

**DECLARAÇÃO**

**Declara estar ciente que o preenchimento dos campos obrigatórios do FormRol, bem como o envio dos documentos obrigatórios, são requisitos para análise de elegibilidade da proposta de atualização do Rol?**

Sim

**Declara estar ciente que o preenchimento do FormRol com conteúdo inespecífico, pouco abrangente ou incompatível com as perguntas formuladas poderá trazer prejuízo para análise de elegibilidade da proposta de atualização do Rol?**

Sim

**Declara estar ciente que os documentos de envio obrigatório deverão ser elaborados em conformidade com o disposto nos incisos XII a XIV do art. 9º da RN nº 439/2018?**

Sim

**Declara estar ciente que é obrigatório o envio dos textos completos das evidências científicas referenciadas no parecer técnico-científico - PTC/revisão sistemática?**

Sim

**Declara que as informações prestadas neste formulário eletrônico são verdadeiras?**

Sim

**BLOCO I - IDENTIFICAÇÃO DO PROPONENTE****Proponente:**

Pessoa Física

**CPF do proponente:****Nome completo do proponente:****E-mail para contato:****Telefone para contato:****Endereço para contato:****Cidade:****Unidade federativa (UF):****CEP:****Formação profissional do proponente:**

Doutoranda em Ciências, Mestre em Ciências, Bacharel em Obstetrícia

**BLOCO II - PROPOSTA DE ATUALIZAÇÃO DO ROL****Nome da tecnologia em saúde objeto da proposta de atualização do Rol:**

Acompanhamento pré-natal por enfermeira obstetra ou obstetriz para gestantes de risco habitual

**Tipo de proposta de atualização do Rol:**

Incorporação de nova tecnologia em saúde no Rol

### **Justifique o porquê da proposta de atualização do Rol:**

Em muitos países do mundo a atenção primária às gestantes é conduzida por Enfermeiras Obstétricas e/ou Obstetrizes (EOO), sendo que há diversos formatos de organização dessa atenção que coexistem em cada contexto, desde um cuidado centrado nesses profissionais EOO quanto a possibilidade de um cuidado misto, em conjunto com os médicos, tanto generalistas quanto ginecologistas obstetras (GO).(1)

No contexto brasileiro, um marco da enfermagem foi, na década de 20, a criação da Escola Anna Nery, na cidade do Rio de Janeiro, a partir de onde a formação desse profissional passa a ter um olhar integral do indivíduo e do coletivo. A partir dos anos 80 com um maior fortalecimento da atenção primária e um crescimento da ideia de prevenção em saúde, a atuação das EOO tem um crescimento nacional ampliado.(2) A regulamentação da atuação de EOO é feita pela lei do exercício profissional de enfermagem, Lei 7.498/86, que dispõe que esses profissionais são os titulares do diploma ou certificado de Enfermeira associado ao diploma ou certificado de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetriz, como também dispões sobre suas atribuições.(3) Cabe ao Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) registrar, fiscalizar e disciplinar o exercício profissional da enfermagem amparado por requisitos éticos e legais.

A Organização Pan-americana de Saúde/ Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) desde os anos 70 preconiza as funções e atividades das EOO, que abrangem tanto a assistência quanto a gestão, educação e pesquisa.(4) A Confederação Internacional de Obstetrizes (ICM) estabelece internacionalmente as competências essenciais para a prática de obstetrícia por EOO, sendo que tais competências foram atualizadas em 2018 e sua versão final publicada em 2019. Quando se trata do atendimento pré-natal estas são:

- Fornecer cuidados pré-gestacionais;
- Determinar o estado de saúde da mulher;
- Avaliar bem-estar fetal;
- Monitorar a progressão da gravidez;
- Promover e apoiar comportamentos de saúde que melhorem o bem estar;
- Fornecer orientações durante a gestação relacionada à gravidez, nascimento, amamentação, parentalidade e mudança na família;
- Detectar, estabilizar, gerenciar e encaminhar mulheres com gestações complicadas;
- Ajudar a mulher e sua família a planejar um local de nascimento apropriado;
- Prestar cuidados às mulheres com gravidez indesejada.(5)

Em 2016 a OMS divulgou as recomendações sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez, dentro deles destaca-se a delegação das tarefas de promoção de comportamentos relacionados com a saúde materna e neonatal num leque alargado de quadros, incluindo múltiplos atores, dentre eles as EOO. Essa mesma recomendação também fala da continuidade dos cuidados prestados por esses profissionais: "uma parteira conhecida ou um pequeno grupo de parteiras conhecidas que cuida de uma mulher durante o período pré-natal, intraparto e pós-natal é a recomendação para mulheres grávidas em contextos de programas de obstetrícia que funcionem devidamente".(6) Ainda a OMS, dois anos depois, em 2018, publicou recomendações para intervenções não clínicas para reduzir cesarianas desnecessárias, dentre elas, já com enfoque em acompanhamento do trabalho de parto, um dos itens é a atuação multiprofissional com a participação das EOO no cuidado à gestante e parturiente.(7)

Uma das principais referências na literatura sobre a caracterização da assistência ao pré-natal, parto e pós-parto no Brasil é o Inquérito Nacional Sobre Parto e Nascimento Nascer no Brasil, que teve sua coleta de dados entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012 e foi uma pesquisa multicêntrica de base hospitalar com abrangência nacional, coordenado pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP-Fiocruz), que trouxe dados de 23.984 mulheres e bebês que foram atendidas tanto em estabelecimentos de saúde públicos, como conveniados ao SUS e também privados. O estudo apontou uma grande ampliação do acesso à assistência pré-natal, chegando a atingir em alguns contextos cobertura pré-natal universal das gestantes brasileiras, contudo sua adequação ainda é baixa, tanto pelo início tardio do pré-natal como também por um número abaixo do indicado de consultas previstas pelo MS e déficit na realização dos exames de rotina, orientações sobre o parto e aleitamento. No estudo, afirmam que ainda é um desafio a melhora da qualidade da assistência pré-natal, como a realização de todos os procedimentos considerados efetivos para a redução de desfechos desfavoráveis.(12)

Neste mesmo estudo, 56,8% mulheres foram classificadas como risco obstétrico habitual, que no caso desse estudo significou: sem história de diabetes ou hipertensão arterial, não obesas, HIV negativas, ao nascimento a idade gestacional estava entre 37-41, com gestação única, o feto em apresentação cefálica, com peso ao nascer do recém-nascido entre 2.500g e 4.499g e entre o percentil 50 e 95 de peso ao nascer por idade gestacional.(13)

Os dados do Nascer no Brasil também trouxeram uma preocupação com a taxa brasileira de parto prematuro, que foi quase o dobro da encontrada em países europeus. Para o período 2011-2012 a taxa foi estimada em 11,5% sendo que nascimentos pré-termo que foram iniciados pelo provedor do cuidado em saúde foram 39,3% do total, e esses dados se devem quase que inteiramente (90%) às cesáreas realizadas pré-parto, em particular em serviços vinculados ao Sistema de Saúde Suplementar.(14)

A assistência pré-natal oferecida por enfermeiras obstetras e obstetrizes para gestantes de risco habitual é amplamente recomendada em diretrizes nacionais e internacionais, incluindo documentos do Ministério da Saúde brasileiro. Adicionalmente, a revisão sistemática conduzida para os fins deste relatório identificou evidência de alta qualidade metodológica de que este modelo de cuidado tem benefícios significativos quando comparado aos modelos com médicos ginecologistas obstetras liderando o cuidado ou prestando a assistência de forma predominante. Esta comparação foi analisada em duas Revisões Sistemáticas com Metanálise conduzidas pela Colaboração Cochrane, classificadas como GRADE Alto (Sandall et al 2016) e GRADE Moderado (Villar et al 2001). Ambas observaram ausência de malefícios associados a substituição do pré-natal com médicos ginecologistas obstetras por cuidado pré-natal ofertado por enfermeiras obstetras e obstetrizes, sendo que um benefício clínico considerável foi observado em termos de redução de partos prematuros pela metanálise de Sandall et al 2016.

Entende-se que estes benefícios poderiam ser ainda maiores em contextos e circunstância específicas. Por exemplo,

Villar et al 2001 observaram que não houve diferença para taxa de cesárea entre os grupos acompanhados por enfermeiras obstetras e obstetrizes e aqueles acompanhados por médicos obstetras, no entanto, a taxa de cesárea nos ECRs foi de entorno de 11% em ambos os grupos, taxa muito improvável de ser reduzido. No contexto do Sistema de Saúde Suplementar brasileiro, temos taxas de cesárea da ordem de 80-90%, de modo que é possível acreditar que a incorporação do pré-natal com enfermeiras obstetras e obstetrizes no cenário brasileiro poderia ter impactos diferentes sobre esse desfecho, transformando-se em ferramenta útil para a redução de cesáreas e intervenções.

Como conclusão, as evidências apontam resultados maternos e neonatais comparáveis (em termos de complicações) para a assistência pré-natal prestada por enfermeiras obstetras e obstetrizes ou aquela prestada por médicos obstetras, com superioridade do pré-natal no modelo com enfermeiras e obstetrizes para o desfecho de prevenção de partos prematuros. Este benefício é particularmente importante considerando os dados do inquérito nacional Nascer no Brasil que mostrou uma taxa de partos prematuros no país quase duas vezes maior do que aquela encontrada em países europeus. Para o período 2011-2012 a taxa foi estimada em 11,5% sendo que nascimentos pré-termo que foram iniciados pelo provedor do cuidado em saúde (não espontâneos) foram 39,3% do total, e esses dados se devem quase que inteiramente (90%) às cesáreas realizadas pré-parto, em particular em serviços vinculados ao Sistema de Saúde Suplementar.(11)

1. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*. John Wiley & Sons, Ltd; 2016 Apr 28;(4).
2. Duarte SJH, Andrade SMO de. Assistência pré-natal no Programa Saúde da Família. *Esc Anna Nery*. 2006 Apr;10(1):121-5.
3. Presidência da República, Casa Civil. Lei No 7.498, de 25 de Junho de 1986. Brasília; 1986.
4. Maranhão AMSA, Serafim D, Caetano LC, Galvão ML, Berni NI de O. Atividades da enfermeira obstetra no ciclo gravídico-puerperal. *Rev Bras Enferm*. Associação Brasileira de Enfermagem; 1991 Dec;44(4):90-90.
5. (ICM) IC of M. Essential Competencies for Midwifery Practice. 2019.
6. (WHO). WHO. Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez. Geneva; 2016.
7. World Health Organization (WHO). WHO recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections. Geneva; 2018.
8. Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA). The State of the world's midwifery 2014. 2014.
9. Ministério da Saúde. TabNet Win32 3.0: Nascidos vivos - Brasil [Internet]. [cited 2019 Apr 29]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>
10. United Nations. The Millennium Development Goals Report. 2015.
11. Souza JP. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016-2030). *Rev Bras Ginecol Obs*. 2015;37(12):549-51.
12. World Health Organization. Strategies toward ending preventable maternal mortality (EPMM). Geneva; 2015.
13. Leal M do C, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saude Publica*. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2014 Aug;30(suppl 1):S17-32.
14. Leal M do C, Esteves-Pereira AP, Nakamura-Pereira M, Torres JA, Theme-Filha M, Domingues RMSM, et al. Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. *Reprod Health*. BioMed Central; 2016 Oct 17;13(Suppl 3):127.

#### **Apresente a proposta de atualização do Rol, especificando a indicação de uso da tecnologia em saúde no âmbito da Saúde Suplementar:**

A tecnologia proposta é a inclusão do acompanhamento pré-natal por Enfermeiro Obstetra ou Obstetriz (EOO) no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar, especificamente para a assistência a gestantes classificadas como de baixo risco ou de risco habitual. Os "Cadernos de Atenção Básica" (CAB32) do Ministério da Saúde (MS), que abordam a atenção ao pré-natal de baixo risco, corroborados pelo "Manual Técnico de Pré-natal e Puerpério – atenção qualificada e humanizada", mencionam especificamente o acompanhamento de EOO ao pré-natal como uma consulta independente, não vinculada necessariamente à assistência médica. Este modelo de acompanhamento pode, inclusive, atender inteiramente as necessidades de pré-natal de baixo risco das gestantes brasileiras, de acordo com o MS e conforme garantido pela Lei do Exercício Profissional, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87.(15,16) Conforme o CAB32, na ocorrência de alguma intercorrência durante a gestação, as EOO devem encaminhar a gestante para o médico e continuar conjuntamente a assistência, de modo interdisciplinar. Um dos papéis importantes das EOO, além do monitoramento da saúde da gestante e rastreamento de fatores de risco, é a ação educativa, com a escuta qualificada, possibilitando a produção de mudanças benéficas para a gestante, família e comunidade.(16)

A diretriz do National Institute for Health and Care Excellence (NICE) publicada em 2008, com sua atualização mais recente em 2019, afirma, sobre o cuidador da gestante durante o pré-natal, que EOO e clínicos gerais devem ser oferecidos para as gestantes sem complicações e que o envolvimento rotineiro de obstetras no cuidado da gestante sem complicação não parece melhorar resultados perinatais em comparação à alternativa de envolver o obstetra somente quando alguma intercorrência acontece na gestação.(17)

No Sistema de Saúde Suplementar brasileiro existe a cobertura obrigatória da assistência pré-natal e exames necessários garantidos, no contexto dos planos de saúde com Obstetrícia, contudo eles somente são realizados integralmente por médicos (em sua maioria obstetras). Apesar de haver cobertura prevista para o acompanhamento pré-natal por médico, as evidências científicas disponíveis, do mais alto grau de qualidade metodológica,(1,18) apontam em uma diferença significativa entre os dois tipos de acompanhamento (por médico GO e por EOO). Esta diferenciação se dá tanto no que diz respeito ao conteúdo do acompanhamento, bem como de desfechos associados, não sendo adequado equivaler os dois tipos de acompanhamento como sendo iguais ou intercambiáveis. Além das evidências científicas representadas por revisões sistemáticas com metanálise de ensaios clínicos randomizados (GRADE alto), também diretrizes nacionais e internacionais(5-7,15-17) se mostram favoráveis à inserção das EOO no contexto do pré-natal. Deste modo, a proposição contida neste relatório é a criação de um código separado e independente, específico para a consulta de pré-natal por EOO para gestantes de risco habitual, como procedimento de cobertura obrigatória pelas operadoras de planos de saúde em âmbito nacional.

5. International Confederation of Midwives. Essential Competencies for Midwifery Practice. 2019.

6. Organização Mundial de Saúde. Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez. Geneva; 2016.
7. World Health Organization (WHO). WHO recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections. Geneva; 2018.
15. Ministério da Saúde. Pré-Natal e Puerpério Atenção Qualificada e Humanizada Manual Técnico. Brasília; 2005.
16. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco. Brasília; 2012.
17. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Antenatal care for uncomplicated pregnancies. 2008.

### BLOCO III - PROBLEMA DE SAÚDE

#### Descrição da doença/condição de saúde relacionada a proposta de atualização do Rol:

##### 1.1. Aspectos clínicos

Em muitos países do mundo a atenção primária às gestantes é conduzida por Enfermeiras Obstétricas e/ou Obstetristas (EOO), sendo que há diversos formatos de organização dessa atenção que coexistem em cada contexto, desde um cuidado centrado nesses profissionais EOO quanto a possibilidade de um cuidado misto, em conjunto com os médicos, tanto generalistas quanto ginecologistas obstetras (GO).(1) No contexto brasileiro, um marco da enfermagem foi, na década de 20, a criação da Escola Anna Nery, na cidade do Rio de Janeiro, a partir de onde a formação desse profissional passa a ter um olhar integral do indivíduo e do coletivo. A partir dos anos 80 com um maior fortalecimento da atenção primária e um crescimento da ideia de prevenção em saúde, a atuação das EOO tem um crescimento nacional ampliado.(2) A regulamentação da atuação de EOO é feita pela lei do exercício profissional de enfermagem, Lei 7.498/86, que dispõe que esses profissionais são os titulares do diploma ou certificado de Enfermeira associado ao diploma ou certificado de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetrista, como também dispões sobre suas atribuições.(3) Cabe ao Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) registrar, fiscalizar e disciplinar o exercício profissional da enfermagem amparado por requisitos éticos e legais. A Organização Pan-americana de Saúde/ Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) desde os anos 70 preconiza as funções e atividades das EOO, que abrangem tanto a assistência quanto a gestão, educação e pesquisa.(4) A Confederação Internacional de Obstetristas (ICM) estabelece internacionalmente as competências essenciais para a prática de obstetrícia por EOO, sendo que tais competências foram atualizadas em 2018 e sua versão final publicada em 2019. Quando se trata do atendimento pré-natal estas são:

- Fornecer cuidados pré-gestacionais;
- Determinar o estado de saúde da mulher;
- Avaliar bem-estar fetal;
- Monitorar a progressão da gravidez;
- Promover e apoiar comportamentos de saúde que melhorem o bem estar;
- Fornecer orientações durante a gestação relacionada à gravidez, nascimento, amamentação, parentalidade e mudança na família;
- Detectar, estabilizar, gerenciar e encaminhar mulheres com gestações complicadas;
- Ajudar a mulher e sua família a planejar um local de nascimento apropriado;
- Prestar cuidados às mulheres com gravidez indesejada.(5)

Em 2016 a OMS divulgou as recomendações sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez, dentro deles destaca-se a delegação das tarefas de promoção de comportamentos relacionados com a saúde materna e neonatal num leque alargado de quadros, incluindo múltiplos atores, dentre eles as EOO. Essa mesma recomendação também fala da continuidade dos cuidados prestados por esses profissionais: "uma parteira conhecida ou um pequeno grupo de parteiras conhecidas que cuida de uma mulher durante o período pré-natal, intraparto e pós-natal é a recomendação para mulheres grávidas em contextos de programas de obstetrícia que funcionem devidamente".(6) Ainda a OMS, dois anos depois, em 2018, publicou recomendações para intervenções não clínicas para reduzir cesarianas desnecessárias, dentre elas, já com enfoque em acompanhamento do trabalho de parto, um dos itens é a atuação multiprofissional com a participação das EOO no cuidado à gestante e parturiente.(7)

##### 1.2. Aspectos epidemiológicos

Um relatório examinando o estado atual da obstetrícia em 73 países de baixa e média renda, incluindo o Brasil, apresentado em 2014 pelo Fundo de População das Nações Unidas (Unfpa)/OMS/ICM relata que é necessário um investimento urgente em melhorar a qualidade da obstetrícia para prevenir cerca de dois terços de todas as mortes maternas e neonatais – o que salvaria milhões de vidas a cada ano. Os países selecionados para o relatório (africanos, asiáticos e latino-americanos) são responsáveis por 96% das mortes maternas globais, 91% das mortes fetais e 93% das mortes de recém-nascidos. Dentre as metas, destacam-se o acesso das mulheres ao serviço de obstetrícia, o cuidado primário de qualidade e a possibilidade de transferência direta para um nível seguinte quando necessário, aumento das EOO e suas intervenções benéficas no cuidado ao binômio e o fortalecimento do número de associações de EOO.(8)

Segundo dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC, em 2012, no Brasil, foram 2.905.789 nascidos vivos, sendo que, desses, 502.812 se deram em serviços vinculados à Saúde Suplementar. O número de nascidos vivos se manteve por volta de 2.900.000 nos anos subsequentes, demonstrando a relevância epidemiológica da discussão a respeito de melhores práticas de pré-natal no âmbito da Saúde Suplementar.(9) Adicionalmente, no contexto mais geral, o Brasil junto de outros países membros das Nações Unidas nos anos 2000 em uma assembleia assinaram os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) – que foram oito metas gerais acordadas que deveriam ter sido alcançados até 2015. O quinto ODM era a melhoria da saúde materna, uma redução de  $\frac{3}{4}$  da razão da mortalidade materna (RMM) entre 1990 e 2015 chegando a 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos em 2015, que infelizmente não foi alcançado pelo país.(10) Mesmo ainda sem atingir essa meta, os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016–2030) acordam para o país uma meta ainda mais baixa, sair das aproximadamente 60 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos para 20 a cada 100.000 nascidos vivos.(11) Dentre as estratégias definidas pela OMS para erradicar a morte materna evitável, está estabelecido que os países devem desenvolver estratégias nacionais para melhorar a cobertura da assistência durante o trabalho de parto e parto, incluir cuidados pré-concepcionais e interconcepcionais, planejamento familiar, cuidados pré-natais e cuidados pós-parto ampliando a cobertura de serviços de alta qualidade baseada em evidências científicas.(12)

Uma das principais referências na literatura sobre a caracterização da assistência ao pré-natal, parto e pós-parto no

Brasil é o Inquérito Nacional Sobre Parto e Nascimento Nascer no Brasil, que teve sua coleta de dados entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012 e foi uma pesquisa multicêntrica de base hospitalar com abrangência nacional, coordenado pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP-Fiocruz), que trouxe dados de 23.984 mulheres e bebês que foram atendidas tanto em estabelecimentos de saúde públicos, como conveniados ao SUS e também privados. O estudo apontou uma grande ampliação do acesso à assistência pré-natal, chegando a atingir em alguns contextos cobertura pré-natal universal das gestantes brasileiras, contudo sua adequação ainda é baixa, tanto pelo início tardio do pré-natal como também por um número abaixo do indicado de consultas previstas pelo MS e déficit na realização dos exames de rotina, orientações sobre o parto e aleitamento. No estudo, afirmam que ainda é um desafio a melhora da qualidade da assistência pré-natal, como a realização de todos os procedimentos considerados efetivos para a redução de desfechos desfavoráveis.(12)

Neste mesmo estudo, 56,8% mulheres foram classificadas como risco obstétrico habitual, que no caso desse estudo significou: sem história de diabetes ou hipertensão arterial, não obesas, HIV negativas, ao nascimento a idade gestacional estava entre 37-41, com gestação única, o feto em apresentação cefálica, com peso ao nascer do recém-nascido entre 2.500g e 4.499g e entre o percentil 50 e 95 de peso ao nascer por idade gestacional.(13)

Os dados do Nascer no Brasil também trouxeram uma preocupação com a taxa brasileira de parto prematuro, que foi quase o dobro da encontrada em países europeus. Para o período 2011-2012 a taxa foi estimada em 11,5% sendo que nascimentos pré-termo que foram iniciados pelo provedor do cuidado em saúde foram 39,3% do total, e esses dados se devem quase que inteiramente (90%) às cesáreas realizadas pré-parto, em particular em serviços vinculados ao Sistema de Saúde Suplementar.(14)

1. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*. John Wiley & Sons, Ltd; 2016 Apr 28;(4).
2. Duarte SJH, Andrade SMO de. Assistência pré-natal no Programa Saúde da Família. *Esc Anna Nery*. 2006 Apr;10(1):121-5.
3. Presidência da República, Casa Civil. Lei No 7.498, de 25 de Junho de 1986. Brasília; 1986.
4. Maranhão AMSA, Serafim D, Caetano LC, Galvão ML, Berni NI de O. Atividades da enfermeira obstetra no ciclo gravídico-puerperal. *Rev Bras Enferm*. Associação Brasileira de Enfermagem; 1991 Dec;44(4):90-90.
5. (ICM) IC of M. Essential Competencies for Midwifery Practice. 2019.
6. (WHO). WHO. Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez. Geneva; 2016.
7. World Health Organization (WHO). WHO recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections. Geneva; 2018.
8. Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA). The State of the world's midwifery 2014. 2014.
9. Ministério da Saúde. TabNet Win32 3.0: Nascidos vivos - Brasil [Internet]. [cited 2019 Apr 29]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>
10. United Nations. The Millennium Development Goals Report. 2015.
11. Souza JP. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016-2030). *Rev Bras Ginecol Obs*. 2015;37(12):549-51.
12. World Health Organization. Strategies toward ending preventable maternal mortality (EPMM). Geneva; 2015.
13. Leal M do C, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saude Publica*. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2014 Aug;30(suppl 1):S17-32.
14. Leal M do C, Esteves-Pereira AP, Nakamura-Pereira M, Torres JA, Theme-Filha M, Domingues RMSM, et al. Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. *Reprod Health*. BioMed Central; 2016 Oct 17;13(Suppl 3):127.

### **Diagnóstico - Padrão ouro para o diagnóstico da doença/condição de saúde:**

Conforme o Caderno de Atenção Básica 32 do Ministério da Saúde, o diagnóstico da gravidez deve ser feito obedecendo as seguintes recomendações:

"Toda mulher da área de abrangência da unidade de saúde e com história de atraso menstrual de mais de 15 dias deverá ser orientada pela equipe de saúde a realizar o Teste Imunológico de Gravidez (TIG), que será solicitado pelo médico ou enfermeiro. Este teste é considerado o método mais sensível e confiável, embora seja também um teste caro [grau de recomendação D]. Alguns testes urinários têm baixa taxa de resultados falsos positivos, mas elevada taxa de resultados falsos negativos, o que pode atrasar o início do pré-natal.

A dosagem de gonadotrofina coriônica humana (βHCG) para o diagnóstico precoce da gravidez, com a utilização de medidas quantitativas precisas e rápidas, tornou este teste mundialmente reconhecido para confirmar a ocorrência de gravidez. O βHCG pode ser detectado no sangue periférico da mulher grávida entre 8 a 11 dias após a concepção. Os níveis plasmáticos aumentam rapidamente até atingir um pico entre 60 e 90 dias de gravidez. A maioria dos testes tem sensibilidade para detecção de gravidez entre 25 a 30mUI/ml. Resultados falsos positivos ocorrem na faixa entre 2 a 25mUI/ml. Do ponto de vista prático, níveis menores que 5mUI/ml são considerados negativos e acima de 25mUI/ml são considerados positivos."

### **Tratamento - Conjunto de intervenções em saúde atualmente utilizado no manejo da doença/condição de saúde:**

Não aplicável, uma vez que não há tratamento para a gestação, salvo exceções patológicas. Diretrizes específicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde definem as condutas para monitoramento e acompanhamento da gestação, bem como medidas a serem tomadas caso surjam condições patológicas ou emergências, como o Caderno de Atenção Básica 32 para o Pré-Natal de Baixo Risco (2012) e o Manual Técnico Gestação de Alto Risco (2012).

### **Prognóstico da doença/condição de saúde:**

O trabalho de parto não é considerado uma doença ou condição patológica e a evolução esperada é a progressão usual da gestação, culminando com o nascimento do concepto. Em situações patológicas, pode ser necessária a interrupção da gestação, por exemplo através de uma indução do parto ou cesárea. Gestações podem ainda evoluir com abortamentos espontâneos, mais comumente de primeiro trimestre.

### **Qual a incidência da doença/condição de saúde por 100.000 habitantes?**



No âmbito da Saúde Suplementar, para o ano de 2021 estima-se um total de 519.153 nascimentos para uma população de beneficiários de 52.079.472, resultando em aproximadamente 996 nascimentos por 100.000 beneficiários. Considerando uma cobertura pré-natal próxima a 100% e desconsiderando os abortamentos, este número pode ser utilizado como aproximação do total de gestações. Destas, estima-se que cerca de 50% correspondam a gestações de baixo risco ou risco habitual, conforme Leal et al 2014.

#### **Qual a prevalência da doença/condição de saúde por 100.000 habitantes?**

No âmbito da Saúde Suplementar, para o ano de 2021 estima-se um total de 519.153 nascimentos para uma população de beneficiários de 52.079.472, resultando em aproximadamente 996 nascimentos por 100.000 beneficiários. Considerando uma cobertura pré-natal próxima a 100% e desconsiderando os abortamentos, este número pode ser utilizado como aproximação do total de gestações. Destas, estima-se que cerca de 50% correspondam a gestações de baixo risco ou risco habitual, conforme Leal et al 2014.

#### **Qual a taxa de mortalidade da doença/condição de saúde por 100.000 habitantes?**

Em termos de morte materna, o Brasil tem atualmente uma taxa de 62 por 100,000 nascidos vivos.

### **População-alvo**

Delimitar a população-alvo para a tecnologia em saúde em proposição.

#### **A população-alvo para a utilização da tecnologia em proposição é composta por um grupo específico da população de pacientes com a doença/condição de saúde?**

Sim, a população alvo é formada por um grupo específico de pacientes com a doença/condição de saúde.

#### **Defina a população-alvo para utilização da tecnologia em saúde:**

Apenas gestantes classificadas como de baixo risco ou risco habitual são consideradas elegíveis para a tecnologia em questão.

#### **A população-alvo representa que percentual da população com a doença/condição de saúde?**

56,8% (conforme Leal et al 2014)

### **População-alvo - Estimativas anuais**

Considerando a população-alvo e na perspectiva da Saúde Suplementar, fornecer uma estimativa anual quanto ao número de indivíduos que poderá utilizar a tecnologia nos primeiros cinco anos.

#### **1º ano:**

29488

#### **2º ano:**

44389

#### **3º ano:**

59396

#### **4º ano:**

74510

#### **5º ano:**

89730

### **Referências Bibliográficas**

**Referências bibliográficas completas utilizadas para citação dos dados epidemiológicos da doença/condição de saúde, bem como para delimitação da população-alvo (quando possível, incluir identificador de objeto digital - DOI/link para acesso web):**

- 1) MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC e SIP/ANS (apresentação ANS de jan/2015)
- 2) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. SIDRA IBGE: Banco de Tabelas Estatísticas. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/home/pimpfbr/brasil>
- 3) 13. Leal M do C, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. Cad Saude Publica. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2014 Aug;30(suppl 1):S17–32.
- 4) Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN da, Theme Filha MM, Costa JV da, et al. Assistência pré-natal no Brasil. Cad Saude Publica. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2014 Aug;30(suppl 1):S85–100

**BLOCO IV - TECNOLOGIA EM SAÚDE****Tipo de tecnologia em saúde:**

Procedimento Clínico

**Categorização da tecnologia em saúde:**

Inovação tecnológica

**Natureza da tecnologia :**Prevenção  
Terapia**Âmbito assistencial:**

Ambulatorial

**Caracterização da tecnologia em relação à(s) existente(s) no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente:**

Alternativa: a tecnologia proposta é uma opção à(s) já existente(s) no Rol

**O procedimento está listado em uma tabela profissional?**

Não

**O procedimento está listado na Terminologia Unificada da Saúde Suplementar - TUSS?**

Não

**O procedimento já está contemplado no Rol?**

Não

**Nome do procedimento em língua inglesa :**

Antenatal care provided by midwives

**Apresentar descrição técnica detalhada do procedimento:**

A tecnologia proposta é a inclusão do acompanhamento pré-natal por Enfermeiro Obstetra ou Obstetriz (EOO) no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar, especificamente para a assistência a gestantes classificadas como de baixo risco ou de risco habitual. Os "Cadernos de Atenção Básica" (CAB32) do Ministério da Saúde (MS), que abordam a atenção ao pré-natal de baixo risco, corroborados pelo "Manual Técnico de Pré-natal e Puerpério – atenção qualificada e humanizada", mencionam especificamente o acompanhamento de EOO ao pré-natal como uma consulta independente, não vinculada necessariamente à assistência médica. Este modelo de acompanhamento pode, inclusive, atender inteiramente as necessidades de pré-natal de baixo risco das gestantes brasileiras, de acordo com o MS e conforme garantido pela Lei do Exercício Profissional, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87.(15,16) Conforme o CAB32, na ocorrência de alguma intercorrência durante a gestação, as EOO devem encaminhar a gestante para o médico e continuar conjuntamente a assistência, de modo interdisciplinar. Um dos papéis importantes das EOO, além do monitoramento da saúde da gestante e rastreamento de fatores de risco, é a ação educativa, com a escuta qualificada, possibilitando a produção de mudanças benéficas para a gestante, família e comunidade.(16)

A diretriz do National Institute for Health and Care Excellence (NICE) publicada em 2008, com sua atualização mais recente em 2019, afirma, sobre o cuidador da gestante durante o pré-natal, que EOO e clínicos gerais devem ser oferecidos para as gestantes sem complicações e que o envolvimento rotineiro de obstetras no cuidado da gestante sem complicação não parece melhorar resultados perinatais em comparação à alternativa de envolver o obstetra somente quando alguma intercorrência acontece na gestação.(17)

No Sistema de Saúde Suplementar brasileiro existe a cobertura obrigatória da assistência pré-natal e exames necessários garantidos, no contexto dos planos de saúde com Obstetrícia, contudo eles somente são realizados integralmente por médicos (em sua maioria obstetras). Apesar de haver cobertura prevista para o acompanhamento pré-natal por médico, as evidências científicas disponíveis, do mais alto grau de qualidade metodológica,(1,18) apontam em uma diferença significativa entre os dois tipos de acompanhamento (por médico GO e por EOO). Esta diferenciação se dá tanto no que diz respeito ao conteúdo do acompanhamento, bem como de desfechos associados, não sendo adequado equivar os dois tipos de acompanhamento como sendo iguais ou intercambiáveis. Além das evidências científicas representadas por revisões sistemáticas com metanálise de ensaios clínicos randomizados (GRADE alto), também diretrizes nacionais e internacionais(5–7,15–17) se mostram favoráveis à inserção das EOO no contexto do pré-natal. Deste modo, a proposição contida neste relatório é a criação de um código separado e independente, específico para a consulta de pré-natal por EOO para gestantes de risco habitual, como procedimento de cobertura obrigatória pelas operadoras de planos de saúde em âmbito nacional.

1. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database Syst Rev. John Wiley & Sons, Ltd; 2016 Apr 28;(4).
2. Duarte SJH, Andrade SMO de. Assistência pré-natal no Programa Saúde da Família. Esc Anna Nery. 2006 Apr;10(1):121–5.
3. Presidência da República, Casa Civil. Lei No 7.498, de 25 de Junho de 1986. Brasília; 1986.
4. Maranhão AMSA, Serafim D, Caetano LC, Galvão ML, Berni NI de O. Atividades da enfermeira obstetra no ciclo gravídico-puerperal. Rev Bras Enferm. Associação Brasileira de Enfermagem; 1991 Dec;44(4):90–90.
5. (ICM) IC of M. Essential Competencies for Midwifery Practice. 2019.

6. (WHO). WHO. Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez. Geneva; 2016.
7. World Health Organization (WHO). WHO recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections. Geneva; 2018.
8. Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA). The State of the world's midwifery 2014. 2014.
9. Ministério da Saúde. TabNet Win32 3.0: Nascidos vivos - Brasil [Internet]. [cited 2019 Apr 29]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>
10. United Nations. The Millennium Development Goals Report. 2015.
11. Souza JP. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016-2030). Rev Bras Ginecol Obs. 2015;37(12):549-51.
12. World Health Organization. Strategies toward ending preventable maternal mortality (EPMM). Geneva; 2015.
13. Leal M do C, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. Cad Saude Publica. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2014 Aug;30(suppl 1):S17-32.
14. Leal M do C, Esteves-Pereira AP, Nakamura-Pereira M, Torres JA, Theme-Filha M, Domingues RMSM, et al. Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. Reprod Health. BioMed Central; 2016 Oct 17;13(Suppl 3):127.
15. Ministério da Saúde. Pré-Natal e Puerpério Atenção Qualificada e Humanizada Manual Técnico. Brasília; 2005.
16. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco. Brasília; 2012.
17. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Antenatal care for uncomplicated pregnancies. 2008.
18. Villar J, Carroli G, Khan-Neelofur D, Piaggio GG, Gülmezoglu AM. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy. In: Villar J, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2001. p. CD000934.

**Descrever os impactos da tecnologia, em termos de benefícios clínicos, para a morbimortalidade e para qualidade de vida associada a doença/condição de saúde:**

Um relatório examinando o estado atual da obstetrícia em 73 países de baixa e média renda, incluindo o Brasil, apresentado em 2014 pelo Fundo de População das Nações Unidas (Unfpa)/OMS/ICM relata que é necessário um investimento urgente em melhorar a qualidade da obstetrícia para prevenir cerca de dois terços de todas as mortes maternas e neonatais – o que salvaria milhões de vidas a cada ano. Os países selecionados para o relatório (africanos, asiáticos e latino-americanos) são responsáveis por 96% das mortes maternas globais, 91% das mortes fetais e 93% das mortes de recém-nascidos. Dentre as metas, destacam-se o acesso das mulheres ao serviço de obstetrícia, o cuidado primário de qualidade e a possibilidade de transferência direta para um nível seguinte quando necessário, aumento das EOO e suas intervenções benéficas no cuidado ao binômio e o fortalecimento do número de associações de EOO.

Adicionalmente, no contexto mais geral, o Brasil junto de outros países membros das Nações Unidas nos anos 2000 em uma assembleia assinaram os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) – que foram oito metas gerais acordadas que deveriam ter sido alcançadas até 2015. O quinto ODM era a melhoria da saúde materna, uma redução de  $\frac{3}{4}$  da razão da mortalidade materna (RMM) entre 1990 e 2015 chegando a 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos em 2015, que infelizmente não foi alcançado pelo país. Mesmo ainda sem atingir essa meta, os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016–2030) acordam para o país uma meta ainda mais baixa, sair das aproximadamente 60 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos para 20 a cada 100.000 nascidos vivos. Dentre as estratégias definidas pela OMS para erradicar a morte materna evitável, está estabelecido que os países devem desenvolver estratégias nacionais para melhorar a cobertura da assistência durante o trabalho de parto e parto, incluir cuidados pré-concepcionais e interconcepcionais, planejamento familiar, cuidados pré-natais e cuidados pós-parto ampliando a cobertura de serviços de alta qualidade baseada em evidências científicas.

Uma das principais referências na literatura sobre a caracterização da assistência ao pré-natal, parto e pós-parto no Brasil é o Inquérito Nacional Sobre Parto e Nascimento Nascido no Brasil, que teve sua coleta de dados entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012 e foi uma pesquisa multicêntrica de base hospitalar com abrangência nacional, coordenado pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP-Fiocruz), que trouxe dados de 23.984 mulheres e bebês que foram atendidas tanto em estabelecimentos de saúde públicos, como conveniados ao SUS e também privados. O estudo apontou uma grande ampliação do acesso à assistência pré-natal, chegando a atingir em alguns contextos cobertura pré-natal universal das gestantes brasileiras, contudo sua adequação ainda é baixa, tanto pelo início tardio do pré-natal como também por um número abaixo do indicado de consultas previstas pelo MS e déficit na realização dos exames de rotina, orientações sobre o parto e aleitamento. No estudo, afirmam que ainda é um desafio a melhora da qualidade da assistência pré-natal, como a realização de todos os procedimentos considerados efetivos para a redução de desfechos desfavoráveis.

Neste mesmo estudo, 56,8% mulheres foram classificadas como risco obstétrico habitual, que no caso desse estudo significou: sem história de diabetes ou hipertensão arterial, não obesas, HIV negativas, ao nascimento a idade gestacional estava entre 37-41, com gestação única, o feto em apresentação cefálica, com peso ao nascer do recém-nascido entre 2.500g e 4.499g e entre o percentil 50 e 95 de peso ao nascer por idade gestacional.

Os dados do Nascido no Brasil também trouxeram uma preocupação com a taxa brasileira de parto prematuro, que foi quase o dobro da encontrada em países europeus. Para o período 2011-2012 a taxa foi estimada em 11,5% sendo que nascimentos pré-termo que foram iniciados pelo provedor do cuidado em saúde foram 39,3% do total, e esses dados se devem quase que inteiramente (90%) às cesáreas realizadas pré-parto, em particular em serviços vinculados ao Sistema de Saúde Suplementar.

A assistência pré-natal oferecida por enfermeiras obstetras e obstetrias para gestantes de risco habitual é amplamente recomendada em diretrizes nacionais e internacionais, incluindo documentos do Ministério da Saúde brasileiro. Adicionalmente, a revisão sistemática conduzida para os fins deste relatório identificou evidência de alta qualidade metodológica de que este modelo de cuidado tem benefícios significativos quando comparado aos modelos com médicos ginecologistas obstetras liderando o cuidado ou prestando a assistência de forma predominante. Esta comparação foi analisada em duas Revisões Sistemáticas com Metanálise conduzidas pela Colaboração Cochrane, classificadas como GRADE Alto (Sandall et al 2016) e GRADE Moderado (Villar et al 2001). Ambas observaram ausência de malefícios



associados a substituição do pré-natal com médicos ginecologistas obstetras por cuidado pré-natal ofertado por enfermeiras obstetras e obstetrizes, sendo que um benefício clínico considerável foi observado em termos de redução de partos prematuros pela metanálise de Sandall et al 2016.

Entende-se que estes benefícios poderiam ser ainda maiores em contextos e circunstância específicas. Por exemplo, Villar et al 2001 observaram que não houve diferença para taxa de cesárea entre os grupos acompanhados por enfermeiras obstetras e obstetrizes e aqueles acompanhados por médicos obstetras, no entanto, a taxa de cesárea nos ECRs foi de entorno de 11% em ambos os grupos, taxa muito improvável de ser reduzido. No contexto do Sistema de Saúde Suplementar brasileiro, temos taxas de cesárea da ordem de 80-90%, de modo que é possível acreditar que a incorporação do pré-natal com enfermeiras obstetras e obstetrizes no cenário brasileiro poderia ter impactos diferentes sobre esse desfecho, transformando-se em ferramenta útil para a redução de cesáreas e intervenções.

Como conclusão, as evidências apontam resultados maternos e neonatais comparáveis (em termos de complicações) para a assistência pré-natal prestada por enfermeiras obstetras e obstetrizes ou aquela prestada por médicos obstetras, com superioridade do pré-natal no modelo com enfermeiras e obstetrizes para o desfecho de prevenção de partos prematuros.

Este benefício é particularmente importante considerando os dados do inquérito nacional Nascer no Brasil que mostrou uma taxa de partos prematuros no país quase duas vezes maior do que aquela encontrada em países europeus. Para o período 2011-2012 a taxa foi estimada em 11,5% sendo que nascimentos pré-termo que foram iniciados pelo provedor do cuidado em saúde (não espontâneos) foram 39,3% do total, e esses dados se devem quase que inteiramente (90%) às cesáreas realizadas pré-parto, em particular em serviços vinculados ao Sistema de Saúde Suplementar.

**Descrever os eventos adversos associados a realização do procedimento, a gravidade destes eventos e a frequência com que ocorrem:**

Não foram identificados, na revisão sistemática da literatura, eventos adversos, efeitos negativos ou danos associados ao pré-natal acompanhado por enfermeiras obstetras ou obstetrizes.

**O procedimento contempla a utilização de OPME (Órteses, Próteses e Materiais Especiais) relacionada ao ato cirúrgico?**

Não

**É necessária a realização de anestesia para a execução do procedimento? :**

Não

**Existe a necessidade de outras tecnologias de apoio (diagnóstico ou terapêutico) para execução da tecnologia proposta?**

Sim

**Especifique as tecnologias de apoio (quando pertinente, fazer referência ao nome e código da tecnologia em tabela profissional e/ou na TUSS):**

São necessários, para o acompanhamento pré-natal regular, independente do profissional prestador do cuidado, a realização de exames complementares (laboratoriais e de imagem), que já estão no entanto contemplados no Rol, sendo de uso corriqueiro.

**As tecnologias de apoio já estão contempladas no Rol?**

Sim

**Considerando a indicação proposta para a tecnologia, quanto a avaliação pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS - CONITEC:**

A tecnologia não foi submetida a avaliação da CONITEC

**A tecnologia em proposição está contemplada em um PCDT do Ministério da Saúde?**

Não

**A tecnologia em proposição está contemplada no SIGTAP?**

Sim

**Apresentar código(s) e termo(s) descritivo(s) vinculado(s) a tecnologia em proposição no SIGTAP:**

Procedimento: 03.01.01.011-0 - CONSULTA PRE-NATAL

**Descrição**

INCLUI A AVALIAÇÃO DO ESTADO GERAL DA GESTANTE, DE PROGRESSÃO DO ESTADO GESTACIONAL E DE AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO FETAL.

**CBOs compatíveis**

2231F9 Médico residente  
223505 Enfermeiro  
223530 Enfermeiro do trabalho  
223545 Enfermeiro obstétrico  
223550 Enfermeiro psiquiátrico  
223560 Enfermeiro sanitário  
223565 Enfermeiro da estratégia de saúde da família  
225105 Médico acupunturista

225125 Médico clínico  
 225130 Médico de família e comunidade  
 225142 Médico da estratégia de saúde da família  
 225154 Médico Antroposófico  
 225170 Médico generalista  
 225195 Médico homeopata  
 225250 Médico ginecologista e obstetra

**No âmbito da Saúde Suplementar, a tecnologia em proposição demanda o estabelecimento de uma DUT ou a alteração de uma DUT já existente (caso o procedimento já esteja contemplado no Rol)?**

Não

## BLOCO V - TECNOLOGIA ALTERNATIVA (COMPARADOR)

**O Rol de Procedimentos possui uma ou mais tecnologias alternativas a tecnologia em saúde em proposição?**

Sim

**Especificar a(s) tecnologia(s) alternativa(s) existente(s) no Rol de Procedimentos, conforme RN nº 428/2017 e anexos:**

CONSULTA MÉDICA

**Quais são os ganhos/benefícios esperados da utilização da tecnologia em proposição em comparação com as tecnologias alternativas já existentes no Rol de Procedimentos?**

Duas revisões sistemáticas da Colaboração Cochrane avaliaram a comparação entre pré-natal acompanhado por enfermeiras obstetras ou obstetrizes (EOO) ou médicos obstetras (GO).

Em Villar et al 2001, não houve diferença estatisticamente significativa entre o grupo cuidado primariamente por EOOs e o grupo cuidado por GOs para diversos desfechos mensurados, incluindo taxa de cesárea, anemia, infecção urinária e hemorragia pós-parto. Houve uma tendência não estatisticamente significativa de menor risco de parto prematuro e hemorragia anteparto. Houve ainda uma tendência a menor risco de óbito perinatal no grupo atendido por EOO comparado a GO, também sem significância estatística. De forma inesperada, o grupo que recebeu cuidado por EOO teve menos hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia. Em relação à satisfação das mulheres com o cuidado, o grupo cuidado por EOOs teve avaliação similar ou superior ao grupo cuidador por GOs.

Em Sandall et al 2016, foram identificados e incluídos na revisão sistemática com metanálise 15 ECRs avaliando 17674 mulheres, conduzidos dentro dos sistemas públicos de saúde dos seguintes países: Austrália, Canadá, Irlanda e Reino Unido. Destes, oito estudos compararam o modelo de continuidade de cuidados pela EOO com um modelo compartilhado (tanto médicos quanto EOO na assistência), 3 estudos compararam com um modelo exclusivamente médico ou centrado na figura do médico e 3 estudos compararam com cuidado padrão, sendo este definido como um misto de cuidado compartilhado ou centrado no médico, diferente em cada estudo. Oito estudos incluíram mulheres exclusivamente de risco habitual, enquanto os demais tiveram risco variável ou misto (tanto baixo quanto alto risco). A avaliação da qualidade dos estudos feita pelo método GRADE indicou alta qualidade e os autores analisaram que novos estudos muito provavelmente trariam resultados similares, ou seja, que a confiabilidade nos resultados apresentados é significativa.

Em termos dos desfechos específicos selecionados para este relatório, independente do status de risco das gestantes (análise de subgrupo), observou-se que mulheres atendidas no modelo de cuidados por EOO têm:

- Menor risco de parto prematuro antes de 37 semanas (RR médio 0,76, IC 95% 0,64 a 0,91; participantes = 13238; estudos = 8; alta qualidade)
- Riscos similares de necessitar de uma hospitalização durante a gestação (RR médio 0,95, IC 95% 0,85 a 1,05; participantes = 7731; estudos = 7; alta qualidade)

Na análise de subgrupo de acordo com o status de risco das mulheres, foi avaliado apenas o desfecho de parto prematuro, sem resultados para hospitalização na gestação. Nesta análise, no grupo de baixo risco, houve redução do risco de parto prematuro no grupo que foi acompanhado por EOO, com RR de 0,71 e IC 95% 0,54 a 0,92, representando uma redução de 29% na probabilidade de ter um parto prematuro. No grupo de alto risco, não observou-se diferença estatisticamente significativa entre os modelos de cuidado.

**Listar, caso existentes, tecnologias alternativas que não estão contempladas no Rol (quando pertinente, fazer referência ao nome e código da tecnologia em tabela profissional e/ou na TUSS):**

Não aplicável.

## BLOCO VI - EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS

**Anexar parecer técnico-científico - PTC/revisão sistemática - ENVIO OBRIGATÓRIO:**

[Download](#)

## Pergunta de Pesquisa

Apresentação da estratégia PICO formulada para busca das evidências científicas incluídas no parecer técnico-científico – PTC/revisão sistemática.

**Definir a População:**

Gestantes de risco habitual ou baixo risco

**Definir a Intervenção:**

Acompanhamento pré-natal (consultas de pré-natal) realizado por enfermeiras obstetras ou obstetizes

**Definir o Comparador:**

Acompanhamento pré-natal (consultas de pré-natal) realizado por médicos obstetras

**Definir o Desfecho (Outcome):**

Qualquer desfecho avaliado nos estudos, com foco em redução de cesáreas e intervenções e desfechos maternos e neonatais

**Textos completos**

Anexar somente um documento em cada caixa de seleção. Tamanho máximo do arquivo em cada caixa: 1 mb.

**Texto completo de evidência científica referenciada no PTC/Revisão sistemática:**

[Download](#)

**Texto completo de evidência científica referenciada no PTC/Revisão sistemática:**

[Download](#)

**BLOCO VII - DADOS ECONÔMICOS****Qual tipo de estudo de avaliação econômica em saúde (AES) foi realizado?**

Custo-efetividade

**Anexar estudo de avaliação econômica em saúde (AES) - ENVIO OBRIGATÓRIO:**

[Download](#)

**Anexar análise de impacto orçamentário (AIO) - ENVIO OBRIGATÓRIO:**

[Download](#)

**Planilha - Modelo econômico (OPCIONAL):**

[Download](#)

**BLOCO VIII - CAPACIDADE INSTALADA****Na perspectiva da saúde suplementar, a tecnologia está disponível em âmbito nacional?**

Sim

**Justifique, na perspectiva da saúde suplementar, a afirmação quanto a disponibilidade da tecnologia em âmbito nacional:**

Existem, no país, programas de residência em enfermagem obstétrica e cursos de especialização para formação de enfermeiras obstetras, além de um curso de formação de Obstetizes no estado de São Paulo. A categoria profissional tem ainda representação associativa através da Associação Brasileira de Enfermeiras Obstetras e Obstetizes - ABENFO, que possui seções em todas as regiões do país. Adicionalmente, a profissão é regulada pelo Conselho Federal de Enfermagem e respectivos conselhos regionais, que também possuem abrangência nacional.

**Que profissionais precisam estar envolvidos na execução do procedimento?**

Estarão envolvidos na execução dos procedimentos apenas enfermeiras obstetras e/ou obstetizes, exclusivamente, sem necessidade de profissionais adicionais.

**O procedimento requer capacitação/habilitação profissional específica para sua execução?**

Sim

**Especificar a capacitação/habilitação profissional necessária para execução do procedimento:**

Duas categorias profissionais podem executar o procedimento, quais sejam:

- Enfermeiras obstetras: profissionais com graduação em Enfermagem e Especialização ou Residência em Enfermagem Obstétrica

- Obstetizes: profissionais com graduação em Obstetrícia

Ambas as profissões são reguladas pela Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (Lei 7.498/86, de 25 de Junho de 1986) e complementos.

**Que tipos de estabelecimentos de saúde possuem a estrutura física e/ou a habilitação necessárias para execução do procedimento?**

Consultórios, serviços ambulatoriais ou ambulatórios integrantes de serviços hospitalares que ofereçam atendimento de pré-natal para gestantes de risco habitual ou baixo risco. Tais serviços já são habitualmente equipados e preparados com os recursos necessários para a realização da consulta de pré-natal regular.

**Descreva a estrutura física e especifique, citando o número de registro na ANVISA, os equipamentos, insumos e demais produtos para saúde necessários para execução do procedimento:**

A estrutura física necessária é a de um consultório ou ambulatório simples, contendo maca, além de balança, esfigmomanômetro, estetoscópio, luva de procedimento, relógio, termômetro, fita métrica, sonar ou pinard para ausculta de batimentos cardíacos fetais, formulários específicos e prontuário.

**Estabelecimentos de saúde**

Fornecer, na perspectiva da saúde suplementar, o número de estabelecimentos de saúde, por UF, com a estrutura física e os equipamentos necessários a operacionalização da tecnologia em saúde em proposição. Caso para algum campo não possua a informação, por favor, escrever "Sem informação".

<b>Acre - AC:</b>	Sem informação
<b>Alagoas - AL:</b>	Sem informação
<b>Amapá- AP:</b>	Sem informação
<b>Amazonas - AM:</b>	Sem informação
<b>Bahia - BA:</b>	Sem informação
<b>Ceará - CE:</b>	Sem informação
<b>Distrito Federal - DF:</b>	Sem informação
<b>Espírito Santo - ES:</b>	Sem informação
<b>Goiás - GO:</b>	Sem informação
<b>Maranhão - MA:</b>	Sem informação
<b>Mato Grosso - MT:</b>	Sem informação
<b>Mato Grosso do Sul - MS:</b>	Sem informação
<b>Minas Gerais - MG:</b>	Sem informação
<b>Pará - PA:</b>	Sem informação
<b>Paraíba - PB:</b>	Sem informação
<b>Paraná - PR:</b>	Sem informação
<b>Pernambuco - PE:</b>	Sem informação
<b>Piauí - PI:</b>	Sem informação
<b>Rio de Janeiro - RJ:</b>	Sem informação
<b>Rio Grande do Norte - RN:</b>	Sem informação
<b>Rio Grande do Sul - RS:</b>	Sem informação
<b>Rondônia - RO:</b>	Sem informação
<b>Roraima - RR:</b>	Sem informação
<b>Santa Catarina - SC:</b>	Sem informação
<b>São Paulo - SP:</b>	Sem informação
<b>Sergipe - SE:</b>	Sem informação
<b>Tocantins - TO :</b>	Sem informação

**Quais foram as fontes de informação utilizadas para estabelecer o nº de estabelecimentos de saúde com a**

**estrutura física e os equipamentos necessários para a execução do procedimento em âmbito nacional?**

Não estão disponíveis informações em fonte pública de acesso aberto para consulta a respeito do número de estabelecimentos no país que atendam às especificações no âmbito da Saúde Suplementar.

**Considerações adicionais, na perspectiva da saúde suplementar, quanto a disponibilidade de estabelecimentos de saúde com a estrutura física e os equipamentos necessários para a execução do procedimento em âmbito nacional:**

Nenhuma.

**Profissionais de saúde**

Fornecer, na perspectiva da saúde suplementar, o número de profissionais de saúde, por UF, habilitados/capacitados a operacionalização da tecnologia em saúde em proposição. Caso para algum campo não possua a informação, por favor, escrever "Sem informação".

<b>Acre - AC:</b>	Sem informação
<b>Alagoas - AL:</b>	Sem informação
<b>Amapá - AP:</b>	Sem informação
<b>Amazonas - AM:</b>	Sem informação
<b>Bahia - BA:</b>	Sem informação
<b>Ceará - CE:</b>	Sem informação
<b>Distrito Federal - DF:</b>	Sem informação
<b>Espírito Santo - ES:</b>	Sem informação
<b>Goiás - GO:</b>	Sem informação
<b>Maranhão - MA:</b>	Sem informação
<b>Mato Grosso - MT:</b>	Sem informação
<b>Mato Grosso do Sul - MS:</b>	Sem informação
<b>Minas Gerais - MG:</b>	Sem informação
<b>Pará - PA:</b>	Sem informação
<b>Paraíba - PB:</b>	Sem informação
<b>Paraná - PR:</b>	Sem informação
<b>Pernambuco - PE:</b>	Sem informação
<b>Piauí - PI:</b>	Sem informação
<b>Rio de Janeiro - RJ:</b>	Sem informação
<b>Rio Grande do Norte - RN:</b>	Sem informação
<b>Rio Grande do Sul - RS:</b>	Sem informação
<b>Rondônia - RO:</b>	Sem informação
<b>Roraima - RR:</b>	Sem informação
<b>Santa Catarina - SC:</b>	Sem informação
<b>São Paulo - SP:</b>	Sem informação
<b>Sergipe - SE:</b>	Sem informação
<b>Tocantins - TO:</b>	Sem informação

**Quais foram as fontes de informação utilizadas para estabelecer o nº de profissionais habilitados/capacitados para execução do procedimento em âmbito nacional?**

Não estão disponíveis informações em fonte pública de acesso aberto para consulta a respeito do número de estabelecimentos no país que atendam às especificações no âmbito da Saúde Suplementar.

**Considerações adicionais, na perspectiva da saúde suplementar, quanto a disponibilidade de profissionais habilitados/capacitados para execução do procedimento em âmbito nacional:**

Nenhuma.



**Criação** : 28/04/2019 14:22:17**Atualização** : 04/05/2019 19:28:25**Enviar por Email**

Caso queira enviar essa ficha por email preencha o nome e email do destinatário.

Nome:\*

Texto:

Email:\*

**Enviar Email**