Natal desde que haja indicação médica e apenas para as gestações de baixo risco. Diante dessas considerações apresentamos como sugestões de requisitos obrigatórios:

- ✓ Atender característica multiprofissional: solicitação do atendimento de enfermagem pelo médico e manutenção de consultas intercaladas entre enfermeiro e médico. Ressaltamos que no Brasil, ao se considerar a conjuntura normativa, jurídica e ética que instruem a profissão de enfermagem, esses profissionais carecem de legitimidade para prescrição de medicamentos e solicitação de exames, tais procedimentos consistem em atos médicos conforme Lei nº 12.842/2013 (Lei do Ato Médico). Também há que se observar a previsão constante da Lei 9.656/98, que define a obrigatoriedade de solicitação médica para cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais. Por fim, é necessário frisar que a Lei nº 7.498/1986 (Lei dos enfermeiros) não autoriza os graduados em enfermagem a prescreverem medicamentos e nem solicitarem exames previstos. A solicitação desses exames por profissionais não médicos evidencia a prática ilegal da medicina, além de aviltar o paciente, pois este fará exames solicitados por quem não tem competência para avaliar o seu resultado.
- ✓ Gestação de baixo risco. Considerando como definição de gestação de baixo risco: Score menor que 5 segundo preconiza o Ministério da Saúde (MS) de acordo com as publicações: Manual técnico de Gestação de Alto risco e Caderno de Atenção Básica número 32 – Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco e também material da fundação SESP. Ficou estipulada única exceção a gestante com IMC < 40m².
- ✓ Formação profissional obrigatória: enfermeira obstétrica/obstetriz.
- ✓ Deverá ser considerada a capacidade técnica instalada de equipes multidisciplinares para o acompanhamento pré-Natal. Cumpre destacar que o número de profissionais obstetrites habilitados pelo Conselho Federal de Enfermagem é extremamente exíguo (apenas 260 existentes no Brasil e 252 apenas no Estado de São Paulo), o que inviabiliza por completo a obrigação para as operadoras, já que a regulação da atividade de operação de planos é exercida em todo o território nacional. Vale dizer, por oportuno, que existe atualmente apenas um curso de formação em São Paulo ofertado pela USP.

Com relação aos enfermeiros obstetras a situação não é menos grave, já que segundo dados colhidos no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES, que inclui o setor público e privado, existem hoje, apenas 3.327 profissionais com tal qualificação, sendo que 1.542 encontram-se na região SUDESTE. Como se vê, há sem sombra de dúvidas, uma concentração de profissionais na região Sudeste, o que inviabiliza o credenciamento por parte das operadoras de planos de saúde em todo o território nacional. Por essa razão que quando da formulação do FAQ a ANS orienta que o credenciamento deve ocorrer sempre que possível, já que é fato flagrante a ausência de capacidade técnica instalada.

Item 2 - Indicações de cesariana eletiva fora do trabalho de parto para pacientes com pré-Natal de baixo risco, segundo as melhores evidências científicas.

A decisão para a realização de uma cesariana deve ser criteriosa e discutida com a paciente. É necessário prover informações com base em evidências para as gestantes durante o período pré-natal de forma acessível, levando em conta cultura, língua, deficiência mental e dificuldade de aprendizado, porque a cada cinco gestantes, uma terá cesariana.

Deverá a parturiente expressar sua vontade pelo parto cesariana através de documento escrito e assinado, onde serão incluídas informações sobre as indicações, os procedimentos envolvidos, os riscos e benefícios associados, implicações para futuras gestações e partos após uma cesariana. Conforme previsto nos artigos 22 de 34 do Código de Ética Médica.

Realizar a cesárea eletiva (com 38 semanas completas, membranas íntegras e fora de trabalho de parto), requisitos:

- ✓ Apresentação pélvica (termo e pré-termo).
- ✓ Duas cesarianas prévias.
- ✓ Placenta acreta.

Sendo o que nos cumpre por ora, agradecemos a compreensão quanto ao exposto e nos colocamos a disposição, renovando nossos protestos de estima e elevada consideração a este Órgão Regulador.

Atenciosamente,

Associação Brasileira de Medicina de Grupo – ABRAMGE
Reinaldo Camargo Scheibe
Presidente

Referências:

1. Alfirevic Z, et al. Caesarean section versus vaginal delivery for preterm birth in singletons. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 9. Art. No.: CD000078.
2. Dagenais C, et al. What is the safest mode of delivery for extremely preterm cephalic/non-cephalic twin pairs? A systematic review and meta-analyses. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017 Nov 29;17(1):397.
3. Berghenhenegouwen LA, et al. Vaginal delivery versus caesarean section in preterm breech delivery: a systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2014 Jan;172:1-6.
4. Berhan Y, Haileamlak A. The risks of planned vaginal breech delivery versus planned caesarean section for term breech birth: a meta-analysis including observational studies. *BJOG*. 2016 Jan;123(1):49-57.
5. Hofmeyr GJ, Hannah M, Lawrie TA. Planned caesarean section for term breech delivery. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 7. Art. No.: CD000166.
6. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. *Term Breech Trial Collaborative Group. Lancet*. 2000 Oct 21;356(9239):1375-83.
7. Hofmeyr GJ, et al. Planned caesarean section for women with a twin pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 12. Art. No.: CD006553.
8. Trial of labor after cesarean section in twin pregnancies: maternal and neonatal safety. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2010 Jun;23(6):550-4.
9. Fitzpatrick KE, et al. (2012) Uterine Rupture by Intended Mode of Delivery in the UK: A National CaseControl Study. *PLoS Med* 9(3): e1001184.
10. Tahseen S, Griffiths M. Vaginal birth after two caesarean sections (VBAC-2)-a systematic review with meta-analysis of success rate and adverse outcomes of VBAC-2 versus VBAC-1 and repeat(third) caesarean sections. *BJOG*. 2010 Jan;117(1):5-19.
11. Subramaniam A, et al. Mode of delivery in women with class III obesity: planned cesarean compared with induction of labor. *Am J Obstet Gynecol*. 2014 Dec;211(6):700.e1-9.
12. Papanikolaou IG, et al. Abnormal placentation: Current evidence and review of the literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2018 Sep;228:98-105.
13. Seoud MA, et al. Placenta accreta: Elective versus emergent delivery as a major predictor of blood loss. *J Neonatal Perinatal Med*. 2017;10(1):9-15.
14. Committee on Obstetric Practice. Committee opinion no. 529: placenta accreta. *Obstet Gynecol*. 2012 Jul;120(1):207-11.
15. Robinson BK, Grobman WA. Effectiveness of timing strategies for delivery of individuals with placenta previa and accreta. *Obstet Gynecol*. 2010 Oct;116(4):835-42.
16. Warshak CR, et al. Effect of predelivery diagnosis in 99 consecutive cases of placenta accreta. *Obstet Gynecol*. 2010 Jan;115(1):65-9.
17. Shamshirsaz AA, et al. Outcomes of Planned Compared With Urgent Deliveries Using a Multidisciplinary Team Approach for Morbidly Adherent Placenta. *Obstet Gynecol*. 2018 Feb;131(2):234-241.
18. Boulvain M, Irion O, Dowswell T, Thornton JG. Induction of labour at or near term for suspected fetal macrosomia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 5. Art. No.: CD000938.
19. Boulet SL, Salihu HM, Alexander GR. Mode of delivery and birth outcomes of macrosomic infants. *J Obstet Gynaecol*. 2004 Sep;24(6):622-9.
20. Shyama Appareddy, Jason Pryor & Beth Bailey. Inter-pregnancy interval and adverse outcomes: Evidence for an additional risk in health disparate populations. *THE JOURNAL OF MATERNAL-FETAL & NEONATAL MEDICINE*, 2016 VOL. 30, NO. 21, 2640–2644
21. Emmanuel Bujold, MD, MSc, and Robert J. Gauthier, MD. Risk of Uterine Rupture Associated With an Interdelivery Interval Between 18 and 24 Months. *OBSTETRICS & GYNECOLOGY*, VOL. 115, NO. 5, MAY 2010.