



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

PROCESSO-CONSULTA CFM nº 34/2017 – PARECER CFM nº 2/2018

INTERESSADO:	Conselho Regional de Medicina do Estado do Amazonas (Cremam)
ASSUNTO:	Legalidade da atividade das enfermeiras obstétricas nas casas de parto ou centros de parto normal
RELATOR:	Cons. José Hiran da Silva Gallo

EMENTA: A assistência isolada a gestantes em centros de parto normal (CPNs) por enfermeiro obstétrico não está prevista na lei que regulamenta o exercício da enfermagem, sendo que do ponto de vista ético prejudica a segurança na assistência do binômio materno-fetal.

1. Introdução

O presidente do Conselho Regional de Medicina do Amazonas (Cremam) solicitou ao presidente do Conselho Federal de Medicina (CFM) parecer a respeito da “legalidade das atividades das enfermeiras obstétricas nas casas de parto ou centros de parto normal (CPNs), posto que resoluções expedidas pelo Conselho Federal de Enfermagem têm sido utilizadas como subsídio para o atendimento dos partos sem a supervisão médica, inclusive com autonomia para admissão e alta das pacientes”.

Vários documentos acompanham essa solicitação, destacando-se um Parecer da Assessoria Jurídica do Cremam (Parecer ASSJUR Nº 848/2016), de 25/5/2016, com a seguinte ementa: “Casas de parto. Responsabilidade do enfermeiro obstétrico e obstetiz. Ausência de ato médico.”

Trata-se de resposta à consulta de um médico do Amazonas a respeito de Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) que garante autonomia às enfermeiras obstétricas para admissão, atenção ao parto e alta das pacientes, sem a devida supervisão médica. O profissional levanta várias dúvidas sobre possíveis infrações éticas dos médicos, tais como: a responsabilidade dos médicos sobre pacientes que eles não admitiram; responsabilidade sobre o atendimento às gestantes assistidas pela enfermagem que foram



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

posteriormente encaminhadas devido a complicações tardias do trabalho de parto; evolução e alta realizadas por médicos, após assistência ao parto por enfermeiras; transferência de parturientes por médicos para casas de parto, para serem assistidas por enfermeiras.

Na conclusão do parecer, todas as perguntas formuladas são respondidas, com base em pareceres do CFM, Cofen, da Lei nº 7.498/1986, que regulamenta a profissão da enfermagem, da Lei nº 12.842/2013 (Lei do Ato Médico) e da Portaria nº 11/2015, do Ministério da Saúde, “que redefine as diretrizes para implantação e habilitação de centro de parto normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento”.

A despeito disto, a Assessoria Jurídica do Cremam, “preocupada com a complexidade do caso proposto, que certamente não se restringe a questões meramente jurídicas”, recomendou que fosse emitido um parecer-consulta por parte dos conselheiros do Amazonas, e que os dois pareceres fossem encaminhados para apreciação do CFM.

2. Casas de parto

2.1 Antecedentes

No Brasil, até o início do século passado, as parturientes eram atendidas majoritariamente em seus domicílios, por parteiras. As famílias tinham muitos filhos, e as taxas de mortalidade perinatal e materna eram altas devido às difíceis condições de vida na época. A partir da década de 1940, iniciou-se uma tendência à hospitalização dos partos, chegando-se ao final do século passado com mais de 90% dos partos realizados em hospitais.

Na medida em que a assistência ao parto adentrava o ambiente hospitalar, era inevitável que os procedimentos se ajustassem à rotina das instituições e à prática dos médicos, em especial dos obstetras e pediatras. O hospital é uma instância assistencial que abriga os mais diferentes tipos de doentes, e assim o faz com disciplina, método, normas reguladoras e protocolos, não se admitindo improvisações. As maternidades, por sua vez, abrigando somente mulheres e prestando cuidados obstétricos e ginecológicos, podem admitir práticas assistenciais mais flexíveis e até mais próximas de possíveis demandas das parturientes, desde que não coloquem em risco o binômio materno-fetal.



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Dessa forma, assistimos, a partir da década de 1970, ao surgimento de diversas propostas inovadoras na assistência ao parto, tais como: o “parto Leboyer”, com ênfase na assistência ao neonato (pouca luz, silêncio, massagens etc.); o “parto ativo”, com maior participação das mulheres (especialmente para gestantes que praticavam ioga); a escolha da posição verticalizada ou de cócoras, para facilitar o desprendimento fetal; o parto em banheira, com água quente, para aliviar a tensão; e o parto psicoprofilático, ou “sem dor” (com técnicas respiratórias e de relaxamento, mas sem anestesia).

Por outro lado, a partir do final do século XX houve um grande aumento de práticas mais intervencionistas no cenário da assistência ao parto, o que aumentou gradualmente o número de cesarianas, chegando a números insurportáveis no Brasil há mais ou menos uma década, em especial na Saúde Suplementar. Esse gradual incremento de intervenção operatória resultou em crescente movimento em defesa de menos intervenções no cenário do parto, que se intitulou “humanização na assistência ao parto”, com apoio dos movimentos de mulheres e do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000). Ao mesmo tempo, passou-se a defender a desospitalização da assistência ao parto, seguindo modelos de países europeus e propondo, inclusive, o retorno ao parto domiciliar. Todo esse movimento se articulou com o desejo de um maior protagonismo das mulheres no seu próprio parto, decorrente da influência do movimento feminista em geral, diretamente ligado às questões da defesa da equidade entre gêneros.

Historicamente, as primeiras casas de parto surgiram no Brasil, no estado do Ceará, entre 1975 e 1985, para o atendimento de mulheres residentes em áreas litorâneas, adjacentes à capital, Fortaleza, que eram conduzidas por parteiras tradicionais, apoiadas tecnicamente pela Universidade Federal do Ceará.

Em 1993 foi criada a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa), organização da sociedade civil cujo objetivo principal é “a divulgação de assistência e cuidados perinatais com base em evidências científicas e em conformidade com as recomendações da Organização Mundial de Saúde”. Essa rede desempenhou papel fundamental na estruturação do movimento denominado “humanização da assistência ao parto e nascimento”, que pretende diminuir as intervenções desnecessárias e promover um cuidado no processo de gravidez-parto-nascimento-amamentação, baseado na compreensão do processo natural e fisiológico e em evidências científicas.



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

O CPN, ou casa de parto, foi oficializado pelo Ministério da Saúde em 1999, através da Portaria nº 985/99, como “unidade de saúde que presta atendimento humanizado e de qualidade exclusivamente ao parto normal sem distocias”.

O Ministério da Saúde do Brasil vem incentivando a implementação de casas de parto ou CPNs no País e, em 2011, criou a Rede Cegonha, uma estratégia para implementação de “atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério” e para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, além de prever melhorias estruturais e incentivos financeiros para os locais que assistem o parto normal.

2.2 *Breve revisão da literatura*

As publicações científicas brasileiras encontradas na literatura a respeito de resultados maternos e/ou neonatais decorrentes da assistência ao parto nas casas de parto, ou CPNs, apresentam um viés importante, considerando-se que elas têm como autoras as próprias enfermeiras obstetras. Até o momento, ainda existe escassez de publicações sobre o tema. A seguir, apresentamos uma síntese de alguns artigos nacionais sobre a assistência ao parto nestas instituições.

Schneck e colaboradores (2012), em estudo transversal com gestantes de baixo risco atendidas em São Paulo, entre 2003 e 2006, revisaram prontuários de 991 mulheres que deram à luz em CPN peri-hospitalar e de 325 que tiveram o parto no hospital. Segundo a paridade, 45,4% eram nulíparas e 54,6% multíparas. Os critérios para admissão no CPN são: gestação única com feto vivo; idade gestacional entre 37 e 41 semanas; ausência de intercorrências clínicas ou obstétricas e de cirurgias uterinas prévias, inclusive cesariana; resultados normais dos exames laboratoriais durante o pré-natal. Destacaram que houve diferenças estatisticamente significantes em relação às seguintes intervenções: amniotomia (mais frequente entre nulíparas do hospital); uso de ocitocina no trabalho de parto e de analgésico no pós-parto (mais frequentes no hospital entre mulheres de todas as paridades); maior número de episiotomias entre as nulíparas, tanto no CPN como no hospital. Houve maior frequência de intervenções com o neonato no hospital: aspiração das vias aéreas superiores, aspiração gástrica, lavagem gástrica, oxigênio por máscara aberta. Também ocorreram com mais frequência no hospital bossa serossanguínea, desconforto respiratório e internação na unidade neonatal. Não houve diferença nos valores de Apgar no quinto



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

minuto nem casos de morte materna ou perinatal. Concluíram que a assistência no CPN foi realizada com menos intervenções e com resultados maternos e neonatais semelhantes aos do hospital.

Comentário: percebe-se, claramente, um perfil de gestantes de baixo risco. Entretanto não é mencionado o percentual de remoção de mulheres ou de recém-natos para o hospital devido às distocias e/ou sofrimento fetal, e tampouco se referem a sequelas materno-fetais decorrentes da assistência nas duas instituições no período analisado. A maior frequência de intervenções sobre o neonato no hospital é esperada, tendo em vista as diferentes características das parturientes que ali foram internadas, além dos possíveis encaminhamentos de neonatos da casa de parto para as unidades neonatais.

Santos e colaboradores (2014) realizaram um estudo transversal com o objetivo de analisar os resultados maternos, neonatais e assistenciais durante a atenção ao parto de adolescentes admitidas em um CPN peri-hospitalar, em Belo Horizonte, entre julho de 2001 e dezembro de 2012 (N = 9.585 gestantes). Os dados foram coletados de prontuários. Os critérios de inclusão das gestantes são: risco habitual; em trabalho de parto espontâneo; entre 37 e 41 semanas de gestação; gestação única; apresentação cefálica; ausência de mecônio; sem intercorrências obstétricas e/ou clínicas; batimentos cardíacos do feto normais; ausência de crescimento intrauterino restrito e/ou pequeno para idade gestacional (IG); sem cesárea prévia; sem cirurgias ginecológicas prévias; rotura de membranas com até 6 horas no momento da admissão. Os resultados foram analisados de acordo com as seguintes faixas etárias: entre 10 e 14 anos (0,7% das gestantes); entre 15 e 19 anos (23,5%); entre 20 e 34 anos (72,0%); 35 anos ou mais (3,8%). Considerando como referência a faixa etária entre 20 e 34 anos, a idade materna associou-se significativamente com: prevalência maior de métodos não farmacológicos de alívio da dor e de rotura artificial de membranas amnióticas entre adolescentes de 10 a 14 anos; menor proporção de intercorrência no parto entre adolescentes de 15 a 19 anos; maior frequência de recém-nascidos de baixo peso entre as mães na faixa etária de 15 a 19 anos. Concluem que adolescentes saudáveis podem ser atendidas em CPN com segurança, apesar de constituírem um grupo populacional vulnerável. Recomendam que deve-se garantir cuidados adequados para recém-nascidos com baixo peso.



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Comentário: percebe-se, novamente, um perfil de gestantes de baixo risco. Entretanto, gestantes adolescentes, por definição, são de alto risco, devido à maior probabilidade de ocorrerem complicações maternas ou neonatais. Houve 3% (383/9.585) de transferências de neonatos para UTI; 0,5% (55/9.585) para alojamento conjunto e 4 óbitos. Setecentas e cinquenta (7,8%) crianças tiveram de ser reanimadas logo após o nascimento. Não houve mortes maternas, e não se referem a sequelas materno-fetais decorrentes da assistência no período analisado.

Nicaretta e Cortez (2015) apresentam uma revisão da produção científica brasileira existente sobre a assistência nos CPNs e seus benefícios. Trata-se de trabalho de revisão realizado nas bases de dados eletrônicas e portais de periódicos: Periódicos Capes, biblioteca eletrônica SciELO e Google Acadêmico. Foram selecionados sete artigos, os quais atenderam aos critérios de inclusão. Saliendam que esses artigos buscaram identificar e descrever os resultados obtidos pela assistência nos CPN à mãe e ao bebê, além da satisfação das parturientes nesses serviços. Destacam que os CPN oferecem atendimento digno à mãe, à criança e a toda a família, reduzindo os medicamentos, as intervenções desnecessárias no parto e também as complicações, além de trazerem conforto, segurança e bem-estar à gestante e ao recém-nascido, mediante atendimento humanizado e de qualidade realizado pelos profissionais, principalmente os enfermeiros. Acrescentam que também é possível perceber a diminuição das taxas de cesáreas onde foram implantados os CPN e maior satisfação das mulheres atendidas onde estas possuem autonomia no seu trabalho de parto, além de todo o apoio oferecido pelos familiares e enfermeiros durante o processo do nascimento.

Comentários: reforçam a prática assistencial da enfermagem nos CPN, mas não trazem nenhum dado numérico que possa quantificar os erros e acertos da assistência ao parto nessas instituições.

Garcia e colaboradores (2017) realizaram uma “revisão integrativa” da literatura sobre CPN a partir de uma questão norteadora sobre o funcionamento destes. O objetivo do estudo foi identificar as contribuições do CPN para a atenção obstétrica e neonatal na realidade brasileira. Métodos: revisão integrativa de literatura, que tem como questão norteadora “como o CPN contribui para a atenção obstétrica e neonatal na realidade brasileira?”. A coleta de dados foi realizada em 2016 nas bases eletrônicas: BVS



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Enfermagem, LILACS e SciELO. Foram incluídos estudos publicados de 2000 a 2015, tendo sido selecionados 21 artigos. Resultados: os dados obtidos foram subdivididos em quatro temas – ambiente favorável às práticas de humanização da assistência ao parto; promoção dos métodos não farmacológicos; diminuição de intervenções e complicações no trabalho de parto; parto e atenção humanizada ao recém-nascido. Constataram que, apesar de ter sido criado e regulamentado há mais de 10 anos, há escassez de publicações sobre o CPN e seus benefícios. Concluem que os CPNs podem dar significativas contribuições à assistência obstétrica e neonatal no sistema de saúde brasileiro.

Comentários: artigo de enfermeiras revendo artigos nacionais sobre a assistência ao parto no CPN. Destaca-se que a assistência neonatal provida pela enfermagem obstétrica, em situações nas quais houve necessidade de intervenção, foram: aspiração de vias aéreas superiores; aspiração gástrica; administração de oxigênio por máscara. Taxas de transferência materna para o hospital, citadas em dois estudos, foram 12,3% e 11,4% (não tendo sido mencionados os motivos para a transferência).

3. Aspectos legais

Apresentam-se, a seguir, leis federais para subsidiar a discussão sobre o tema em pauta.

3.1 Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 – Lei da Enfermagem

Esta lei regulamenta o exercício da profissão de enfermagem. Citam-se alguns artigos pertinentes ao assunto em pauta:

Art. 2º A enfermagem e suas atividades auxiliares somente podem ser exercidas por pessoas legalmente habilitadas e inscritas no Conselho Regional de Enfermagem com jurisdição na área onde ocorre o exercício.

Parágrafo único. A enfermagem é exercida privativamente pelo Enfermeiro, pelo Técnico de Enfermagem, pelo Auxiliar de Enfermagem e pela Parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação.

[...]

Art. 6º São enfermeiros:

I - o titular do diploma de Enfermeiro conferido por instituição de ensino, nos termos da lei;

II - o titular do diploma ou certificado de Obstetrix ou de Enfermeira Obstétrica, conferido nos termos da lei;

[...]



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Art. 11 O Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:
[...]

II - como integrante da equipe de saúde:

[...]

g) assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera;

h) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;

i) execução do parto sem distocia;

j) educação visando à melhoria de saúde da população.

Parágrafo único. As profissionais referidas no inciso II do art. 6º desta lei incumbe, ainda:

a) assistência à parturiente e ao parto normal;

b) identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;

c) realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária.

3.2 *Decreto nº 94.906, de 8 de junho de 1987*

Regulamenta a Lei nº 7.498/1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Esse decreto introduziu mudanças na lei e, entre elas, acrescentou como competência da enfermagem, e da parteira, a assistência ao neonato:

Artigo 8º. Ao Enfermeiro incumbe:

[...]

II – como integrante da equipe de saúde:

[...]

h) prestação de assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido;

Art. 12. Ao Parteiro incumbe:

I - prestar cuidados à gestante e à parturiente;

II - assistir ao parto normal, inclusive em domicílio; e

III - cuidar da puérpera e do recém-nascido.

3.3 *Constituição Brasileira (1988)*

A Constituição da República Federativa do Brasil traz no artigo 5º, que integra o capítulo dos direitos e deveres individuais e coletivos, o seguinte:

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança [...].

3.4 *Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)*



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Essa lei aborda as diversas questões relacionadas à criança e ao adolescente, entre elas: sua proteção integral; os direitos fundamentais desse grupo; o direito à vida e à saúde; o direito à liberdade, ao respeito e à dignidade, e outros.

Destacam-se alguns artigos dessa lei que expressam a necessidade de adoção de políticas públicas em geral, de forma a garantir a consecução desses direitos, permitindo assistência digna à saúde desses indivíduos a partir do nascimento:

Art. 4º É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação [...] à dignidade, ao respeito [...]

Parágrafo único. A garantia de prioridade compreende:

a) primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias;
[...]

Art. 7º A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.

3.5 *Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013 – Lei do Ato Médico*

Essa lei dispõe sobre o exercício da profissão médica. Destacam-se alguns artigos:

Art. 2º O objeto da atuação do médico é a saúde do ser humano e das coletividades humanas, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo, com o melhor de sua capacidade profissional e sem discriminação de qualquer natureza.

Parágrafo único. O médico desenvolverá suas ações profissionais no campo da atenção à saúde para:

I – a promoção, a proteção e a recuperação da saúde;

II – a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das doenças;

III – a reabilitação dos enfermos e portadores de deficiências.

[...] Art. 4º São atividades privativas do médico:

[...]

X – determinação do prognóstico relativo ao diagnóstico nosológico;

XI – indicação de internação e alta médica nos serviços de atenção à saúde.

4. Aspectos regulatórios

4.1 *Portaria nº 985/1999, do Ministério da Saúde*

A Portaria GM/MS nº 985, de 5 de agosto de 1999, criou o CPN no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) com o intuito de “prestar atendimento humanizado e de qualidade exclusivamente ao parto normal sem distocias”. Estabeleceu que o CPN poderia



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

atuar física e funcionalmente integrado a um estabelecimento assistencial de saúde – unidade intra-hospitalar –, ou como estabelecimento autônomo – unidade isolada. A Portaria definiu, também, no artigo 6º, os recursos humanos para atuar no CPN: “Equipe mínima constituída por 1 (um) enfermeiro com especialidade em obstetrícia, 1 (um) auxiliar de enfermagem, 1 (um) auxiliar de serviços gerais e 1 (um) motorista de ambulância.” [Nota: Essa Portaria foi revogada pela Portaria nº 2.048/2009, do Ministério da Saúde.]

4.2 Portaria GM/MS nº 2.048/2009

A Portaria nº 2.048, de 3 de setembro de 2009, “aprova o Regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS)”. Extrai-se o artigo 3º, que revoga inúmeras portarias e atos normativos do Ministério da Saúde:

Art. 3º Ficam revogados os seguintes atos normativos do Ministério da Saúde: [...] Portaria nº 985, de 5 de agosto de 1999.

4.3 Portaria nº 1459/2011, do Ministério da Saúde – Rede Cegonha

A Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011, instituiu no âmbito do SUS a Rede Cegonha, que “consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, denominada Rede Cegonha”.

Citam-se trechos dos artigos 6º, 7º e 10º da Rede Cegonha:

Art. 6º A Rede Cegonha organiza-se a partir de quatro (4) Componentes, quais sejam:

I - Pré-Natal

II - Parto e Nascimento

III - Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança

IV - Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação

[...]

Art. 7º Cada componente compreende uma série de ações de atenção à saúde, nos seguintes termos:

[...]

II - Componente PARTO E NASCIMENTO:

[...]

a) suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais;



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

b) ambiência das maternidades orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa);

[...]

IV - Componente LOGÍSTICO: TRANSPORTE SANITÁRIO E REGULAÇÃO:

a) promoção, nas situações de urgência, do acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém-nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Cegonha, cujas ambulâncias de suporte avançado devem estar devidamente equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais;

[...]

Art. 10. A Rede Cegonha será financiada com recursos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, cabendo à União, por meio do Ministério da Saúde, o aporte dos seguintes recursos [...]:

[...]

II - Financiamento do componente PARTO E NASCIMENTO:

a) recursos para a construção, ampliação e reforma de centros de parto normal, casas de gestante, bebê e puérpera, e recursos para reformas voltadas para a adequação da ambiência em serviços que realizam partos, de acordo com os parâmetros estabelecidos na RDC nº 36 da Anvisa [...].

b) recursos para a compra de equipamentos e materiais para casas de gestante, bebê e puérpera, centros de parto normal, e ampliação de leitos de UTI neonatal e UTI adulto [...].

c) 100% (cem por cento) do custeio para centros de parto normal, mediante repasse fundo a fundo [...], devendo estes recursos serem repassados aos serviços na forma de incentivo, de acordo com o cumprimento de metas.

[Nota: A RDC nº 36 da Anvisa trata da questão da segurança dos pacientes.]

4.4 Portaria nº 11/2015, do Ministério da Saúde

A Portaria GM/MS nº 11, de 7 de janeiro de 2015, “redefine as diretrizes para implantação e habilitação de CPNs, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha”.

Destaca-se o artigo 3º:

Art. 3º Constitui CPN a unidade de saúde destinada à assistência ao parto de baixo risco pertencente a um estabelecimento hospitalar, localizada em suas dependências internas ou imediações, nos termos desta Portaria.

§ 1º Os CPN são classificados em:

I - CPN Intra-Hospitalar (CPNi) Tipo I;

II - CPN Intra-Hospitalar (CPNi) Tipo II; e

III - CPN Peri-Hospitalar (CPNp).

É importante observar o que diz o artigo 4º dessa Portaria:



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Art. 4º São requisitos para a constituição da unidade como CPN:

[...] V - Garantir a condução da assistência ao parto de baixo risco, puerpério fisiológico e cuidados com recém-nascido sadio, da admissão à alta, por obstetrix ou enfermeiro obstétrico.

Veja-se agora o que diz o artigo 6º:

Art. 6º Cada tipo de CPN deverá observar aos seguintes requisitos específicos:

I - CPNi Tipo I: a) estar localizado nas dependências internas do estabelecimento hospitalar;

[...] II - CPNi Tipo II: a) estar localizado nas dependências internas do estabelecimento hospitalar; [...] c) garantir a permanência da mulher e do recém-nascido no quarto PPP durante o pré-parto e parto, podendo, após o puerpério imediato, serem transferidos para o alojamento conjunto;

III - CPNp:

a) estar localizado nas imediações do estabelecimento hospitalar de referência, a uma distância que deve ser percorrida em tempo inferior a 20 (vinte) minutos do respectivo estabelecimento, em unidades de transporte adequadas;

b) garantir a transferência da mulher e do recém-nascido para o estabelecimento hospitalar de referência, nos casos eventuais de risco ou intercorrências, em unidades de transporte adequadas, nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana.

O artigo 7º trata dos recursos humanos:

Art. 7º Cada CPN deverá possuir a seguinte equipe mínima:

I – CPNi Tipo I e Tipo II com 3 (três) quartos PPP:

a) 1 (um) enfermeiro obstétrico ou obstetrix como coordenador do cuidado, responsável técnico pelo CPN [...];

b) 1 (um) enfermeiro obstétrico ou obstetrix [...];

c) 1 (um) técnico de enfermagem [...]; e

d) 1 (um) auxiliar de serviços gerais [...].

No artigo 8º está prevista a assistência do médico:

Art. 8º Cabe ao estabelecimento hospitalar de referência do CPN garantir equipe de retaguarda 24 (vinte e quatro) horas por dia, nos 7 (sete) dias da semana, composta por médico obstetra, médico anestesista e médico pediatra ou neonatologista, que prestará o pronto atendimento às solicitações e aos encaminhamentos da equipe do CPN.

4.5 *Portarias regulatórias da assistência ao recém-nascido*

4.5.1 Portaria nº 371/2014 – SAS – Ministério da Saúde

Ementa: “Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS)”. Destacam-se alguns artigos:



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Art. 1º Ficam instituídas diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no momento do nascimento em estabelecimentos de saúde que realizam partos.

Parágrafo único. O atendimento ao recém-nascido consiste na assistência por profissional capacitado, médico (preferencialmente pediatra ou neonatologista) ou profissional de enfermagem (preferencialmente enfermeiro obstetra ou neonatal), desde o período imediatamente anterior ao parto, até que o RN seja encaminhado ao Alojamento Conjunto com sua mãe, ou à Unidade Neonatal (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional ou da Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru), ou ainda, no caso de nascimento em quarto de pré-parto, parto e puerpério (PPP) seja mantido junto à sua mãe, sob supervisão da própria equipe profissional responsável pelo PPP.

[...]

Art. 3º Considera-se como capacitado em reanimação neonatal o médico ou profissional de enfermagem, que tenha realizado treinamento teórico-prático, conforme orientação a ser publicizada, por expediente específico, pela Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM) do Ministério da Saúde.

[Nota dos relatores: a Nota Técnica nº 16/2014 – CRIALM/DAPES/SAS/MS normatiza a assistência aos recém-nascidos no nascimento, em estabelecimentos de saúde no âmbito do SUS, por médicos e enfermeiros. Exige capacitação teórico-prática em reanimação neonatal, de acordo com os manuais da SBP adotados pelo MS, com carga mínima de 8 horas e certificação pela SBP. Por sua vez, o curso não implica em aquisição de competência. O curso proposto pela Academia Americana de Pediatria e pela Associação Americana de Cardiologia, que foi adaptado no Brasil pela SBP, introduz os conceitos e habilidades básicos da reanimação neonatal no nascimento. Acredita-se que mais da metade das crianças com necessidade de reanimação serão identificadas a partir de cuidadosa avaliação dos fatores de risco gestacionais e intraparto. Portanto a reanimação poderá ser necessária em uma proporção muito grande de recém-nascidos.]

[...]

Art. 6º O estabelecimento de saúde que mantenha profissional de enfermagem habilitado em reanimação neonatal na sala de parto, deverá possuir em sua equipe, durante as 24 (vinte e quatro) horas, ao menos 1 (um) médico que tenha realizado treinamento teórico-prático conforme previsto no artigo 3º desta Portaria.

[...]

Art. 8º Fica alterado, na tabela de Procedimentos, Medicamentos, OPM e Materiais Especiais do SUS os atributos do procedimento abaixo.

[Nota dos relatores: importante observar que na tabela de procedimentos foram incluídos profissionais de nível médio na assistência neonatal, de acordo com as categorias da Classificação Brasileira das Ocupações (CBO).]



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Procedimento: 03.10.01.002-0	ATENDIMENTO AO RECÉM-NASCIDO NO MOMENTO DO NASCIMENTO
Descrição	O atendimento ao recém-nascido consiste na assistência por profissional capacitado, médico (preferencialmente pediatra ou neonatologista) ou profissional de enfermagem (preferencialmente enfermeiro obstetra ou neonatal), desde o período imediatamente anterior ao parto, até que o RN seja encaminhado ao Alojamento Conjunto, junto com sua mãe, ou à Unidade Neonatal (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional ou da Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru), ou ainda, no caso de nascimento em quarto de pré-parto, parto e puerpério (PPP) seja mantido junto à sua mãe, sob supervisão da própria equipe profissional responsável pelo PPP.
CBO	INCLUIR: 2231-F9 – Médico Residente 2235-45 – Enfermeiro 3222-05 – Técnico de Enfermagem 3222-30 – Auxiliar de Enfermagem 2251 – Todos os CBO's da Família 2251 – Todos os médicos clínicos 2252 – Todos os CBO's da Família 2252 – Todos os médicos cirúrgicos.

4.5.2 Portaria nº 2.068/2016 – Ministério da Saúde

Ementa: “Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no Alojamento Conjunto”.

Essa Portaria institui o cuidado à mãe e ao recém-nascido potencialmente saudáveis por equipe multidisciplinar, em contraponto à assistência isolada pela enfermagem. Destacam-se alguns artigos:

Art. 4º O Alojamento Conjunto destina-se a:

I - mulheres clinicamente estáveis e sem contraindicações para a permanência junto ao seu bebê;



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

II - recém-nascidos clinicamente estáveis, com boa vitalidade, capacidade de sucção e controle térmico; peso maior ou igual a 1800 gramas e idade gestacional maior ou igual a 34 semanas;

III - recém-nascidos com acometimentos sem gravidade, como por exemplo: icterícia, necessitando de fototerapia, malformações menores, investigação de infecções congênitas sem acometimento clínico, com ou sem microcefalia; e

IV - recém-nascidos em complementação de antibioticoterapia para tratamento de sífilis ou sepse neonatal após estabilização clínica na UTI ou UCI neonatal.

[...]

Art. 5º O Alojamento Conjunto contará com os seguintes recursos humanos mínimos:

I - Enfermagem:

a) profissional de nível superior para função de coordenação, preferencialmente com habilitação em neonatologia/obstetrícia ou 2 (dois) anos de experiência profissional comprovada na área [...];

b) profissional de nível superior para assistência, preferencialmente com habilitação em neonatologia/obstetrícia ou 2 (dois) anos de experiência profissional comprovada na área [...];

[...]

II - Pediatria:

a) profissional médico para função de responsabilidade técnica com jornada horizontal diária mínima de 4 (quatro) horas, preferencialmente com habilitação em neonatologia ou título de especialista em pediatria fornecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria ou residência médica em pediatria ou em neonatologia, reconhecida pelo Ministério da Educação;

b) profissional médico para assistência com jornada horizontal diária mínima de quatro horas, preferencialmente com habilitação em neonatologia ou título de especialista em pediatria fornecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria ou residência médica em pediatria ou em neonatologia, reconhecida pelo Ministério da Educação [...];

c) profissional médico plantonista preferencialmente com habilitação em neonatologia ou título de especialista em pediatria fornecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria ou residência médica em neonatologia ou residência médica em pediatria, reconhecida pelo Ministério da Educação [...];

III - Obstetrícia:

a) profissional médico para função de responsabilidade técnica com jornada horizontal diária mínima de quatro horas, preferencialmente com habilitação em Ginecologia e Obstetrícia, ou título de especialista ou residência médica em Ginecologia e Obstetrícia;

b) profissional médico para assistência, com jornada horizontal diária mínima de quatro horas, preferencialmente com habilitação em Ginecologia e Obstetrícia, ou título de especialista ou residência médica em Ginecologia e Obstetrícia [...];

c) profissional médico plantonista, preferencialmente com habilitação em Ginecologia e Obstetrícia, ou título de especialista ou residência médica em Ginecologia e Obstetrícia.

[Nota dos relatores: o que se pode observar é que essa Portaria estabelece que, para o alojamento conjunto, os profissionais, tanto médicos quanto enfermeiros, devem ter comprovada habilitação nas suas funções para prover os respectivos cuidados maternos e neonatais.]



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

5. Resoluções, pareceres, despachos e recomendações do CFM e/ou CRMs

5.1 Resolução CREMERJ nº 201/2004

Essa Resolução estabelece no seu artigo 1º:

Art. 1º É vedado ao médico exercer qualquer função nos locais denominados centros de parto normal (casas de parto) por não serem os mesmos dotados de infraestrutura indispensável ao adequado atendimento ao neonato e à gestante [...].

5.2 Despacho CFM nº 448/2011

Aprovado em reunião de Diretoria do CFM em 10 de novembro de 2011. Expediente CFM nº 10159/2011. Assunto: centro de parto normal (CPN) – necessidade da presença de médico obstetra.

Diz respeito à solicitação do Cremeb ao CFM para dirimir dúvidas a respeito de um CPN da Bahia que estaria atendendo gestantes “sem a presença indispensável dos médicos”.

Respondendo à demanda, o Sejur/CFM cita o Parecer CFM nº 7/2009, que tem como ementa: “A assistência ao trabalho de parto no serviço público implica obrigatoriamente na presença de médicos obstetras na equipe de saúde”. Nessa linha de raciocínio, o Sejur acrescenta:

A própria equipe complementar, prevista pela Portaria GM/MS nº 985/1999 em seu art. 6º, inc. II, deve ser “composta por 1 (um) médico pediatra ou neonatologista, e **1 (um) médico obstetra**”.

[Nota: essa Portaria foi revogada pela Portaria nº 2.048/2009, do Ministério da Saúde.]

Assim conclui o Sejur:

Ante o exposto, opina-se pelo registro do centro de parto normal [...] desde que:

- i) sejam atendidos os requisitos constantes do Parecer da d. Assessoria Regional (discriminação dos serviços médicos a serem prestados e apresentação do Alvará da Vigilância Sanitária);
- ii) seja constatada a presença e o exercício de médico obstetra junto ao centro de parto normal em tela; e
- iii) sejam constatadas todas as outras condições gerais de exercício adequado de funcionamento do centro de parto normal em questão.



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Comentário: entende-se que esse parecer do Sejur está prejudicado, tendo em vista que se baseou em Portaria Ministerial revogada.

5.3 Resolução CFM nº 2.056/2013

Ementa: “Esta Resolução disciplina os departamentos de Fiscalização nos Conselhos Regionais de Medicina, estabelece critérios para a autorização de funcionamento dos serviços médicos de quaisquer naturezas, bem como estabelece critérios mínimos para seu funcionamento, vedando o funcionamento daqueles que não estejam de acordo com os mesmos”.

Extrai-se o artigo 27 dessa Resolução, que dispõe sobre os “Estabelecimentos de Internação Médica”:

Art. 27. A depender da natureza e da finalidade do estabelecimento que realiza assistência em regime de internação, parcial ou integral, além dos requisitos descritos no artigo anterior são também condições mínimas para o exercício da Medicina:

I - centro cirúrgico com infraestrutura adequada aos procedimentos a serem aplicados.

II - sala de parto normal e cirúrgico, em caso de maternidade.

a. É obrigatória a presença de médico obstetra, anestesista e pediatra ou neonatologista nas maternidades onde se façam partos normais, de risco e cirúrgicos;

b. Os partos normais, em gestantes de risco habitual, realizados por parteiras e enfermeiras obstétricas, em maternidades ou centros de parto devem ser supervisionados por médicos nos termos do artigo 22 parágrafos 1º e 2º desta resolução.

c. Os centros de parto devem estar circunscritos à área da maternidade, com infraestrutura para abordar as emergências obstétricas imediatamente.

Transcreve-se o artigo 22 dessa Resolução, que trata dos “Diagnósticos e Prescrições Terapêuticas”:

Art. 22. É vedado ao médico delegar a outro profissional ato privativo de médico, mesmo quando integrante de equipe multiprofissional.

§ 1º. Quando se tratar de programas de saúde pública executados em sua área de abrangência, supervisionará o trabalho dos profissionais envolvidos em sua aplicação, respondendo por seus aspectos éticos e técnicos.

§ 2º. Quando a aplicação dos programas de saúde pública não obedecerem ao que está previsto no parágrafo primeiro, exime-se o médico de responder por resultados adversos, inclusive morte ou lesão corporal, devendo comunicar o fato, por escrito, ao diretor técnico médico ou diretor clínico, e ao Conselho Regional de Medicina, para as providências legais cabíveis.



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

5.4 Parecer-consulta nº 27/2013 – Cremeb

PARECER CREMEB Nº 27/2013

EXPEDIENTE CONSULTA Nº 005.616/2013

ASSUNTO: Responsabilidade ético-profissional dos médicos nas casas de parto e maternidades, que mantêm enfermeiras em funções obstétricas.

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.

Entre as considerações desse Parecer, destaca-se:

fica evidente que a proposta de criação de CPN [centro de parto normal] 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.

[...]

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.

[...]

analisando o estabelecido para CPN e para a rede Cegonha, identificamos [que] 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, dispendo de unidades intensivas, para adulto, neonatal, além de serviços especializados, seja por risco materno, seja por risco fetal. Afinal obstetrícia cuida de dois pacientes.

[...]

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.



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

5.5 Parecer CFM nº 7/2014

PARECER CFM nº 7/2014

ASSUNTO: Casa de parto

EMENTA: Os centros de parto normal são regidos pelas Portarias nºs 888/1999 e 985/1999, instituídas pelo Ministério da Saúde, mas deverão obedecer a Resolução CFM nº 2.056/2013.

Citam-se alguns trechos deste Parecer:

O centro de parto normal, também conhecido como “casa de parto”, foi instituído pelo Ministério da Saúde por meio das Portarias nos 888/1999 e 985/1999.

[...]

é possível concluir que a casa de parto deve estar localizada em local bem próximo à unidade de saúde de referência, a fim de possibilitar o atendimento médico da paciente e de seu bebê, se necessário.

No tocante à equipe de saúde, cumpre ressaltar que não é obrigatória a presença de obstetra e de pediatra na casa de parto. A contratação desses profissionais é uma liberalidade da Administração, mas estando a criação do centro de parto normal, legitimado pelas portarias do Ministério da Saúde. No entanto, a falta de estrutura adequada, de recursos humanos e de uma unidade de referência próxima podem representar riscos imensuráveis à população atendida nesses locais.

[...]

O Conselho Federal de Medicina luta pelo exercício digno e ético da medicina. Por isso, permitir que médicos atuem em casas de parto sem qualquer infraestrutura atenta contra o exercício profissional, contra a ética e, principalmente, contra a vida dos pacientes.

Considerando que a casa de parto é uma realidade em nosso país, legitimada por normas do Ministério da Saúde, é preciso lutar para que essas instituições sejam construídas e funcionem em consonância com a legislação, e que estejam anexadas a unidades de referência equipadas, a fim de socorrer parturientes e bebês.

Portanto, em que pesem os benefícios do Projeto Cegonha às grávidas e aos bebês, é importante cobrar dos gestores públicos um atendimento de qualidade, seguro e eficaz, sob as normas vigentes. Toda esta situação oferece dificuldade de entendimento para a categoria médica, principalmente para os obstetras, pediatras e anestesistas, pois é sabido que nas emergências são esses os especialistas que terão de atuar. Sendo assim, apesar do cumprimento da norma do Ministério da Saúde, algumas medidas devem ser adotadas para que a definição dos papéis de cada profissional seja bem estabelecida e não haja prejuízo para as gestantes e seus recém-nascidos, atendidos nessas casas de parto que fazem parte do Projeto Cegonha.

Deve-se sempre exigir para o funcionamento das casas de parto: a supervisão do médico obstetra, a proximidade (até 200 metros) de hospital com toda a infraestrutura médica e técnica para o atendimento de intercorrências com a paciente e/ou o recém-nascido, e ainda a imediata avaliação deste pelo pediatra plantonista do hospital de suporte, mesmo nos casos em que não ocorra qualquer intercorrência.



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

6. Resolução Cofen Nº 516/2016

O Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), criado pela Lei nº 5.905/1973, publicou essa Resolução com o intuito de “normatizar a atuação e a responsabilidade do enfermeiro, enfermeiro obstetra e obstetriz na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos serviços de obstetrícia, centros de parto normal e/ou casas de parto e outros locais onde ocorra essa assistência”.

Além disso, a Resolução também “estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetriz no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem”.

Em primeiro lugar, extrai-se o parágrafo 3º do artigo 1º, que estabelece os critérios para o registro de título de Enfermeiro Obstetra no Cofen:

§3º Para a atuação do enfermeiro generalista nos serviços de Obstetrícia, centros de parto normal e/ou casas de parto, e para o registro de título de obstetriz e o de pós-graduação *Stricto* ou *Lato Sensu*, de enfermeiro obstetra no Conselho Federal de Enfermagem [...], estabelece os seguintes critérios mínimos de qualificação para a prática de obstetrícia, a ser comprovada através de documento oficial da autoridade que expediu o diploma ou certificado:

- I - Realização de no mínimo, 15 (quinze) consultas de Enfermagem pré-natais;
- II - Realização de no mínimo, 20 (vinte) partos com acompanhamento completo do trabalho de parto, parto e pós-parto;
- III - Realização de, no mínimo, 15 (quinze) atendimentos ao recém-nascido na sala de parto.

Destaca-se, também, alguns itens do artigo 3º dessa Resolução, que aborda as competências desses profissionais:

Art. 3º Ao enfermeiro, enfermeiro obstetra e obstetriz, atuando em serviço de obstetrícia, centro de parto normal e/ou casa de parto ou outro local onde ocorra a assistência compete:

[...]

VII - Prestar assistência ao parto normal de evolução fisiológica (sem distocia) e ao recém-nascido;

VIII - Encaminhar a mulher e/ou recém-nascido a um nível de assistência mais complexo, caso sejam detectados fatores de risco e/ou complicações que justifiquem;

[...]

Parágrafo único. Aos Enfermeiros Obstetras e Obstetrites além das atividades dispostas nesse artigo compete ainda:



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

- a) Emissão de laudos de autorização de internação hospitalar (AIH) para o procedimento de parto normal sem distocia, realizado pelo Enfermeiro (a) Obstetra, da tabela do SIH/SUS;
- b) Identificação das distocias obstétricas e tomada de providências necessárias, até a chegada do médico, devendo intervir, em conformidade com sua capacitação técnico-científica, adotando os procedimentos que entender imprescindíveis, para garantir a segurança da mãe e do recém-nascido;
- c) Realização de episiotomia e episiorrafia (rafias de lacerações de primeiro e segundo grau) e aplicação de anestesia local, quando necessária;
- d) Acompanhamento obstétrico da mulher e do recém-nascido, sob seus cuidados, da internação até a alta.

7. Posição das federadas e das sociedades de especialidade (Febrasgo e SBP)

7.1 Federação Brasileira de Ginecologistas e Obstetras (Febrasgo)

Manifesto da Febrasgo aprovado em assembleia em 12 de junho de 2009 reafirma que essa federação jamais se opôs à participação de outros profissionais, legalmente habilitados, como parte integrante das equipes de saúde que assistem o parto.

Entretanto, sob o ponto de vista materno-fetal, considerou-se serem inadmissíveis, além de temerárias, as tentativas insistentes e frequentes de afastar o médico obstetra do processo do atendimento ao parto, tendo em vista ser este o profissional que detém os maiores conhecimentos e habilidades nos cuidados assistenciais, além de ser o único capacitado para a resolução nas situações de emergência.

A Febrasgo jamais se manifestou desfavoravelmente ao exercício profissional de enfermeiros obstetras alocados em maternidades públicas, onde exercem e executam dignamente seu trabalho, mas entende que a presença do enfermeiro não prescinde da presença de uma equipe médica completa, pronta para atender intercorrências.

A Febrasgo, associação que representa os obstetras do País, mais uma vez rechaça todas e quaisquer atitudes que venham a depreciar o exercício da especialidade e reitera sua posição contrária à implantação e ao funcionamento das chamadas “casas de parto”.



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

7.2 *Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP)*

Considerando que:

– A possibilidade de ocorrência de eventos emergenciais não previstos durante o trabalho de parto e parto, mesmo em gestantes e parturientes classificadas como de baixo risco gestacional, demanda a presença do pediatra na assistência ao nascimento para responder prontamente às demandas clínicas do recém-nascido;

– A dificuldade de estratificação de risco gestacional no pré-natal, os fluxos assistenciais não garantidos para os casos mais complexos e as dificuldades de acesso ao transporte seguro para as parturientes, puérperas e recém-nascido exigem expertise e prontidão na assistência perinatal;

– O diagnóstico de sofrimento fetal agudo demanda intervenção médica operatória resolutiva em prazo máximo de trinta (30) minutos, considerando a indicação da intervenção obstétrica, o deslocamento da paciente para o centro cirúrgico, a realização da anestesia, a retirada do feto e o os cuidados imediatos pelo pediatra;

– A possibilidade de ocorrência de eventos emergenciais não previstos demanda a presença de equipe multiprofissional na assistência ao parto, com presença de equipe médica composta por obstetra, pediatra e anesthesiologista, em unidade de saúde que garanta estrutura para pronta resposta às demandas clínicas da parturiente, puérpera e recém-nascido;

– Todo recém-nascido, incluindo o potencialmente saudável, deve ser examinado pelo pediatra para possíveis diagnósticos que demandam abordagem imediata, como fatores de risco para sepse precoce, distúrbios metabólicos e respiratórios em recém-nascidos macrossômicos ou com restrição de crescimento fetal, anomalias fetais, infecções perinatais crônicas, hiperbilirrubinemia grave, não diagnosticadas ou previstas na gestação;

– As unidades de saúde que atendem ao parto de baixo risco devem garantir a assistência ao recém-nascido que apresenta algum evento perinatal, pelo pediatra, até a transferência para um centro de maior complexidade;



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

- Nos partos de risco o neonatologista é o profissional mais capacitado para assistência neonatal, para abordagem dos problemas em potencial relacionados a prematuridade, asfixia perinatal, infecção e malformações congênitas, principais causas de mortes na infância;
- A situação epidemiológica, a organização da assistência perinatal no Brasil e a formação profissional do pediatra legitimam sua atuação juntamente com a equipe médica e de enfermagem para processos de trabalho que potencializam a vida e a qualidade de vida da criança;
- O risco de sequelas e mortes nos primeiros 5 anos de vida está concentrado no período neonatal;
- Os direitos da criança, assegurados pela legislação vigente, exigem políticas públicas no período perinatal que garantam o direito à vida com saúde.

Assim, a SBP torna público: Todo nascimento requer um pediatra. A assistência ao parto deve ser em unidade de saúde com estrutura para abordar emergências obstétricas imediatamente após indicação e com equipe multidisciplinar composta por médicos obstetra, pediatra e anestesiólogo, além de enfermeiro obstétrico. A presença do pediatra é imperativa na assistência e promoção de saúde para todos os recém-nascidos durante o período perinatal, desde o nascimento até a alta hospitalar.

8. Fundamentação

Em breve síntese, pode-se perceber o embate entre duas instâncias no plano nacional no que diz respeito ao CPN, ou casa de parto: de um lado, médicos obstetras e, do outro, enfermeiros especializados em obstetrícia. Apoiando a enfermagem, está a inequívoca participação do Ministério da Saúde, com o discurso da chamada “humanização” da assistência à mulher e ao neonato durante o parto.

Os médicos demonstram constante preocupação com o atendimento ao binômio materno-fetal em locais que não oferecem as condições adequadas, na eventualidade de ocorrerem situações de urgência, e acentuam que os cuidados providos pelos enfermeiros obstetras devem ter, obrigatoriamente, a retaguarda garantida por médico obstetra, pediatra



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

e anesthesiologista. Do outro lado, os enfermeiros, com apoio do Governo Federal, reiteram sua qualificação assistencial “humanizada” e apontam as vantagens do CPN na redução de procedimentos intervencionistas, especialmente da cesariana.

O mérito desta discussão diz respeito à legalidade ou não da assistência às parturientes, providas por enfermeiros obstetras, no CPN. A lei da enfermagem, que suporta o exercício desses profissionais na atenção ao parto, não menciona o local onde estes podem exercer suas funções. Ocorre que, à época em que essa lei foi regulamentada (1986), não havia no Brasil toda essa discussão a respeito do local de ocorrência do parto: a recomendação oficial era que toda a assistência materna e neonatal naquele momento deveria ocorrer, preferencialmente, nos hospitais. Apenas em zonas rurais, locais muito distantes de centros urbanos e naqueles de difícil acesso é que a assistência ocorreria em instâncias diferentes, ou mesmo em domicílio.

Com a progressiva hospitalização das parturientes e o grande incremento do número de cesarianas – muitas delas sem a devida indicação técnica e, portanto, completamente desnecessárias – e de outras intervenções obstétricas, emergiu o movimento em busca de alternativas assistenciais que pudessem contemplar antigas demandas das mulheres e, em especial, uma atenção mais individualizada no momento do parto. Os enfermeiros obstetras abraçaram essa causa, até porque a grande maioria desses profissionais são mulheres e, principalmente, porque vislumbraram um mercado de atuação profissional bastante promissor.

Neste ponto, é questionável se a enfermeira obstétrica está autorizada a prestar assistência ao neonato logo após o nascimento. Essa atividade não está contemplada no texto da Lei nº 7.498/1986, que ampara a assistência provida pela enfermeira somente “à gestante, parturiente e puérpera”, não mencionando o recém-nascido. Por outro lado, o Decreto nº 94.406/1987, que deveria tão somente regulamentar essa lei, fez várias alterações no seu texto e acrescentou a assistência neonatal provida pela enfermagem e pela parteira quando de sua assistência ao parto sem distocia.

Nesta seara, cita-se o Despacho Sejur nº 622/2015, aprovado em reunião da Diretoria do CFM em 12 de janeiro de 2016, no qual se discute o Parecer Cofen nº 206/2015, de 6 de agosto de 2015, que reconhece a legalidade da realização de



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

ultrassonografia obstétrica por enfermeiro com especialidade em obstetrícia. Destaca-se parte do conteúdo deste documento:

verifica-se que uma das conclusões do Parecer Cofen nº 206/2015 afirma que “a legislação de enfermagem deve acompanhar a evolução da profissão no sentido de criar resoluções que deem respaldo legal ao enfermeiro para o desempenho de suas funções”.

Como se vê, o parecer promove absurdas conclusões sobre o exercício da profissão. Por óbvio, não é a lei que deve se adequar à profissão e sim a profissão que deve se adequar à lei, sob pena de inverter a lógica do princípio da legalidade.

Em profissões regulamentadas pelo Estado, que são aquelas passíveis de causar lesão aos interesses da sociedade, não é dado ao profissional fazer tudo o que a lei não proíbe, mas somente aquilo que a lei lhe permite, em clara legalidade estrita.

A par disso, é preciso restar claro que as resoluções expedidas pelo Cofen não conferem respaldo legal às ações dos enfermeiros, haja vista se tratar de ato infralegal, isto é, abaixo da lei, e que não possui eficácia para criar direitos ou atribuir obrigações, sob pena de se inverter a ordem do sistema escalonado de normas.

Entretanto, o Ministério da Saúde, órgão legalmente habilitado a regulamentar a assistência à saúde do povo brasileiro, apoia e dá suporte financeiro para o funcionamento do CPN e normatiza que o enfermeiro obstetra é o profissional responsável pelos cuidados maternos e neonatais nessas instâncias assistenciais, desde que sejam atendidas somente gestantes de baixo risco. Sem entrar no mérito da assistência neonatal prestada pelo enfermeiro, o que os obstetras alegam, com fundamento em farta literatura, é que o trabalho de parto, mesmo nesse tipo de gestante, pode em algum momento se transformar em urgência/emergência obstétrica, demandando intervenção especializada imediata, que somente pode ser provida por obstetra, auxiliado por pediatra e anesthesiologista, e em ambiente hospitalar.

A respeito do risco gestacional, o Ministério da Saúde (2012), em publicação oficial a respeito da *Atenção ao pré-natal de baixo risco*, estabelece sua classificação, com base no cuidado pré-natal, em três categorias: a) fatores de risco que permitem a realização do pré-natal pela equipe básica; b) fatores de risco que podem indicar encaminhamento ao pré-natal de alto risco; c) fatores de risco que indicam encaminhamento à urgência/emergência obstétrica.

É interessante destacar alguns fatores de risco que, mesmo quando detectados, segundo esse documento, permitem que a gestante seja atendida na Atenção Básica: idade menor do que 15 anos; anemia; história reprodutiva anterior com feto macrossômico, ou



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

restrição de crescimento intrauterino, ou com síndromes hemorrágicas ou hipertensivas ou, ainda, três ou mais cesarianas anteriores. Entre os fatores que “podem indicar” o encaminhamento para o pré-natal de alto risco, cita-se: cardiopatias; pneumopatias e nefropatias graves; endocrinopatias; hipertensão arterial; anemia falciforme, e tantas outras.

O que se discute é que os critérios estabelecidos nessa classificação de risco transmitem uma tendência a manter a gestante sendo atendida pela equipe da Atenção Básica, mesmo na presença de situações de risco. Sabe-se que esse tipo de categorização em gestantes é bastante dinâmico e, portanto, a avaliação deve ser permanente e longitudinal, podendo caracterizar, em determinados momentos, urgência/emergência, caso não sejam detectados previamente os sinais de agravamento das intercorrências gestacionais. Os profissionais da atenção básica que prestam assistência a gestantes com fatores de risco devem ser muito bem preparados para detectar situações que demandam encaminhamento imediato ao pré-natal de alto risco.

Nossa lei maior diz que somos iguais perante a lei e garante a “inviolabilidade do direito à vida”, ou seja, a vida é um bem maior. O ECA diz, literalmente, que é dever “do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida” e que “a criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso”. Portanto o direito à vida com qualidade é um bem precioso e deve ser valorizado por um atendimento de excelência durante o ciclo gravídico puerperal, em benefício da mãe e da criança.

Com base nesses pressupostos legais e voltando aos cuidados com recém-nascidos de gestantes de baixo risco, atendidos exclusivamente pelas enfermeiras obstétricas nos CPNs, destaca-se que a todo neonato deve ser oferecida a oportunidade de ser clinicamente examinado pelo pediatra, com o intuito de que possam ser diagnosticados, precocemente, anomalias congênitas e outros transtornos que demandam abordagem imediata, tais como: fatores de risco para sepse precoce; distúrbios respiratórios e metabólicos em recém-nascidos macrossômicos, ou com crescimento intrauterino restrito, não diagnosticados durante a gestação; infecções perinatais crônicas e assintomáticas no nascimento, e outros. São alterações que podem ser detectadas nas primeiras horas de vida por médicos pediatras, de forma que se possa garantir desfechos neonatais favoráveis. Um



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

em cada dez neonatos precisa de ajuda para iniciar a respiração efetiva ao nascer, e a ventilação pulmonar é o procedimento mais importante e efetivo na reanimação em sala de parto. Quando necessária, a ventilação deve ser iniciada nos primeiros 60 segundos de vida, o chamado “minuto de ouro”.

Finalmente, a Portaria nº 11/2015, do Ministério da Saúde, estabelece que o CPN peri-hospitalar deve “estar localizado nas imediações do estabelecimento hospitalar de referência, a uma distância que deve ser percorrida em tempo inferior a 20 (vinte) minutos do respectivo estabelecimento, em unidades de transporte adequadas”. Considerando-se que esse tipo de CPN estará localizado em grandes centros urbanos, o tempo recomendado por esta portaria – 20 minutos para a realização do transporte da gestante para o hospital – não é factível, pensando-se no trânsito caótico e na dificuldade de deslocamento terrestre comumente encontrada nas mais diversas cidades brasileiras.

Pode-se perceber que existe uma contradição clara entre a legislação e a regulamentação ministerial do CPN pois, certamente, esse não é o local mais seguro para que possa ocorrer a assistência materna, fetal e neonatal nas situações de urgência. Sabe-se que, diante de sofrimento fetal agudo, a intervenção operatória, com extração fetal, deve ocorrer em até 30 minutos após o diagnóstico, para que seja garantido à criança um prognóstico de vida futura em boas condições. E a assistência ao recém-nascido deve ser dada no primeiro minuto de vida. Não se acredita que isso possa ocorrer nas situações de risco em que o CPN não seja intra-hospitalar. O que se sabe é que intervenções realizadas após esse tempo podem levar à triste realidade das sequelas neurológicas e motoras das paralisias cerebrais.

9. Conclusões

A partir de toda a documentação compilada – legislação, portarias ministeriais, pareceres do Conselho Federal e Conselhos Regionais de Medicina, e do Conselho Federal de Enfermagem –, destacam-se dois aspectos considerados bastante relevantes:

- A Lei nº 7.498/1986, que regulamenta o exercício da enfermagem, estabelece no inciso II do artigo 11 que a atuação de enfermeiros na assistência ao parto deve



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

ocorrer “como integrante da equipe de saúde”, ou seja, não prevê o exercício isolado do(a) enfermeiro(a) obstétrico(a) nessa atividade;

- A Lei nº 12.842/2013, que regulamenta o exercício da medicina, estabelece no inciso XI do artigo 11 que são atividades privativas do médico a “indicação de internação e alta médica nos serviços de atenção à saúde”.

Assim, a respeito da assistência provida por enfermeiros obstétricos às gestantes de baixo risco em casas de parto, ou CPN, pode-se concluir:

- 1) Do ponto de vista legal, a assistência obstétrica a gestantes de baixo risco pode ter a participação do(a) enfermeiro(a) obstétrico(a), desde que esta assistência seja realizada dentro de uma equipe multiprofissional com a presença de obstetra, pediatra, anesthesiologista e neonatologista;
- 2) Diante de distocias ou eventos que possam trazer risco materno ou fetal, a gestante passará, imediatamente, aos cuidados da equipe médica assistencial;
- 3) É necessário rever a classificação de risco gestacional proposta pelo Ministério da Saúde, pois ela está, seguramente, trazendo riscos desnecessários às gestantes de alto risco que estão sendo rotuladas como de baixo risco, para que o atendimento pré-natal ocorra na atenção básica;
- 4) A Lei nº 7.498/1986, que regulamenta o exercício da enfermagem, não ampara o cuidado ao neonato após o parto provido somente por esses profissionais, sem a participação de equipe médica. Entretanto, o Decreto nº 94.406/1987, que regulamente essa lei, assegurou a prestação de assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido, como integrante da equipe de saúde, o que não pode ser confundido com a atribuição de competências médicas;
- 5) Questiona-se, portanto, a legalidade da assistência exclusiva dos enfermeiros obstétricos aos recém-nascidos nos CPNs em todo o País. As portarias ministeriais, que regulamentam essa atividade, são atos ilegais;
- 6) A mesma Lei nº 7.498/1986 também não ampara a assistência ao parto de forma isolada pelo enfermeiro obstétrico em ambiente não hospitalar;
- 7) A Portaria nº 371/2014, do Ministério da Saúde, que prevê a assistência aos neonatos por enfermeiras, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem, vai



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

- de encontro aos direitos das crianças e adolescentes previstos no artigo 7º da Lei nº 8.069/1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente);
- 8) A Resolução nº 516/2016 do Cofen, que estabelece os critérios mínimos para qualificação de enfermeiros na prática obstétrica – realização de 15 consultas pré-natais, assistência a 20 partos normais e 15 atendimentos de recém-natos – é bastante preocupante. A formação exigida para que um médico obtenha título de especialista em obstetrícia e pediatria demanda, no mínimo, três anos de residência médica, com mais de 8.600 horas de atividades práticas e teóricas;
 - 9) Nos casos de sofrimento fetal agudo, a intervenção médica operatória resolutiva deve ocorrer de imediato, levando-se em consideração o tempo entre a indicação da intervenção obstétrica, o deslocamento da paciente para o centro cirúrgico, a realização da anestesia, a retirada do feto e os cuidados imediatos do pediatra;
 - 10) Dessa forma, considerando o alto risco de grave morbidade materna ou neonatal quando do surgimento de intercorrências durante a assistência a parturientes consideradas de baixo risco, é dever legal que, para existirem, os CPNs estejam em ambiente hospitalar, de forma que a assistência médica possa ocorrer o mais breve possível, pois trata-se de urgência/emergência;
 - 11) Reitera-se que a assistência ao parto de gestantes de baixo risco deve ser provida por equipe multiprofissional, composta por obstetra, pediatra, anesthesiologista e enfermeiro obstetra, podendo ser incorporados outros profissionais, de forma que a assistência materna e neonatal, tanto no parto quanto no puerpério, possa ocorrer de forma qualificada e resguardando-se o direito à vida com saúde;

Ressalta-se a responsabilidade legal de todos os profissionais envolvidos na assistência ao parto e puerpério por suas condutas diante do binômio materno-fetal, perante o Ministério Público, assim como a responsabilidade ética de cada um diante de seus conselhos profissionais. Destaca-se que o compromisso do Ministério da Saúde com a sociedade é prover assistência à saúde digna e com qualidade para todos e, em especial, para as gestantes brasileiras e seus neonatos. Entretanto, sua função regulamentadora deve estar alicerçada na legislação em geral e, principalmente, na que ampara o exercício das atividades dos profissionais de saúde. Caso contrário, estará agindo em desacordo com as leis, fragilizando sua respeitabilidade perante todos e possibilitando que as diferentes



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

categorias profissionais passem a “legislar” em causa própria, institucionalizando a desordem.

A partir de toda a fundamentação apresentada, entende-se que o CPN, que prevê assistência obstétrica e neonatal exclusiva por parte do enfermeiro obstétrico, não atende aos preceitos de uma boa assistência à mulher nem a criança. Acima de tudo, pode constituir-se como ilegalidade, pois a assistência isolada a gestantes em CPNs por enfermeiro obstétrico não está prevista na lei que regulamenta o exercício da enfermagem e, do ponto de vista ético, prejudica a segurança na assistência do binômio materno-fetal.

Este é o parecer, S.M.J.

Brasília, DF, 22 de fevereiro de 2018.

JOSÉ HIRAN DA SILVA GALLO

Conselheiro-relator