

Gestão 2020 / 2023

Agnaldo Lopes da Silva Filho
Presidente

Sérgio Podgaec
Diretor Administrativo

César Eduardo Fernandes
Diretor Científico

Olímpio B. de Moraes Filho
Diretor Financeiro

Maria Celeste Osório Wender
Diretor de Defesa e Valorização
Profissional

Marta Franco Finotti
Vice-Presidente
Região Centro-Oeste

Carlos Augusto Pires C. Lino
Vice-Presidente
Região Nordeste

Ricardo de Almeida Quinteiros
Vice-Presidente
Região Norte

Marcelo Zugaib
Vice-Presidente
Região Sudeste

Jan Pawel Andrade Pachnicki
Vice-Presidente
Região Sul

Posicionamento FEBRASGO

Qualidade na assistência ao parto e cuidado seguro e respeitoso da
saúde materna e fetal

As ações para um parto seguro e respeitoso visam, além de reduzir a taxa de mortalidade materna e perinatal e promover a saúde materna, fornecer um ambiente acolhedor no período do nascimento. Estas ações englobam as dimensões dos cuidados de saúde pré-gestacional, pré-natal, de parto e de puerpério, permitindo uma experiência positiva e gratificante. Estas propostas são também defendidas pela Organização Mundial da Saúde, Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), pelo *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* do Reino Unido e pelo *American College of Obstetricians and Gynecologists* dos EUA, com o slogan: 'Agir agora para um parto seguro e respeitoso'.

Todas as mulheres têm direito ao mais alto padrão possível de atenção à saúde, incluindo o direito a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez, parto e puerpério, assim como o direito de estar livre da violência e discriminação. Os abusos, os maus-tratos, a negligência e o desrespeito durante o parto, equivalem a uma violação dos direitos humanos fundamentais e são repudiados com veemência pela FEBRASGO.

Ao se fazer referência aos cuidados de saúde e intervenções médicas no parto e puerpério, um termo que vem sendo muito utilizado nos últimos anos é o de "Violência Obstétrica". Trata-se de uma expressão criada com evidente conotação preconceituosa que, sob o falso manto de proteger a parturiente, criminaliza o trabalho de médicos e enfermeiros na nobre e difícil tarefa de atendimento ao parto.

www.febrasgo.org.br

O primeiro, e talvez maior erro do conceito de “violência obstétrica”, é tentar transformar em regra a exceção, dando a impressão de que médicos e enfermeiros habitualmente tratam parturientes de modo violento. Nada pode ser mais injusto do que isso. A imensa maioria das pessoas que cuidam e auxiliam mulheres a parir são pessoas dedicadas, corteses e comprometidas com as boas práticas.

O segundo, e não menos grave, erro do preconceituoso termo “Violência Obstétrica”, é o de colocar num mesmo contexto atitudes de desrespeito e descortesia, inaceitáveis por qualquer ângulo que se olhe, e condutas médicas, muitas delas controversas, até passíveis de discussão científica, mas jamais devendo ser tratadas no âmbito da legislação penal.

Para se alcançar cuidado materno e perinatal respeitoso e eficaz, é necessário fornecer cuidados seguros, inclusivos e universalmente acessíveis. Para que isso possa ser alcançado, há necessidade de ações como:

- Acesso ao pré-natal e aos exames clínicos e subsidiários;
- Acesso aos centros de tratamento de alto risco, quando se fizer necessário;
- Acesso às maternidades com ambiência adequada à moderna e respeitosa assistência obstétrica;
- Garantia de cuidados maternos prestados de modo igualitário, independentemente de raça, etnia, religião, contexto socioeconômico, idade, estado civil, identidade sexual ou presença de necessidades especiais;
- Promoção de cuidados respeitosos que reconheçam os direitos e desejos do indivíduo, dentro de um quadro ético de beneficência, não maleficência, justiça e autonomia;
- Fornecimento de suporte de saúde mental adequado durante a gravidez, o parto e o puerpério;
- Garantia do parto em maternidades com equipes completas (obstetras,

neonatologistas, anestesistas, enfermagem obstétrica), com banco de sangue no local ou acesso a sangue e hemoderivados para situações de urgência e com os recursos necessários para a segurança da paciente e de seu feto/recém-nascido;

- Tomada de condutas médicas corretas e atualizadas;
- Prática de intervenções comprovadamente benéficas para mãe e para o feto;
- Respeito à individualidade das pacientes, seus hábitos e crenças, preservando e priorizando sempre a saúde materna e fetal;
- Métodos farmacológicos e não farmacológicos para alívio da dor do trabalho de parto;
- Oferta de serviços de saúde em condições de um parto seguro
- Permissão da presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e puerpério, conforme previsto em lei;
- Oferta de pessoas treinadas para apoiar a amamentação exclusiva ao peito;
- Fornecimento de vigilância adequada durante o período pós-parto para complicações relacionadas à gravidez conhecidas por resultar em morbidade e mortalidade durante o período pós-parto, como hemorragia, hipertensão arterial, tromboembolismo, infecção puerperal, doenças cardiovasculares e depressão;
- Oferta de escolha abrangente de métodos anticoncepcionais seguros e eficazes logo após o nascimento, adequados ao indivíduo, de uma maneira que a paciente possa compreender;
- Registro e investigação de todos os incidentes, eventos adversos e mortes que possam ocorrer durante assistência e trabalho em conjunto com as secretarias de saúde para a redução de todos os casos evitáveis de morte materna, especialmente as mais prevalentes, como hipertensão, hemorragia e infecção.

No afã de combater abusos, maus-tratos, negligência e desrespeito durante o ciclo gravido-puerperal, procedimentos e intervenções que são importantes para uma assistência obstétrica segura, quando utilizadas no momento correto e com indicações precisas, têm sido arrolados como fazendo parte do (pré) conceito de “violência obstétrica”. Entre elas, destacamos algumas:

Uso de ocitocina

A introdução da ocitocina na prática obstétrica foi um dos marcos na redução da mortalidade materna. A ocitocina tem sido utilizada no manejo do parto e na prevenção e tratamento da hemorragia puerperal e apresenta vários benefícios: corrige o trabalho de parto disfuncional, permitindo um nascimento saudável por via vaginal; diminui as taxas de cesárea; reduz sangramento e necessidade de transfusões sanguíneas - aproximadamente 3% a 5% das pacientes obstétricas terão hemorragia pós-parto, que é a causa de um quarto das mortes maternas em todo o mundo (Knight, 2009; RCOG, 2016). Deste modo, vincular o uso da ocitocina no trabalho de parto à prática de “violência”, significa desconhecimento completo sobre atendimento seguro ao parto.

Amniotomia

A amniotomia, ou ruptura artificial das membranas ovulares, é um recurso médico que tem comprovada utilidade na correção de disfunção contrátil durante o primeiro período do parto e na redução da duração do trabalho de parto (Valentino DV, 2020; Rouse, 1994). O benefício de sua utilização está em alcançar com sucesso um parto por via baixa quando há parada ou retardo na fase ativa e, nos casos de desproporção céfalo-pélvica, permitir que esse diagnóstico seja feito em tempo hábil, evitando a realização de uma cesariana tardia, com excesso de morbi-mortalidade (Valentino DV, 2020). Seu uso abusivo, com intuito apenas de apressar o parto, deve ser evitado, não sendo prática recomendada (Rebecca MD- Cochrane, 2013). Mesmo assim, alguns autores recomendam o manejo ativo do trabalho de parto como uma boa prática, pois está desacompanhado de dano perinatal e diminui a taxa de cesariana por distocia (O’Driscoll, 1984). Deste modo, seu uso mais ou menos frequente pode ser passível de discussão científica, mas jamais enquadrado como prática de “violência”, pois, embora o benefício seja controverso em alguns casos, não há prejuízo comprovado com seu uso.

Cardiotocografia

A cardiotocografia, ou monitorização eletrônica da frequência cardíaca fetal, é procedimento utilizado para vigilância da saúde fetal e identificação de risco de hipoxia fetal durante o trabalho de parto. É uma evolução evidente da prática de ausculta intermitente dos batimentos cardíacos do bebê durante o parto. Seu uso em gestantes

de alto-risco é prática rotineira, sendo recomendada por todas as diretrizes obstétricas. As evidências dos benefícios da cardiocografia contínua em gestantes de risco habitual são controversas (RCOG, 2001). Em gestantes de risco habitual, quando comparada com a ausculta intermitente, a cardiocografia contínua diminui em 50% a ocorrência de convulsões neonatais, mas não diminui a taxa de mortalidade perinatal e de paralisia cerebral (95% das causas de paralisia cerebral são por motivos ante-parto e não devido à hipóxia aguda no parto) (Cochrane, Zarko A, 2017). Contudo, os estudos que não mostraram benefícios na monitorização de fetos de gestantes de risco habitual foram realizados nos anos 70 e 80, quando os equipamentos, a experiência clínica e os critérios de interpretação eram muito diferentes dos de agora, e eles claramente não têm o poder para avaliar desfechos graves como encefalopatia hipóxico-isquêmica e morte (Ayres-de-Campos, 2015). Quanto ao risco de resultados falso-positivos deste exame, é certo que a solução vem sendo trazida pela melhoria dos equipamentos, como os de telemetria por WI-FI que permite a deambulação, melhor qualidade dos traçados e mais treinamento na sua interpretação. “Esconder o diagnóstico”, nunca deve ser considerado boa prática. Portanto, pode-se discutir, no âmbito científico o benefício ou não da cardiocografia nas gestantes de risco habitual, mas classificar esta prática como indevida, danosa ou violenta é claramente um erro grosseiro de interpretação.

Episiotomia

A episiotomia (cirurgia realizada sob anestesia nos músculos do assoalho pélvico) visa facilitar a liberação da cabeça fetal no parto difícil. É certamente a cirurgia obstétrica mais realizada no mundo e sua prevalência é bem variada dependendo da região que se analisa. A OMS (WHO, 2017), o *American College of Obstetrics and Gynecology* (ACOG, 2017), a reconhecida Cochrane Library (2017), e o Ministério da Saúde (2017) preconizam que seu uso seja “restritivo”, o que foi definido nos estudos como uma taxa de episiotomia de até 30% dos partos (Cochrane Library, 2017; Belizan, 1993). Em algumas situações, como no parto instrumentado, a episiotomia pode proteger a parturiente de lesões no seu esfíncter anal (Leeuw, 2008), evitando a grave sequela de incontinência fecal; noutras, como na suspeita de sofrimento fetal durante a expulsão, a episiotomia pode ser essencial para evitar a asfixia do bebê e suas principais sequelas, a encefalopatia e a morte. Desta maneira, incluir a episiotomia no rol dos procedimentos

de “violência obstétrica” não é apenas injusto com os(as) parceiros(as), mas perigoso para mulheres e bebês.

Cesarianas

Cesariana como uma alternativa ao parto vaginal é uma das intervenções que mais têm salvado vidas de mulheres e bebês ao longo da história. Realizar uma cesariana sem indicação médica e sem o consentimento livre e esclarecido da gestante, é má prática médica. Recentemente o Conselho Federal de Medicina considerou que é ético a realização de cesariana por desejo materno, sem indicação médica precisa, desde que ela não seja realizada antes de completada a 39ª semana e seja precedida de termo de consentimento livre e esclarecido sobre os riscos e benefícios do procedimento, inclusive para futuras gestações (CFM, 2020). Em países com taxas de cesariana superiores a 19%, há uma relação inversa entre o percentual de cesariana e a mortalidade materna e perinatal (Molina, 2015). O Brasil é um país com as mais altas taxas de cesariana no mundo, já tendo ultrapassado a marca de 50% de todos os nascimentos por esta via de parto. Combater o excesso de cesariana é tarefa difícil e que compete aos gestores dos nossos sistemas de saúde, pública e suplementar, mas de nenhum modo um procedimento de tamanha relevância clínica e social, deve fazer parte de listas de intervenções identificadas como “violência”.

Escolha do local do parto

A FEBRASGO, assim como a Academia Americana de Pediatria e o Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia, defende que o hospital e as maternidades são os locais mais seguros para o nascimento. Hospitais e maternidades dotados de equipe de saúde completa, com obstetras, neonatologistas/pediatras, anestesistas, enfermeiras, técnicas de enfermagem e demais profissionais.

A defesa do parto hospitalar tem como base os resultados de estudos científicos robustos que demonstram, sem sombra de dúvida, que o parto realizado dentro de um ambiente hospitalar é mais seguro para parturientes e bebês (ACOG, 2017; Annemieker & cols, 2010; APP, 2013; *Birthplace in England Collaborative Group*, 2011; Grünebaum, 2020). Dados do CDC avaliando 2.280.044 partos hospitalares e 177.156 partos domiciliares planejados de recém nascidos a termo pesando mais do que 2.500 g entre 2010 e 2017, mostram que a mortalidade neonatal nos partos hospitalares atendidos por

www.febrasgo.org.br

midwives foi de 3,27 por 10.000, ao passo que nos partos planejados que ocorreram fora dos hospitais, esta mortalidade subiu para 13,66, por 10.000, um incremento de 4,19 ($p < 0,0001$). Parto fora do hospital sim, deveria ser considerado prática de “violência obstétrica”, pois na busca de evitar intervenções médicas (que podem ser salvadoras), foi aumentada em quase 5 vezes a mortalidade de crianças a termo que não tinham nenhuma comorbidade, além da escolha indevida do local do parto feita pelos seus pais, com a conivência do sistema de saúde (Grünebaum, 2020).

Deste modo, a FEBRASGO vê com extrema ressalva a decisão de gestantes pelo parto fora do hospital, como uma tentativa de torná-lo mais acolhedor e humanizado. O respeito, a humanização e o cuidado individualizado, não prescindem da segurança e podem ser obtidos dentro de instituições hospitalares.

Conclusão

Pelos motivos acima exemplificados, a Comissão Nacional Especializada de Defesa e Valorização Profissional da FEBRASGO, se posiciona em defesa de uma assistência ao parto com enfoque na qualidade dos cuidados de saúde materna e fetal, no cuidado respeitoso como componente essencial da qualidade da assistência e contrária ao uso do termo “Violência Obstétrica” em qualquer circunstância. Ainda, a FEBRASGO recomenda que naquelas situações de inadequação de condutas, deve ser empregado o termo “**má-prática**”, como é usado em todas demais especialidades médicas.

Por fim, é também entendimento da Febrasgo que os casos de violência à mulher em quaisquer circunstâncias, durante a gravidez, parto ou puerpério e mesmo fora desse contexto, são inaceitáveis e devem ser denunciados às autoridades competentes para serem avaliados, julgados e punidos os seus responsáveis.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO)

Referências bibliográficas

1. ACOG Committee Opinion Planned Home Birth number 669. OBSTETRICS & GYNECOLOGY. VOL. 128, NO. 2, AUGUST 2016.
2. ACOG. Practice Bulletin. Clinical Management Guidelines for obstetrics-gynecologists, nº 71, April, 2017
3. ACOG. Committee Opinion, number 697. Planned Home Birth, April 2017.
4. AAP. American Academy of Pediatrics (www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2013-0575). Committee on fetus and newborn. Planned Home Birth, 2013
5. Annemieke C C Evers et al. Perinatal mortality and severe morbidity in low and high risk term pregnancies in the Netherlands: prospective cohort study. BMJ 2010;341:c5639 doi:10.1136/bmj.c5639.
6. Ayres-de Campos D, Spong CY, Chandraharam E, *FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography* Int J Gyn & Obstet <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.06.020>
7. Belizan J, Campodonico L, Carroli G, Gonzales L, Lede R et al. Routine vs selective episiotomy: a RCT Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group. Lancet 1993: 342:1517-18
8. Birthplace in England Collaborative Group. BMJ 2011; 343 doi: 10.1136/bmj.d7.400. http://www.bmj.com/highwire/filestream/545014/field_highwire_article_pdf/0.pdf
9. CFM. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2.284/20.
10. de Jonge A, Geerts CC, van der Goes BY, Mol BW, Buitendijk SE, Nijhuis JG. Perinatal mortality and morbidity up to 28 days after birth among 743 070 low-risk planned home and hospital births: a cohort study based on three merged national perinatal databases. BJOG - Royal College of Obstetricians and Gynaecologists - 2015;122:720–728.

www.febrasgo.org.br

11. FEBRASGO- CNE de Assistência ao Parto- acessado em 23/11./2021-
<https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/717-recomendacoes-febrasgo-parte-ii-cuidados-gerais-na-assistencia-ao-parto-assistencia-ao-nascimento-baseado-em-evidencias-e-no-respeito>
12. Grünebaum A, McCullough LB, Orosz B, Chervenak FA. Neonatal mortality in the United States is related to location of birth (hospital versus home) rather than the type of birth attendant. *AJOG*, 2020. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.01.045>.
13. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 2. Art. No.: CD000081. DOI: 10.1002/14651858.CD000081.pub3.
14. Knight M, Callaghan WM, Berg C, et al. Trends in postpartum hemorrhage in high resource countries: a review and recommendations from the International Postpartum Hemorrhage Collaborative Group. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2009;9:55.
15. Kooy et al. Planned home compared with planned hospital births: mode of delivery and Perinatal mortality rates, an observational study. *BMC Pregnancy and Childbirth* (2017) 17:177 DOI 10.1186/s12884-017-1348-y.
16. Leeuw JW, Wit C, Kuijken JPJA, Bruinse HW Mediolateral episiotomy reduces the risk for anal sphincter injury during operative delivery. *BJOG*, 2008; 115:104-108
17. Ministério da Saúde. Diretrizes de assistência ao parto normal. Brasília, DF, 2017, pp 25
18. Molina G, Weiser TG, Lipsitz SR & cols. Relationship between cesarean section delivery rate and maternal and neonatal mortality. *JAMA*.2015;314(21):2263-2270 DOI 10.1001/jama.2015.15553
19. O'Driscoll K, Foley M, MacDonald D: Active management of labor as an alternative to cesarean section for dystocia. *Obstet Gynecol* 63:485, 1984
20. Olsen O, Clausen JA. Planned hospital birth versus planned home birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 9. Art. No.: CD000352. DOI:

10.1002/14651858.CD000352.pub2

21. RCOG Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The use of electronic fetal monitoring. Evidence-based clinical guideline, number 8. London: RCOG Press; 2001.

22. RCOG. Guidelines and Audit Committee of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Prevention and management of postpartum haemorrhage. <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg52/dec,2016>.

23. Rebecca M D, Smyth, Carolyn, Markham, Therese Dowswell. Amniotomy for shortening spontaneous labour. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Jun 18;(6):CD006167. doi: 10.1002/14651858.CD006167.pub4.

24. Rouse DJ, McCullough C, Wren AI, et al. Active-phase labor arrest: a randomized trial of chorioamnion management. Obstet Gynecol 83:937, 1994.

25. Snowden, Jonathan M et al. Planned Out-of-Hospital Birth and Birth Outcomes. N Engl J Med 2015;373:2642-53. DOI: 10.1056/NEJMsa1501738.

26. Valentino De Vivo, Luigi Carbone, Gabriele Saccone, Giulia Magoga, Generoso De Vivo, Mariavittoria Locci, Fulvio Zullo, Vincenzo Berghella. Early amniotomy after cervical ripening for induction of labor: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Am J Obstet Gynecol 2020 Apr;222(4): 320-329.doi: 10.1016/j.ajog.2019.07.049. Epub 2019 Aug 6.

27. Zarko Alfirevic, Declan Devane, Gillian MI Gyte, Anna Cuthbert. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Feb 3;2(2):CD006066. doi: 10.1002/14651858.CD006066.pub3.

28. WHO. Integrated Management of pregnancy and childbirth. Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors – 2nd ed. ISBN 978-92-4-156549-3 © World Health Organization 2017