



**PARECER Nº 01, DE 2017. - CESC**

**Da COMISSÃO DE EDUCAÇÃO, SAÚDE E CULTURA sobre o Projeto de Lei Nº 1.731, de 2017, que "institui diretrizes de segurança e de assistência ao parto domiciliar no âmbito da rede pública de saúde do Distrito Federal e dá outras providências".**

**AUTOR: Deputado Robério Negreiros**

**RELATOR: Deputado Prof. Reginaldo Veras**

Comissão de Educação, Saúde e Cultura - CESC	
PL nº	1731 / 2017
Folha nº	07
Matrícula:	12098
Assinatura:	

**I - RELATÓRIO**

Chega a esta Comissão para análise o Projeto de Lei nº 1.731, de 2017, o qual institui diretrizes de segurança e de assistência ao parto domiciliar na rede pública de saúde do Distrito Federal, conforme disposto no art. 1º. O parágrafo único desse artigo define as diretrizes como aquelas voltadas para o atendimento à mulher, bebê e seus familiares no período gravídico-puerperal e perinatal, de forma complementar às ações de saúde oferecidas pela rede pública de saúde, durante o trabalho de parto, parto, pós-parto imediato, estendendo-se até os primeiros seis meses após o nascimento.

O art. 2º estabelece que, para os fins da Lei, define-se como acompanhamento do parto domiciliar o cuidado prestado à mulher que tenha escolhido o domicílio como local de parto e nascimento e que preencham os critérios clínico-obstétricos estabelecidos pelo Ministério da Saúde – MS.

O art. 3º descreve os **princípios do programa**: humanização do nascimento; assistência baseada em evidências; direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, no que tange à autonomia da mulher para escolher o local de parto, respeitadas as especificidades culturais e os desejos delas e de seus familiares no parto e pós-parto. O acompanhamento, de que trata a Lei, será inserido na rede da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, a qual garantirá os recursos materiais e humanos, compatíveis com a assistência proposta, de acordo com o art. 4º.

Os artigos seguintes tratam das diretrizes para o acompanhamento do parto domiciliar no período pré-natal (art. 5º), no trabalho de parto e parto (art. 6º), no pós-parto (art. 7º) e na puericultura (art. 8º).

No período pré-natal (art. 5º), as diretrizes são as seguintes: acesso e acolhimento da mulher no programa de pré-natal da rede básica de saúde do DF; desenvolvimento de atividades educativas e de humanização, visando à sua escolha informada do local de parto/nascimento e para a elaboração do plano de parto junto



## CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL

TERCEIRA SECRETARIA

Assessoria Legislativa - ASSEL

Unidade de Saúde, Educação, Cultura e Des. Científico e Tecnológico - USE

Comissão de Educação, Saúde e Cultura - CESC	
PL nº	1731/2017
Folha nº	08
Matrícula:	12058 Rubrica: -



à equipe do **programa do parto domiciliar**; acolhimento e avaliação das condições materna e fetal pela equipe do programa do parto domiciliar; avaliar as condições do ambiente escolhido, no domicílio, para o parto e nascimento, conforme critérios estabelecidos pelo protocolo de acompanhamento do parto domiciliar; e acompanhamento pela equipe do parto domiciliar a partir de 35 semanas de gestação, concomitante com aquele realizado pela rede básica.

No trabalho de parto e parto (art. 6º), as diretrizes de segurança e de assistência são as seguintes: desenvolver ações conjuntas com a rede básica de saúde e com o Programa de Saúde da Família; garantir atendimento por equipe composta por, no mínimo, duas obstetrias e enfermeiras obstétricas durante todo o processo; garantir acolhimento e cuidado contínuo durante todo o processo, desde a fase latente, até o pós-parto imediato, com monitorização da evolução do trabalho de parto, do parto e do pós-parto; ativação do sistema de referência, quando necessário, com imediata remoção da mulher, nos casos de risco ou intercorrências em qualquer etapa do processo, em unidades de transporte adequadas; monitorar as condições do recém-nascido nas primeiras 6 horas de vida, garantindo assistência imediata em situações de risco e a realização, por profissionais capacitados, de manobras básicas de reanimação, preconizadas pelo MS.

No pós-parto (art. 7º), as diretrizes de segurança e assistência são: monitorar as condições materna e do recém-nascido durante 24 horas, no nascimento e no pós-parto; realizar a triagem neonatal na visita domiciliar realizada entre 24 e 48 horas após o nascimento; monitorar as condições materna e do recém-nascido com 24 horas, 72 horas e entre 7 a 15 dias do pós-parto/nascimento; encaminhar o recém-nascido para a rede básica de saúde para avaliação neonatal precoce (primeira semana de vida); realização de triagem neonatal (teste do pezinho, teste da orelhinha e teste do olhinho); realização da imunização na primeira semana de vida, conforme protocolo do MS; realização de avaliação puerperal na rede básica de saúde no período de 40 a 60 (dias) do pós-parto; garantir acesso ao planejamento familiar, escolhido pela mulher, na sua unidade de referência.

Na puericultura (art. 8º), as diretrizes de segurança e assistência são: garantir acompanhamento domiciliar mensal pela equipe do parto domiciliar, durante os primeiros seis meses de vida da criança; e garantir o acolhimento e disponibilização de cuidados necessários na rede básica de saúde de referência para os encaminhamentos indicados pela equipe do parto domiciliar.

As despesas decorrentes da aplicação da Lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

O Poder Executivo deve regulamentar a Lei no prazo de 90 dias contados da data da publicação, contemplando rotinas de acompanhamento, supervisão e controle que garantam o cumprimento dos objetivos do programa.

Segue a tradicional cláusula de vigência.

Na justificção, o autor informa que a proposição consiste no resgate do domicílio como local seguro para o parto, uma vez que diz respeito aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, no sentido da retomada da autonomia e do protagonismo



## CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL

TERCEIRA SECRETARIA

Assessoria Legislativa - ASSEL

Unidade de Saúde, Educação, Cultura e Des. Científico e Tecnológico - USE



da mulher e da família em todo o processo de parto e nascimento. É um contraponto ao modo de lidar com o parto como um ato medicalizado e instrumentalizado por profissionais de saúde no contexto do hospital.

O autor argumenta que o parto, durante muito tempo, ocorria em casa, realizado por parteiras que possuíam conhecimentos transmitidos oralmente, herdados de gerações anteriores e permeados por questões culturais. O parto possuía um significado especial para a mulher e para a família, e o contexto em que ocorria favorecia o vínculo com a criança. Com os avanços tecnológicos e o surgimento da Obstetrícia, o parto passa a ser visto como ocorrência a ser atendida por profissionais em um espaço controlado/institucionalizado. Deixa de ser um evento fisiológico e natural passa a ser uma ocorrência de risco e com potencial patológico. Assim, a mulher perdeu seu protagonismo e os esforços para humanizar não garantiram que ela se sentisse acolhida e cuidada nesse momento.

Além disso, o autor destaca que as opiniões contrárias ao parto domiciliar planejado se baseiam na noção de risco e à incapacidade do corpo da mulher de lidar com a fisiologia do parto, o que imporia a necessidade de tecnologias hospitalares. Os argumentos se centram na questão da imprevisibilidade das emergências e da necessidade de garantir que os recursos estejam prontamente disponíveis. Entretanto, assevera o autor, os estudos baseados em evidências apontam para o fato de que as emergências são raras no parto e as situações de risco são previstas e podem ser atendidas por meio da transferência para os hospitais.

O autor ressalta, também, que no parto domiciliar não ocorrem intervenções desnecessárias e as complicações dela decorrentes. A dificuldade de acesso das mulheres ao acompanhamento do parto domiciliar se deve ao fato desse não estar inserido na rede de serviços e não ser financiado pelo sistema público de saúde. A inserção do parto domiciliar no sistema público possibilitará a ampliação de escolhas das mulheres sobre o local do parto e viabilizará o monitoramento da qualidade do cuidado oferecido, tanto às mulheres quanto aos recém-nascidos.

Durante o prazo regimental não foram apresentadas emendas.

O Projeto foi lido em 5 de setembro de 2017 e encaminhado a esta Comissão de Educação, Saúde e Cultura para análise de mérito; seguirá, posteriormente, para análise de admissibilidade pela Comissão de Economia, Orçamento e Finanças e pela Constituição e Justiça.

É o relatório.

Comissão de Educação, Saúde e Cultura - CESC	
PL	12058/2017
Folha nº	09
Matrícula:	12058 Rubrica:

## II – VOTO DO RELATOR

Conforme o art. 69, inciso I, *a*, do Regimento Interno, cabe à Comissão de Educação, Saúde e Cultura emitir parecer de mérito de matérias que tratem de saúde pública. É o caso do Projeto em comento que institui diretrizes para o parto domiciliar na rede pública de saúde.



## CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL

TERCEIRA SECRETARIA

Assessoria Legislativa - ASSEL

Unidade de Saúde, Educação, Cultura e Des. Científico e Tecnológico - USE

Comissão de Educação, Saúde e Cultura - CESC	
PL nº	1731/2017
Folha nº	10
Matrícula:	12058 Rubrica:



O Projeto de Lei em comento trata da instituição de práticas de saúde relativas à humanização do parto, nesse sentido é necessário, preliminarmente à análise de mérito e para embasá-la, contextualizar a situação da assistência ao parto no Brasil e no Distrito Federal e as políticas de saúde que têm sido desenvolvidas na perspectiva de sua humanização.

A Organização Mundial da Saúde – OMS preconiza que o parto é um evento natural, que não necessita de controle, mas de cuidado. Nesse sentido, em 1996, a OMS estabeleceu recomendações para as boas práticas de assistência ao parto, que se encontram na íntegra em anexo, entre as quais, destacamos: **plano individual determinando onde e por quem o nascimento será realizado, elaborado em conjunto com a mulher; respeito à escolha da mãe sobre o local do parto;** respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto; respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto; fornecimento às mulheres de todas as informações e explicações que desejarem; métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto; liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto; estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto; contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto.

A OMS também destaca as práticas claramente prejudiciais e que devem ser evitadas, entre elas, o uso rotineiro de enema, tricotomia, decúbito dorsal, infusão venosa, exame retal, episiotomia, entre outras. E, ainda, recomenda um limite para a realizações de parto cesáreo em percentuais inferiores a 15%.

Entretanto, no Brasil, tem ocorrido uma tendência contrária a essas orientações. O parto tem se tornado progressivamente um evento tecnocrático, dominado pelo profissional médico e que ocorre, majoritariamente, no ambiente hospitalar. Apesar da elevada intervenção tecnológica, não tem se observado redução nas taxas de complicações relacionadas ao parto. Pelo contrário, muitas vezes, elas são produzidas pelo uso abusivo de técnicas e procedimentos, que são impostos às mulheres, não respeitando seu corpo e seu ritmo natural e limitando seu protagonismo no parto. Nesse contexto, a cesárea passa a ser vista como uma alternativa à dor e ao sofrimento associados ao parto normal.

A preferência de boa parte das mulheres pelo parto cesáreo parece moldada pela conduta intervencionista do médico e pela crença de que a qualidade do atendimento obstétrico está fortemente associada à tecnologia utilizada no parto operatório<sup>1</sup>. Como consequência, constata-se elevadas taxas de cesárea, como indicador do modelo de atenção ao parto, revelando alta incidência de intervenção médica e tecnológica num processo que deveria ser natural. Embora evidências científicas de estudos nacionais e internacionais atestem a ineficiência do nosso modelo obstétrico, esse cenário ainda persiste por fatores objetivos e subjetivos que

<sup>1</sup> LEAL, M. do C. et al. Cesarianas desnecessárias: causas, consequências e estratégias para sua redução. In: PEREIRA, R. C.; SILVESTRE, R. M. (Org.). Regulação e modelos assistenciais em saúde suplementar: produção científica da Rede de Centros Colaboradores da ANS – 2006/2008. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Brasil, 2009. p. 383-415.

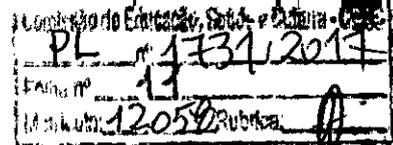


## CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL

TERCEIRA SECRETARIA

Assessoria Legislativa - ASSEL

Unidade de Saúde, Educação, Cultura e Des. Científico e Tecnológico - USE



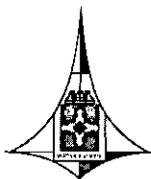
invadem a cena do parto e a construção histórica da obstetrícia nacional. Entre esses fatores, podemos citar o processo de institucionalização do nascimento, as características das instituições hospitalares e das corporações médicas brasileiras, a sobrevalorização de tecnologias duras, a mercantilização das práticas em saúde e a medicalização da vida.

Para fazer frente a esse processo de desumanização da assistência ao parto, o Ministério da Saúde - MS tem lançado mão de diversas iniciativas entre as quais destacamos: incentivos para a realização de parto normal nos hospitais públicos; iniciativa Hospital Amigo da Criança; estímulo à criação de Centros de Parto Normal/Casas de Parto e Casas de Gestante, Bebê e Puérpera; a Política Nacional de Humanização da atenção e da gestão (PNH), criada em 2003, que estabeleceu diretrizes específicas para o parto, o chamado Plano de Qualificação de Maternidades e Redes Perinatais, voltado inicialmente para a Amazônia Legal e Nordeste Brasileiros (PQM); a **Rede Cegonha**, lançada em 2011, uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher e à criança, o direito à atenção humanizada durante o pré-natal, parto/nascimento, puerpério e atenção infantil em todos os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), com incentivos técnicos e financiamento atrelados às mudanças do modelo obstétrico e neonatal. Além disso, o MS adotou um plano de qualificação da assistência prestada por parteiras

As diretrizes da humanização propostas pelo MS, disponibilizadas no Caderno HumanizaSUS, vol. 4, Humanização do Parto e do Nascimento<sup>2</sup>, contemplam diversos dispositivos propostos pela OMS, entre eles: **1. Dieta - permissão para a mulher ingerir alimentos leves e líquidos** durante o trabalho de parto; **2. Evitar o uso de enema e tricotomia** dos pelos pubianos; **3. Garantir apoio físico e emocional** à mulher tanto por seu acompanhante, por doula, ou por outros profissionais; **4. Direito de a mulher escolher a posição** que melhor lhe convier, o que diminui a necessidade de analgesia; **5. Imersão em água no primeiro estágio** do trabalho de parto - excelente medida de conforto, favorecendo maior relaxamento e maior capacidade para suportar o estresse e as contrações; **6. Manejo da dor – disponibilizar métodos não farmacológicos** como massagens corporais, banhos (de chuveiro ou imersão), deambulação ativa, entre outros, ou por solicitação da mulher, utilizar métodos farmacológicos; **7. Posição no parto – encorajar as mulheres a adotar a posição que acharem mais confortável** durante o período da expulsão (a posição vertical, lateral ou de cócoras apresentam resultados mais favoráveis); **8. Abandono da episiotomia como uso rotineiro**; **9. Assistência ao recém-nascido – adotar o princípio ético da não maleficiência**, evitando possíveis danos que qualquer intervenção possa causar no processo fisiológico de adaptação do recém-nascido; e assegurar o contato precoce com o corpo da mãe e a amamentação. Essas práticas preconizadas pelo MS são observadas na assistência ao parto domiciliar.

Por isso é que, sob a mesma premissa, alguns grupos de ativistas da humanização do parto e nascimento, em especial no âmbito da enfermagem

<sup>2</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465 p.: il. – (Cadernos HumanizaSUS; v. 4).



## CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL

TERCEIRA SECRETARIA

Assessoria Legislativa - ASSEL

Unidade de Saúde, Educação, Cultura e Des. Científico e Tecnológico - USE

PL nº 1131/2017	
Folha nº: 12	
Matricula: 12051	Rubrica:

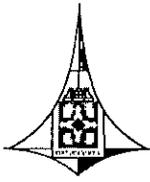


obstétrica, vêm defendendo a possibilidade de as mulheres darem à luz fora do ambiente hospitalar, justificando que 80 a 90% dos partos não apresentam complicações. Considera-se que a estrutura física tem uma íntima relação com o modelo assistencial e, portanto, o próprio espaço hospitalar acaba se configurando como um instrumento de submissão, a partir da aplicação de rotinas, normas e regras hierárquicas que, de acordo com o Grupo de Estudos sobre Nascimento e Parto - GENP, de São Paulo, são entraves à humanização. Dessa maneira, percebe-se que o local do parto não é apenas um cenário, pois influencia e condiciona as relações que se procedem. Assim, o parto domiciliar planejado vem se apresentando como opção para mulheres que buscam realizar um parto mais natural e independente das rotinas e normas das instituições hospitalares.

Mas essa proposta não é nova, durante séculos o parto foi um evento ritualístico cercado de experiências exclusivamente femininas, restrito a uma esfera privada e parte do cotidiano das famílias. No Brasil, a formação da tradição do partejar coincide com a colonização, a partir das portuguesas, negras e caboclas velhas das camadas menos favorecidas da população. Entre os séculos XVI e XVIII, os partos eram realizados em casa, de maneira não intervencionista, assistidos por mulheres também conhecidas como 'parteiras', 'comadres', 'aparadeiras' e 'curiosas' – pessoas reconhecidas em suas comunidades, detentoras de um saber empírico transmitido de geração a geração, a partir de uma transmissão oral e simbólica, realizada, em geral, nas relações de parentesco, numa rede de relações femininas a qual se reservava o mistério do nascimento.

Com o desenvolvimento do Capitalismo e da medicina moderna, surgiu o interesse pela reprodução em função da necessidade de controle das populações, resultando na incorporação da obstetrícia pela medicina, no século XVIII, na Europa, sustentada pela concepção do parto e do nascimento como eventos patológicos, levando à medicalização progressiva do corpo feminino. No Brasil, esse processo começou a repercutir nas primeiras décadas do século XIX, a partir da vinda da Família Real, da fundação das Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro, do licenciamento de parteiras e da criação dos cursos de partos. Nessa configuração, além das parteiras leigas, os médicos e as parteiras diplomadas (e posteriormente as enfermeiras) passaram a compor o cenário do parto. Inicialmente, os médicos atuavam apenas nos partos complicados. Para ganhar clientela, eles passaram a assistir aos partos normais, dissociando, assim, a figura médica das situações de fatalidade e ampliando as possibilidades da prática obstétrica. Nesse contexto de incorporação de tecnologias, como por exemplo o fórceps, e de disseminação da ideia de que o parto é potencialmente patológico, o hospital passa a ser o local privilegiado para esse evento, consolidando a retirada da mulher do protagonismo do parto. Uma expressão prática disso é a mudança da posição de parir, sendo adotada uma posição horizontal, para garantir o conforto do obstetra, em substituição às posições verticalizadas, que favorecem a mulher.

No Brasil, apesar da consolidação da institucionalização e medicalização do parto no século XX, ocorreram vários nichos de resistência a essas práticas, buscando a humanização do parto e a recuperação do seu sentido fisiológico. Os movimentos de contracultura, particularmente o feminista, passaram a incorporar, na década de 1960,



## CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL

TERCEIRA SECRETARIA

Assessoria Legislativa - ASSEL

Unidade de Saúde, Educação, Cultura e Des. Científico e Tecnológico - USE

Comissão de Educação, Saúde e Cultura - CCSE
PL nº 1731/2017
Folha nº 13
Matricula: 12058 Rubrica: [assinatura]



a humanização das práticas de saúde, em especial, as relativas às mulheres. No âmbito do parto e nascimento, as feministas criticavam o número crescente de cesarianas e começaram a levantar a bandeira do parto natural, do parto domiciliar e da criação de casas de parto normal. Na esteira desses movimentos, médicos e enfermeiras obstétricas passaram a realizar partos domiciliares nas cidades. Surgem, na década de 1970, pesquisadores que defendem a humanização do parto, como Leboyer, na França, que defendeu a ideia do recém-nascido sensível e de um processo que tornasse o parto o menos traumático possível para ele. No Brasil, Galba de Araújo foi um defensor da conciliação entre ciência e tradição e grande incentivador do treinamento das parteiras tradicionais; e Moysés Paciornick, difusor do "parto de cócoras" e da valorização do saber tradicional, em especial das culturas indígenas. A partir da década de 1980, a OMS passa a criticar duramente a excessiva medicalização do parto e lança as recomendações mencionadas no início deste parecer, que até hoje enfrentam forte resistência das instituições hospitalares e dos médicos.

Um marco no Brasil é o lançamento pelo MS, em 1984, do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM, que, entre outras diretrizes, recomenda "a adoção de medidas visando à melhoria da qualidade do parto domiciliar realizado pelas parteiras tradicionais, através do treinamento, supervisão, fornecimento de material de parto e estabelecimento de mecanismos de referência". Em 1991, o MS lança o Programa Nacional de Parteiras Tradicionais, mas com conotação de subalternidade da prática das parteiras em relação aos profissionais de saúde. Em 2000, a figura da parteira ganha novo significado, no contexto da humanização, com o lançamento do Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais pelo MS. Em 2010, o MS publicou o documento Parto e Nascimento Domiciliar Assistidos Por Parteiras Tradicionais - Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e Experiências Exemplares. A publicação objetiva induzir a reflexão sobre a importância do desenvolvimento de políticas públicas que busquem a inclusão no SUS de detentores de saberes e práticas tradicionais existentes na comunidade, valorizando e qualificando o seu trabalho, com vistas a potencializar e ampliar as atividades de atenção primária em saúde.

Mas, a valorização das parteiras tradicionais, após longo período de exclusão, revela muito mais a constatação da insuficiência da cobertura da assistência à saúde no Brasil, sobretudo no Norte e Nordeste do país, onde os partos domiciliares ocorrem "de forma precária e em situação de exclusão e isolamento", desassistidos pelo SUS, do que o reconhecimento da importância dessas práticas.

Algumas iniciativas, no âmbito do SUS, têm favorecido o desenvolvimento do parto humanizado: regulamentação da realização de parto normal sem distócia e a emissão de laudo de internação por enfermeira obstetra, por meio da Portaria GM nº 163/1998; instituição dos Centros de Parto Normal (Casas de Parto) a partir da Portaria nº 888/1999 e da Portaria GM nº 985/1999; incentivo à criação de cursos de Enfermagem Obstétrica, em 1999; determinação do teto percentual para o pagamento de cesáreas no SUS; pagamento de partos domiciliares a parteiras tradicionais por meio do Piso de Atenção Básica - PAB variável.



## CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL

TERCEIRA SECRETARIA

Assessoria Legislativa - ASSEL

Unidade de Saúde, Educação, Cultura e Des. Científico e Tecnológico - USE

PI nº	1731/2017
Folha nº	14
Matrícula	13058

Paralelamente a esse movimento, tem ocorrido, nos grandes centros urbanos, principalmente das regiões Sul e Sudeste, a busca pelo parto domiciliar pelas mulheres e seus parceiros, com o objetivo de retomar o protagonismo no parto e garantir a minimização de intervenções e suas consequências. Porém, isso tem se dado naqueles setores que dispõem de recursos para arcar com os custos desse tipo de assistência, que não é baixo.

Mais recentemente, o MS incluiu em sua publicação Cadernos HumanizaSUS, um capítulo intitulado: Parto Domiciliar como um Dispositivo de Humanização das Práticas de Saúde no SUS. Desse documento destacamos:

*Analisando as práticas de parto em domicílio presentes no Brasil, podemos verificar a coexistência de dois contextos que são tomados como elementos para desqualificar o movimento do PD humanizado. O parto realizado por parteiras, em regiões de vazio assistencial, e o parto realizado em centros urbanos, por equipes interdisciplinares para o público de classe média. Esses movimentos são tomados como signos de um movimento que ocorre à margem do SUS. De um lado, o PD aparece como signo da desassistência e atraso e de outro lado o PD emerge como movimento de elite. Ou seja, nos dois casos concretos em que o parto domiciliar vem sendo praticado no Brasil, o SUS não comparece como rede de assistência, servindo para ataques de ordem ideológica que tendem a desqualificar qualquer ideia de que um dia o PD possa ser um procedimento realizado pela rede pública de saúde.*

Apesar da posição contrária de alguns Conselhos Regionais de Medicina – CRM e da Federação Brasileira de Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia – Febrasgo, que vêm desaconselhando o parto domiciliar, tanto a OMS como a Federação Internacional de Ginecologistas e Obstetras – Figo **respeitam o direito de escolha do local de parto pelas mulheres e reconhecem que, quando assistido por profissionais habilitados, há benefícios consideráveis** para as mulheres que querem e podem ter partos domiciliares.

Por outro lado, o Plenário do Conselho Regional de Enfermagem do Paraná – Coren/PR aprovou o Parecer Técnico Coren/PR nº 001/2016, que, baseado em legislação, conforme o disposto na Resolução do Conselho Federal de Enfermagem – Cofen nº 0477/2015, reforça a atuação do enfermeiro obstétrico em todas as fases da gravidez, incluindo a execução do parto domiciliar, afirmando que esse profissional possui **competência científica, técnica e legal para a condução do parto domiciliar planejado de gestantes estratificadas como risco habitual**. O referido Parecer Técnico conclui:

*Considerando a recomendação da OMS de respeitar o direito da mulher pela escolha do local do parto e as evidências científicas que demonstram que o parto domiciliar planejado é tão seguro quanto o parto ocorrido no ambiente hospitalar, este direito deve ser garantido às mulheres/famílias.*

*A Enfermagem Obstétrica tem papel importante na garantia dos direitos reprodutivos das mulheres, dos direitos das famílias e da criança, além de potencializar a implementação da boa prática referente à escolha do local do parto, pois tem conhecimento, competência e autonomia para assistir à gestante, parturiente, puérpera e ao neonato no domicílio, potencializando a qualidade e a segurança no ciclo gravídico-puerperal.*

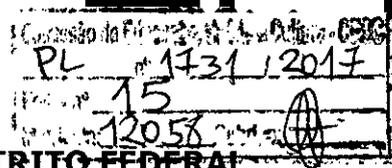


CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL

TERCEIRA SECRETARIA

Assessoria Legislativa - ASSEL

Unidade de Saúde, Educação, Cultura e Des. Científico e Tecnológico - USE



A OMS reconhece enfermeiras obstetras e parteiras como profissionais habilitadas para prestar assistência ao parto e não apenas médicos, recomendando que as mulheres possam escolher ter seus partos em casa se elas têm gestações de baixo-risco. Aliás, grande parte das enfermeiras obstétricas que atuam nas grandes cidades consideram que se o pré-natal foi bem feito e sem complicações, o parto pode ser realizado fora do ambiente hospitalar.

Feitas as considerações sobre o contexto histórico, cultural e regulatório, passamos a discutir as evidências que sustentam a prática do parto domiciliar planejado.

Ainda segundo o trabalho publicado no Caderno HumanizaSUS, diversas pesquisas têm destacado a **vantagem do parto domiciliar em relação ao parto hospitalar** por resultarem em redução das intervenções e indicarem maior satisfação das mulheres.

Em relação à satisfação das mulheres, pesquisas<sup>3</sup> indicam uma forte correlação com a liberdade que o parto domiciliar propicia. São apontadas diversas vantagens e benefícios do parto domiciliar. Liberdade para escolha, para alimentar-se e para movimentar-se; liberdade de posições, de comportamentos e expressões – pode-se afirmar que a liberdade, como exercício da autonomia e autodeterminação, aparece como elemento chave no parto domiciliar. Nesse sentido, a familiaridade, a informalidade, a simplicidade e a presença de familiares e amigos escolhidos para vivenciar este momento são elementos que contribuem para o estabelecimento de uma liberdade para socializar com privacidade e conforto, o que, em geral, não é permitido nas maternidades.

Segundo o artigo do Caderno HumanizaSUS, as principais pesquisas que apontam para resultados positivos são dois estudos realizados na Holanda, o primeiro publicado em 2009, envolvendo mais de 500 mil partos (De Jonge et al, 2009), e outro mais recente, publicado em 2011, com uma coorte com mais de 679 mil partos (Van Der Kooy et al., 2011). Há também um estudo realizado no Reino Unido pelo National Health System – NHS, com mais de 60 mil partos, publicado em 2011 (Birthplace IN England Collaborative Group, 2011). Este último aponta que, **em partos de baixo risco bem assistidos, não há diferença significativa na mortalidade neonatal entre o parto hospitalar e o domiciliar.**

Revisão sistemática publicada em 2012 (Amorim, 2012)<sup>4</sup>, envolvendo 22 grandes estudos observacionais, reforçam a conclusão de maior satisfação da mulher quando o parto ocorre em ambiente domiciliar, atendido por obstetras certificadas ou por obstetras que realizam partos em casa, e corroboram a irrelevância da diferença de mortalidade materno-infantil entre partos assistidos em domicílios e partos assistidos em hospitais.

<sup>3</sup> Menezes et al. A situação do parto domiciliar no Brasil. Revista Enfermagem Contemporânea, Salvador, dez. 2012; 1(1): 3-43. <http://www.bahiana.edu.br/revistas>.

<sup>4</sup> AMORIM, M. M. R. Parto Domiciliar: direito reprodutivo e evidências. Guia do bebê [revista online], ago. 2012.



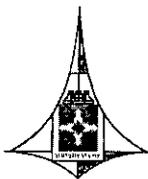
Há também um estudo realizado no Brasil que reforça essas conclusões internacionais. Pesquisa realizada em Florianópolis/SC por Koettker et al. (2012), colheu dados de prontuários de 100 parturientes assistidas, entre 2005 a 2009, e constatou-se a necessidade de 11 transferências hospitalares, sendo 9 submetidas à cesariana. Apenas 1% das parturientes sofreu episiotomia e 49,4% não necessitaram sutura perineal. A maioria apresentou batimentos cardíacos fetais (94%) e evolução no partograma (61%) normais. Dos recém-nascidos, 98,9% receberam Apgar do 5º minuto maior que 7. A análise corrobora a indicação dos estudos internacionais de que o parto domiciliar planejado é seguro (Amorim, 2012).

Diante do exposto, verificamos que o Projeto sob análise preenche os principais requisitos estabelecidos pela OMS e pelo MS no que diz respeito à humanização da assistência ao parto e ao nascimento. Apesar de conter diversos dispositivos que tratam de programas já implantados no SUS, como é o caso do pré-natal, da puericultura, da avaliação puerperal, da vacinação e da triagem neonatal, além de normas técnicas relativas a procedimentos de saúde, que devem ser tratadas sob forma de protocolos e portarias, constata-se que a excessiva intervenção médica, evidenciada nas elevadas taxas de cesárea, e a exclusão da participação da mulher nesse momento tão importante de sua vida, acarretando sofrimentos e complicações desnecessários, justificam a transformação em lei dessas diretrizes, particularmente, sob a forma de direitos que devem ser assegurados às mulheres.

Para superar as limitações do ponto de vista de viabilidade para aprovação da proposição é preciso modificar o caráter de instituição de um programa, claramente explícito no art. 3º, e implícito em todo o corpo da proposição, ao tratar do desenvolvimento de ações e procedimentos que compõem um programa. Além disso, consideramos que não há necessidade de explicitar detalhadamente as ações voltadas para todas as etapas do ciclo gravídico-puerperal, incluindo o acompanhamento da criança até o sexto mês de vida, questões que, como dito anteriormente, estão largamente instituídas por meio de leis e portarias no SUS. Particularmente, no DF, está implantada o Programa Rede Cegonha, conforme preconizado pelo MS e disponível na página da SES/DF na internet<sup>5</sup>. O programa propõe a melhoria do atendimento às mulheres durante a gravidez, o parto e o pós-parto e também ao recém-nascido e às crianças até dois anos de idade. A Rede Cegonha prevê maior disponibilidade de atendimento no pré-natal, garantia de realização de todos os exames necessários, inclusive um exame de ultrassonografia, encaminhamento para atendimento se houver alguma complicação durante a gravidez e vinculação da gestante à maternidade de referência para o parto. Os objetivos, conforme explicitado no site, são os seguintes:

- Realização de pré-natal (de risco habitual e de alto risco) com captação precoce da gestante, com realização dos exames preconizados e com acesso aos resultados destes em tempo oportuno
- Acolhimento às intercorrências na gestação;
- Prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites;
- Suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru);
- Práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas;

<sup>5</sup> <http://www.saude.df.gov.br/programas/291-rede-cegonha.html>



## CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL

TERCEIRA SECRETARIA

Assessoria Legislativa - ASSEL

Unidade de Saúde, Educação, Cultura e Des. Científico e Tecnológico - USE



- Acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento bem, como a busca ativa de crianças vulneráveis;
- Orientação e oferta de métodos contraceptivos;
- Promoção do acesso ao transporte seguro nas situações de urgência para as gestantes, as puérperas e os recém-nascidos de alto risco;
- Implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial (consultas e exames), entre outras.

Assim, fica claro que a assistência anterior (pré-natal) e posterior (puerpério e puericultura) estão implementadas no DF, há muito tempo, por meio de programas específicos. Se a qualidade deixa a desejar, não é uma nova lei que vai alterar essa realidade. A questão nova a ser assegurada é o direito da mulher de escolher o local onde quer parir e o direito à assistência ao parto domiciliar planejado.

Consideramos, ainda, que a melhor forma de aprovar os princípios gerais que norteiam a proposição, é a alteração de Lei já aprovada nesta casa que trata da humanização do parto, a Lei nº 5.534, de 28 de agosto de 2015, que *institui o Estatuto do Parto Humanizado no Distrito Federal*

*e dá outras providências.* Em função disso, apresentamos o Substitutivo anexo. Há, também, ajustes a serem feitos do ponto de vista da técnica legislativa.

Ante o exposto, somos no âmbito da Comissão de Educação e Saúde, pela **aprovação**, no mérito, do Projeto de Lei nº 1.731, de 2017, na forma do Substitutivo anexo.

Sala das Comissões, em

2017.

DEPUTADO WASNY DE ROURE  
*Presidente*

DEPUTADO Prof. REGINALDO VERAS  
*Relator*

