



PARECER Nº 01 DE 2015 CEESC

Da COMISSÃO DE EDUCAÇÃO, SAÚDE E CULTURA sobre o PROJETO DE LEI nº 1.897, de 2014, que "Institui o Estatuto do Parto Humanizado no Distrito Federal e dá outras providências"

Autor: Deputado WASNY DE ROURE

Relatora: Deputada LUZIA DE PAULA

I – RELATÓRIO

Chega para análise desta Comissão o Projeto de Lei nº 1.897, de 2014, de iniciativa do deputado Wasny de Roure, que tem por fim instituir o parto humanizado no âmbito do Distrito Federal.

A instituição do parto humanizado, conforme versa o art. 1º, visa garantir melhor assistência às mulheres do transcurso do período gravídico/puerperal nas instituições públicas e particulares de saúde do DF.

Adiante, a proposta estabelece os direitos que as mulheres passarão a ter no período gravídico/puerperal.

Acrescenta ainda a proposta, os requisitos relativos à presença de enfermagem no quarto ou apartamento.

A proposição diz que a assistência à mulher em trabalho de parto será realizada por profissional especializado e que as atividades educativas serão extensivas aos futuros acompanhantes.



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 as 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 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. Como consequência, constatam-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.

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 traduziu 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 com financiamento atrelados às mudanças do modelo obstétrico e neonatal.

As diretrizes da humanização propostas pelo MS disponibilizadas no Caderno HumanizaSUS, vol. 4, Humanização do Parto e do Nascimento, 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 pelo seu acompanhante ou doula, como por outros profissionais que participam da assistência, destacando que o acompanhamento por doula, proporciona uma série de benefícios para as mulheres;
4. Direito de a mulher escolher a posição que melhor lhe convier, seja deambulando ou outras posições verticais, o que proporciona menor duração do trabalho de parto e 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, técnicas de respiração e relaxamento, toques confortantes, utilização das bolas de nascimento e outras medidas de suporte físico e emocional; porém, quando necessário 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. Episiotomia – deve ser abandonado o uso rotineiro, podendo ser usada em casos nos quais os benefícios superam os riscos;
9. Assistência ao recém-nascido – adotar o princípio ético da não maleficência, 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 e, encaminhar aqueles em boas condições clínicas, junto com a mãe, para o alojamento conjunto, após os cuidados de rotina.

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 versar sobre normas técnicas relativas a procedimentos de saúde, que devem ser tratadas sob forma de protocolos e portarias, 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 desnecessárias justificam a transformação em lei dessas diretrizes, particularmente, sob a forma de direitos que devem ser assegurados às mulheres.



Seguem adiante as cláusulas de vigência e revogação da Lei nº 3.090, de 9 de dezembro de 2002.

Na justificativa da propositura, o Autor alega que o seu objetivo é o de contribuir para a humanização do parto, julgando ser ele de grande relevância para a saúde das mulheres e crianças.

É o relatório.

II – VOTO DA RELATORA

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 o Estatuto do Parto Humanizado no Distrito Federal.

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 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 ao direito da mulher à privacidade no local do parto; respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e pós-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.



**CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL
GABINETE DA DEPUTADA LUZIA DE PAULA**



Entretanto, é preciso fazer um reparo. O art. 4º estabelece que a assistência à mulher em trabalho de parto será realizada por enfermeiro especializado em obstetrícia e técnico de enfermagem, com apoio de doula. Ocorre que a assistência ao parto, na maioria dos casos, inclui o profissional médico, mesmo que se considere que esse profissional seria estritamente necessário apenas em partos cirúrgicos, como ocorre em boa parte dos países da Europa, onde o parto normal é assistido por enfermeiras obstetizas. Como essa não é a realidade brasileira, mas apenas naqueles serviços denominados Centros de Parto Normal/Casas de Parto (o DF dispõe de um), é necessário corrigir essa falha. Por isso, apresentamos uma Emenda Modificativa, em Anexo.

Ainda sobre a Emenda Modificativa, no parágrafo único, acrescentamos a equipe mínima que deve compor o serviço denominado Centro de Parto Normal/Casa de Parto, conforme estabelecido pelo MS, por meio da Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015.

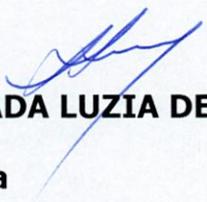
Há, também, ajustes a serem feitos do ponto de vista da técnica legislativa, particularmente no inciso IV do art. 2º, inciso II do art. 3º e parágrafo único do art. 5º, mas isso é atribuição da Comissão de Constituição e Justiça.

Ante o exposto, somos no âmbito da Comissão de Educação e Saúde, pela **aprovação**, no mérito, do Projeto de Lei nº 1897, de 2014, com a Emenda Modificativa nº 1.

Sala das Comissões, em.....

DEPUTADO Prof. REGINALDO VERAS

Presidente


DEPUTADA LUZIA DE PAULA

Relatora