

Presidente da AMB acompanha visita da APM ao Procurador Geral de Justiça do Estado de São Paulo para discutir a implantação da tabela SUS paulista



Da esquerda para direita: Marun David Cury, Antonio José Gonçalves, Mario Luiz Sarrubbo e César Eduardo Fernandes

A Associação Médica Brasileira se fez presente em mais uma etapa das tratativas para a implantação e aplicação da nova Tabela SUS Paulista. Debates sobre os alinhamentos ainda necessários foram pauta da reunião entre o presidente César Eduardo Fernandes, com o procurador geral de Segurança Pública de São Paulo, Mario Luiz Sarrubbo, com participação ainda do presidente da Associação Paulista de Medicina, Antonio José Gonçalves, e do diretor de Defesa Profissional, Marun David Cury.

Publicada em 29 de dezembro de 2023, a Resolução SS nº 198 estabelece nova Tabela para o SUS no estado de São Paulo, melhorando a remuneração dos serviços hospitalares e profissionais nos diferentes estabelecimentos de Saúde, com ou sem fins lucrativos, incluídos no âmbito do Sistema Único de Saúde. Ela também visa reduzir filas e aumentar o atendimento na rede pública. O bom desfecho, importante registrar, celebra o empenho do atual secretário de Saúde, Eleuses Paiva.

César Fernandes parabeniza a iniciativa já que traz benefícios aos médicos, aos pacientes e demais atores da saúde, inclusive à gestão pública. Agora, entra-se em momento crucial, que é viabilizar a implantação em todos os níveis.

De acordo com a Secretaria Estadual de Saúde de SP, o dinheiro que sairá do órgão irá para as Prefeituras, sem ser direcionado diretamente para as unidades de Saúde. Ficou acordado que Sarrubbo passará uma circular para todas as comarcas do estado para que estejam atentas a este potencial problema.

A diretoria de Defesa da APM detalha que a classe médica enfatiza a necessidade de fazer com que os repasses sejam realizados de forma honesta e transparente, de modo que contribuam para todos os atuantes da Saúde, não ficando restritos às gestões municipais.

Para conferir os valores estabelecidos pela Tabela SUS Paulista e a nota técnica da Secretaria a respeito do tema, basta acessar [este](#) link.

Carreira médica

Além da Tabela SUS Paulista, os médicos aproveitaram o encontro para discutir outros tópicos diretamente relacionados à Saúde, como a má distribuição de profissionais de medicina. Foi aberto diálogo para uma semente de carreira do médico no estado de São Paulo, sem que se abra mão as carreira nacional.

Presidente do CFM fala sobre a Dengue no Brasil

Posicionamento AMB e FEBRASGO sobre parto domiciliar planejado



O **Parto Seguro** deve ser sempre o maior e o principal objetivo de todas as pessoas envolvidas nos nascimentos que ocorrem diariamente em todo o Mundo. Nascer bem é sem dúvida alguma o maior legado que pais e mães podem (e devem) deixar para seus filhos e filhas! E um conceito básico para nós, Médicos Obstetras é que a **Maternidade** é o único local seguro para que o nascimento ocorra, pois é lá que temos à disposição a infraestrutura de pessoas e também de equipamentos e insumos que podem ser a diferença entre viver e morrer, entre ter ou não uma adequada qualidade de vida!

Sabemos, entretanto, que a procura por um parto domiciliar planejado tem aumentado em vários países do mundo ¹. Os objetivos de se procurar um parto domiciliar, gravitam entre a busca de um local mais prazeroso e familiar para uma ocorrência tão íntima e fisiológica como o nascimento, assim como a suposta fuga de intervenções e medicalizações excessivas, que muitas vezes são citadas e associadas ao parto hospitalar. Entretanto, por mais que se procure selecionar aquelas parturientes de risco habitual, nas quais seria seguro um parto domiciliar, as consequências de um nascimento em local que é intrinsecamente desaparelhado para o atendimento de intercorrências não tão raras, como hemorragia e asfixia, por exemplo, tem desaconselhado esta prática. E o mau resultado que pode ocorrer acaba por transformar um local sagrado, que é a casa de todos nós, em um local de lembranças desagradáveis e perturbadoras.

A literatura e o conhecimento científico cada vez mais apresentam resultados que desencorajem e contraindicam partos domiciliares. Em países, todos de primeiro mundo, como os EUA, Canadá, Holanda e Inglaterra, a taxa de transferência do domicílio para o hospital, de partos domiciliares planejados, pode chegar até a 45% dos casos, com 70% das transferências sendo feitas antes do nascimento ocorrer². É de se considerar, que todos esses países, sem exceção, têm sistemas de transporte e vagas em hospitais bem mais eficientes do que o Brasil.

Mas os problemas da assistência ao parto domiciliar, vão muito além da taxa de transferência e das dificuldades logísticas. Em 2010, Evers e colaboradores³, publicaram no British Medical Journal, um interessante estudo feito na Holanda sobre este tema. A Holanda é o país com a mais longa tradição em partos feitos em Centro de Partos Normais, fora de hospitais e partos domiciliares planejados. O referido estudo visava comprovar a segurança desta prática. Os autores avaliaram os desfechos de 37.735 recém nascidos a termo e sem malformações congênitas, comparando os partos atendidos fora dos hospitais (partos de baixo risco) atendidos por midwives, com partos de gestantes de alto-risco, atendidos por médicos em hospitais. Por óbvio, frente às diferenças de risco das parturientes, o esperado seria um menor risco de desfecho ruim nos partos fora dos hospitais. Mas o que se viu foi justamente o contrário: a mortalidade perinatal relacionada ao parto foi 2,3 vezes maior (IC 95% de 1,12-4,83) nos partos atendidos fora dos hospitais. A mortalidade perinatal nas gestantes transferidas para os hospitais antes do nascimento neonatal foi 3,7 vezes maior (IC95% de 1,58-8,46) e a admissão em UTI neonatal foi 2,5 vezes maior (IC95% de 1,87-3,37). Após a análise dos dados, os autores concluem que o sistema de atendimento ao parto na Holanda deveria ser revisto.

Outro estudo, publicado em 2013 por Grünebaum e colaboradores no American Journal de Ginecologia e Obstetrícia⁴, avaliou os desfechos em 13.891.274 gestações únicas de recém nascido a termo nos EUA entre 2007 e 2010, através de dados obtidos no CDC. As comparações foram feitas entre partos planejados em domicílio, partos em centro de partos normais e partos hospitalares atendidos por midwives, com os partos atendidos por médicos nos hospitais: avaliando o grave desfecho de taxa de escores de APGAR de zero no 5º minuto, os partos atendidos por midwives nos hospitais teve um risco relativo significativamente menor (RR 0,55; IC 95% de 0,45-0,89), já os partos atendidos por parteiras nos CPN tiveram um risco relativo significativamente maior (RR de 3,56; IC 95% de 2,36-5,36), enquanto o resultado dos partos domiciliares atendidos em domicílio tiveram um risco de mais de dez vezes (10,55; IC 95% de 8,62-12,93), evidenciando a chance de desfecho ruim depende do local de nascimento e não do tipo de profissional que atende o parto. Em outro estudo, publicado em 2020¹ os desfechos de convulsões e paralisia cerebral nos recém nascidos mostrou resultados semelhantes, ou seja, nascer no hospital atendido por enfermeira obstétrica ou por médico, protege esses recém nascidos deste grave desfecho. Os piores desfechos são, de longe, os encontrados nos partos domiciliares. Esse estudo, avaliando dados de mais de 2 milhões de partos hospitalares e mais de 170.000 partos domiciliares, mostrou que os partos atendidos fora dos hospitais tiveram de 3 a 7 mais mortalidade perinatal. Dados estes extremamente robustos que atestam o risco significativo do local de parto na chance de mortalidade.

Sabemos também que muitas melhorias precisam e devem ser feitas nas Maternidades em nosso País! E cada um de nós tem o dever de participar e de cobrar essas melhorias. Não há também nenhuma dúvida que, no acompanhamento de uma parturiente de risco habitual, um profissional

bem treinado, como médico obstetra, médico pediatra/neonatologista, enfermeiro ou obstetriz, os resultados obstétricos e perinatais serão os melhores, desde que este atendimento ocorra dentro de um hospital/maternidade, com recursos disponíveis para a correção e tratamento de intercorrências imprevisíveis que podem surgir a qualquer momento, mesmo em gestantes saudáveis com gestações a termo.

Permitir, por deliberada opção, um parto domiciliar é sem dúvida nenhuma, um **crime de negligência**. Negligência na oferta de meios adequados para evitar que imprevistos se transformem em dados irreparáveis.

A Associação Médica Brasileira e a Febrasgo reafirmam o compromisso de ser sempre aliados de todas as mulheres grávidas no Brasil, defendendo que todos os partos no Brasil sejam feitos em condições de segurança adequada, dentro de Maternidades devidamente estruturadas para oferecer e permitir a melhor experiência de nascimento para a mulher, seu parceiro e a sua família!

1. Grünebaum A, McCullough LB , PhD; Orosz B, Chervenak. 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>
2. Declercq E, Stotland NE. Planned home birth. UpToDate. www.uptodate.com. Updated. May 17
3. Evers ACC, Brouwers HAA, Hukkelhovem CWPM, et al. Perinatal mortality and severe morbidity in low and high risk term pregnancies in the Netherlands: prospective cohort study BMJ2010; 341 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.c5639>(Published 03 November 2010)Cite this as: BMJ 2010;341:c5639
4. Grünebaum A & cols. Apgar scores of 0 at 5 minutes and neonatal seizures or serious neurologic dysfunction in relation to birth setting. AJOG 2013;209

Fonte: [AMB](#), em 21.02.2024.