

### **Can the economicism destroy the “Portuguese model” of obstetric surveillance?**

### **Pode o economicismo destruir o “modelo português” de vigilância obstétrica ?**

A regulamentação da vigilância da gravidez de baixo risco tem sido alvo de notícia. No cerne da questão está a comparticipação efectiva pelo sistema nacional de saúde (SNS) da vigilância autónoma por enfermeiros especialistas da gravidez “normal”. O fundamento desta proposta assenta no modelo adoptado por alguns países nórdicos e pelo Reino Unido.

As taxas de mortalidade perinatal portuguesas estão entre as mais baixas do mundo. Estes números devem-se, seguramente, à forma como está organizada a vigilância obstétrica no nosso país. O “modelo português” é reconhecido pela sua excelência, centrado nos cuidados de saúde primários em articulação estreita com os centros hospitalares de referência. O debate a que agora se assiste tem um fundamento estritamente economicista justificado pela necessidade de garantir a sustentabilidade do SNS. A substituição dos médicos por enfermeiros no seguimento da gravidez e no parto resultaria, de imediato, na redução do custo-hora do acompanhamento de saúde materna.

Este debate decorre há décadas em muitos países da Europa. Quando há cerca de vinte anos frequentei um estágio no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia no Rigshospitalet em Copenhaga, a maioria das consultas de vigilância da gravidez e as ecografias obstétricas eram efectuadas por parteiras, sendo apenas realizadas por obstetra quando surgiam complicações ou em casos de suspeita de existência de malformações fetais. Na Dinamarca, Holanda e Suécia, as parteiras eram profissionais autónomas, que trabalhavam, sem supervisão dos obstetras e eram responsáveis pela vigilância da gravidez, do parto e do pós-parto de evolução normal.

Na altura, os defensores deste modelo enalteciam as suas vantagens, nomeadamente a continuidade de cuidados, a baixa frequência de intervenções médicas (monitorização fetal intraparto, analgesia epidural, episiotomia e cesarianas) e o maior grau de satisfação das utentes com os cuidados de saúde. Nos anos seguintes, sob a influência das organizações de parteiras e pressionado pela contenção de

custos, o Governo Britânico também legitimou e afirmou o papel central das parteiras na vigilância da gravidez e parto, alargando-o à área da Ginecologia. A British Society for Colposcopy and Cervical Pathology tem actualmente mais de 200 enfermeiras colposcopistas inscritas. O Sistema Nacional de Saúde Britânico permite a enfermeiras credenciadas a realização autónoma de histeroscopias diagnósticas.

Em Portugal, a ideia de alterar o modelo de cuidados de saúde tem vindo a ganhar adeptos. O Regulamento das Competências Específicas dos Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstétrica (DR, 2ª série-nº35, de 18/Fev/2011), define que estes se encontram habilitados a diagnosticar a gravidez, vigiar a gravidez normal e efectuar os exames necessários à vigilância da evolução da gravidez normal, prescrever ou aconselhar os exames necessários ao diagnóstico mais precoce possível da gravidez de risco, alargando a sua actuação à Ginecologia, para incluir o planeamento familiar, climatério e todos os processos de saúde/doença ginecológicas.

Segundo os pareceres emitidos no último ano pela Ordem dos Enfermeiros, os enfermeiros estão preparados para assumir a responsabilidade de procedimentos como a colpocitologia, a ecografia no âmbito da consulta de interrupção voluntária da gravidez e a colocação de dispositivo intra-uterino.

Note-se, porém, que existem diferenças significativas entre Portugal e os países anteriormente referidos, nomeadamente em termos de Sistemas de Saúde, perspectivas socioculturais e enquadramento médico-legal.

#### 1 - Sistemas de Saúde

Os cuidados de saúde na Dinamarca são da responsabilidade do Estado, financiados pelos impostos, iguais e gratuitos para toda a população. O Sistema de Saúde é baseado exclusivamente em Serviços Públicos, com uma rede de referência muito rígida, sem acesso a cuidados de saúde privados. A vigilância da gravidez é estandardizada: 99% das mulheres seguem as normas orientadoras nacionais para a vigilância da

gravidez, todas as grávidas são vigiadas por parteiras, cerca de 15% recebe vigilância partilhada com obstetras, devido à existência de risco acrescido ou complicações, e menos de 1% são vigiadas exclusivamente por obstetras.

Na altura em que estas normas foram implementadas, o Sistema Nacional de Saúde Dinamarquês estava sujeito a condições económicas restritivas e todas as orientações eram baseadas em estudos de custo-eficiência. A título ilustrativo refira-se que tanto o rastreio da diabetes gestacional, como a ecografia do 3º trimestre, não eram feitas por rotina – já que não se coadunavam com os parâmetros de custo-eficiência adoptados.

## 2 - Perspectivas socioculturais

A organização das diferentes sociedades influencia significativamente a maneira como o parto é vivenciado. A implementação deste modelo só foi possível através da alteração de alguns aspectos socioculturais. A perspectiva sociológica de que a medicalização do parto, o uso crescente da tecnologia e a intervenção clínica no parto, são factores negativos, enfatiza a normalidade do parto centrando-o na experiência de vida da mulher. O “parto natural” representa, de acordo com estes pressupostos, a única forma de garantir uma relação duradoura entre a criança e os pais, sendo uma experiência que deve permitir à mulher sentir que ela própria foi competente e capaz de ultrapassar a situação. As grávidas eram encorajadas a fazer planos de parto, o objectivo é cumprir estes pedidos mesmo que tal implique o parto em casa, na água ou no chão. Em resumo, as “mulheres modernas e civilizadas, são capazes de suportar a dor e o stress do parto normal” e a parteira é a profissional melhor qualificada para providenciar a ajuda técnica e, em simultâneo, o suporte emocional que a mulher precisa nessa altura importante da sua vida.

A conquista que o “parto sem dor” representou para as mulheres, extensamente documentada em meios científicos, parece ter sido esquecida, chegando mesmo a ser diabolizada. A melhoria dos indicadores de saúde que a medicalização do parto e a inovação tecnológica representaram fica, da mesma forma, relegada para um plano secundário.

## 3 - Aspectos legais

Neste contexto as instituições assumiam a priori todas as responsabilidades inerentes aos erros que pudessem decorrer nestas situações, implementando-se um sistema de indemnização automática.

Este sistema sempre evidenciou alguns problemas e imperfeições. O trabalho em equipa multidisciplinar foi dando lugar ao trabalho isolado da parteira. No Rigshospitalet, por exemplo, existiam mesmo dois blocos de parto separados, um onde as parturientes eram vigiadas somente por parteiras (midwife-only unit) e outro multidisciplinar.

No primeiro, as mulheres em trabalho de parto não tinham possibilidade de recurso a qualquer medicação, incluindo a analgesia epidural, sendo a decisão de chamar o obstetra para a avaliação da grávida e a decisão da transferência da exclusiva responsabilidade da parteira.

Os cuidados globais, multidisciplinares, integrados e complementares centrados no doente, passaram a ser decididos pelo “poder da parteira”. Passou a ser difícil para as mulheres resistir à influência das parteiras para assegurar um parto natural e “livre” de intervenções médicas, facto exemplificado pela reduzida percentagem de partos realizados com recurso a analgesia epidural.

Se existem médicos que concordam com a noção de que a “parteira” pode ser responsável pela vigilância das gravidezes/partos normais, existe menos consenso na definição de risco e na atribuição das responsabilidades deliberativas.

Na Dinamarca e na Holanda (onde não existe falta de obstetras), começou a existir tensão entre os dois grupos profissionais relativamente aos limites da prática e na questão particular das intervenções obstétricas apropriadas. Estes modelos criam conflitos sobre quem faz determinadas tarefas, sobre quem é responsável pelas decisões e sobre quem assume as responsabilidades.

Com a crescente influência dos administradores e políticos preocupados sobretudo com a redução das despesas em saúde, espera-se nos próximos tempos uma aliança entre os enfermeiros e os “economistas da saúde”. O elevado número de licenciados na área de enfermagem viciou a “lei da oferta e da procura”, diminuindo drasticamente o valor-hora destes profissionais. Ao deslocar competências profissionais para agentes menos onerosos há uma redução efectiva dos custos – descuidando a qualidade dos serviços prestados. Se a divisão das responsabilidades for, por mera hipótese, indefinida ou problemática, o confronto entre competências torna-se inevitável e, por consequência, a probabilidade de erro ganha dimensão.

Urge fomentar um debate amplo entre a Ordem dos Médicos, a Ordem dos Enfermeiros e o Ministério da Saúde, com envolvimento activo de todos os profissionais, acerca de quais os limites de actuação dos diferentes intervenientes nos cuidados de saúde. As directivas europeias não podem nem devem ser assumidas como verdades absolutas. Aliás, a crise do Euro tem demonstrado que as mesmas receitas não funcionam bem em países diferentes, com problemas e contextos socioeconómicos diferentes.

Filomena Nunes, Ph.D.

*Editora Associada da  
ACTA OBSTETRICA E GINECOLOGICA PORTUGUESA  
Diretora de Departamento da Mulher e Criança  
do Hospital de Cascais – Dr. José de Almeida*