PODER LEGISLATIVO
CÂMARA MUNICIPAL DE PETRÓPOLIS
GABINETE DO VEREADOR YURI MOURA

LIDO
EM: ___ / ___ / _____

_____
2º SECRETÁRIO

PROJETO DE LEI
PROTOCOLO LEGISLATIVO
PROCESSO Nº 0594/2023

DISPÕE SOBRE O ESTABELECIMENTO DE DIRETRIZES PARA O ACOMPANHAMENTO DO PARTO DOMICILIAR NO ÂMBITO DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE DE PETRÓPOLIS.

Art. 1º Ficam estabelecidas diretrizes para o acompanhamento do Parto Domiciliar, no âmbito da Rede Municipal de Saúde de Petrópolis, para atendimento à mulher, bebê e seus pares/família no período gravídico-puerperal e perinatal, de forma a complementar as ações de saúde e cuidado oferecidas pela Rede Municipal de saúde durante o trabalho de pré-parto, parto, pós-parto imediato, estendendo-se até os primeiros seis meses após o nascimento.

§1º Para os fins dispostos nesta lei, define-se como acompanhamento do Parto Domiciliar no âmbito da rede municipal de saúde o cuidado prestado à mulher que tenha escolhido o domicílio como local do parto e nascimento e que atendam os critérios clínico-obstétricos estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

§2º As diretrizes desta Lei aplicam-se à eventuais Casas de Parto estabelecidas na rede pública municipal.

Art. 2º O programa tem como princípios a humanização do nascimento, a assistência baseada em evidências, os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres no que tange a autonomia da mulher sobre a escolha do local de parto, buscando atender a todas as mulheres, respeitando as especificidades culturais e os desejos das mulheres e suas famílias no parto e pós-parto.

Art. 3º O acompanhamento do Parto Domiciliar no âmbito da rede municipal de saúde será inserido no sistema de saúde da rede municipal, que promoverá recursos materiais e humanos compatíveis com a assistência proposta.

Art. 4º O acompanhamento do Parto Domiciliar observará as seguintes diretrizes:

I – No período pré-natal:

a) Acesso e acolhimento da mulher no programa de pré-natal da rede básica de saúde do município

b) Desenvolver atividades educativas e de humanização, visando sua preparação para a escolha informada do local do parto/nascimento e para a elaboração do plano de parto junto à equipe do programa do PD.

c) Acolher e avaliar as condições de saúde materna e fetal pela equipe de PD a partir de 35 semanas de gestação.

d) Avaliar as condições do ambiente escolhido (domicilio) para o parto e nascimento, conforme os critérios estabelecidos pelo protocolo de acompanhamento do PD.

e) Acompanhamento pela equipe do PD a partir de 35 semanas de gestação concomitante ao acompanhamento de pré-natal da rede básica.

II – No trabalho de parto:

a) Desenvolver ações conjuntas com a rede básica de saúde e com o Programa de Saúde da Família (PSF).

b) Garantir o atendimento por equipe composta por no mínimo duas Obstetrizes/Enfermeiras Obstétricas presentes em todo o processo.

c) Garantir o acolhimento e cuidado contínuo durante todo o processo envolvido.

d) Acompanhamento pela equipe de PD desde a fase latente, fase ativa, parto e pósparto imediato.

e) Monitorar a evolução do trabalho de parto, parto e pós-parto.

f) Garantir de assistência ao parto normal sem distócias, respeitando as escolhas da mulher.

g) Avaliação constante e ativação do sistema de transferência para atendimento da mulher e/ou do recém-nascido na instituição de saúde de referência, quando necessário.

h) Monitorar in loco das condições do recém-nascido nas primeiras 6 horas de vida.

i) Garantir a imediata remoção da mulher para serviços de referencia, nos casos eventuais de risco ou intercorrências no trabalho de parto, parto e/ou pós-parto, em unidades de transporte adequadas.

j) Garantir a assistência imediata ao recém-nascido em situações eventuais de risco, devendo para tal dispor de profissionais capacitados para prestar manobras básicas de reanimação preconizadas pelo Ministério da Saúde.

III – No pós-parto:

a) Monitorar in loco das condições materna e do recém nascido com 24 horas, no período pós-parto/nascimento.

b) Garantir a realização da triagem neonatal: oximetria de pulso na visita domiciliar no período compreendido entre 24 a 48 horas após o nascimento.

c) Monitorar in loco das condições materna e do recém nascido com 24 horas, 72 horas e entre 7 a 15 dias do pós-parto/nascimento.

d) Garantir o encaminhamento do recém-nascido para a rede básica de saúde e/ou instituições de saúde de referência para a avaliação neonatal precoce (na primeira semana de vida).

e) Garantir da realização da triagem neonatal: teste do pezinho (fenilcetonuria, hipotireoidismo congênito, anemia falciforme e outras hemoglobinopatias e fibrose cistica), o teste da orelhinha (Emissões Otoaccústicas Evocadas),teste do olhinho (reflexo vermelho)

f) Garantir a realização da imunização conforme calendário/protocolo de vacinação proposto pelo Ministério da Saúde, na primeira semana de vida.

g) Garantir a avaliação puerperal na rede básica de saúde no período de 40 a 60 do pós-parto.

h) Garantir o acesso ao planejamento familiar proposto e escolhido pela mulher durante a assistência no pré-natal, na sua unidade de saúde de referencia.

IV – Na puericultura:

a) Garantir de acompanhamento domiciliar mensal pela equipe de PD durante os primeiros seis meses de vida da criança.

b) Garantir de acolhimento e disponibilização de cuidados necessários na rede básica de saúde de referencia para os encaminhamentos indicados pela equipe de PD.

Art. 5º O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de 90 (noventa) dias contados de sua publicação, oportunidade em que estabelecerá as rotinas de acompanhamento, supervisão e controle que garantam o cumprimento dos objetivos deste programa.

§1º Os Conselhos Municipais da Saúde (COMSAUDE) e dos Direitos da Mulher (CODIM) serão ouvidos na elaboração da redação do decreto regulamentar, em audiência que necessariamente contará com a presença de representantes da área de saúde, de doulas e de organizações da sociedade civil que atuem na defesa dos direitos das gestantes e puérperas.

§2º A regulamentação não poderá contrariar normas de saúde e de cuidado da mulher estabelecidas pelas autoridades competentes a nível nacional.

Art. 6º As despesas decorrentes da execução desta Lei correrão por conta das dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 7º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

JUSTIFICATIVA

O resgate do domicílio como local seguro para o parto refere-se a um direito das mulheres tendo relação direta com os direitos sexuais e reprodutivos, assumindo importância crucial na retomada da autonomia/protagonismo de todo o processo de parto e nascimento pela mulher e sua família. Trata-se de um contraponto ao modo de lidar com o parto como um ato medicalizado e instrumentalizado/manipulado por profissionais de saúde no contexto do hospital. O aumento do número de mulheres que tem o domicilio como local do parto, é justificado pelo argumento de que neste contexto o processo se dá conforme suas escolhas e permitindo que elas possam contar com atenção individualizada e serem poupadas de muitas intervenções desnecessárias que são usadas como rotina nos hospitais. Além disso, elas têm garantido/assegurado a presença das pessoas que desejar para estar a seu lado, a ambiência que ela preparar para esse momento, como por exemplo, pouca luz, silencio ou o som de uma musica, além de retomar o seu protagonismo e de suas famílias.

O parto, durante muito tempo ocorria em casa, realizado por parteiras que possuíam conhecimentos transmitidos oralmente, herdados de gerações anteriores e permeados de muitos aspectos culturais. O momento do parto possuía um significado especial para a mulher e todos os envolvidos, pais e parentes próximos, e o contexto em que ocorria propiciava o início do vínculo com a criança. Na medida em que o tempo passou muitas transformações ocorreram na sociedade, muitos avanços tecnológicos, o capitalismo e a lógica do mercado foram se disseminando e a medicina estabeleceu-se como ciência. Nesse sentido, a criação da

Obstetrícia enquanto disciplina modificou o modo como o parto é visto e vivenciado e transformou-o, cada vez mais, numa ocorrência a ser atendida por profissionais em um espaço controlado/institucionalizado. Houve uma gradativa substituição do entendimento do processo de parto e nascimento como um evento fisiológico e natural por uma leitura deste como uma ocorrência de risco e potencialmente patológica. Consequentemente, a abordagem e o cuidado prestado à mulher, ao bebê e à família mudam, passando a ser predominantemente hospitalar

Documento gerado pelo usuário [illegible] - [illegible]
Data do Processo: 26/01/2023 - 16:37:26
Processo: 0994/2023
ARQUIVO ASSINADO DIGITALMENTE. CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO [illegible]

e fundamentado em intervenções e medicalizações muitas vezes desnecessárias (Menezes, 2012).

Apesar de todos os esforços para humanizar a assistência prestada à mulher durante o parto percebe-se que não se têm conseguido resgatar o seu protagonismo e nem garantir que a mesma se sinta acolhida e cuidada no contexto da institucionalização. Muitas mulheres têm optado por ter seus filhos em casa e, em sua maioria, possuem ensino superior completo, são casadas e compõem uma classe social privilegiada.

Nesse contexto faz-se necessário ampliar o olhar da sociedade considerando a reivindicação das mulheres, acolhida pelos movimentos pela humanização do parto, do direito de escolha do local onde desejam dar à luz.

Vale salientar que as opiniões contrárias ao parto domiciliar planejado baseiam-se na noção de risco relacionada ao parto normal e em geral associadas a uma leitura do corpo da mulher como incapaz de lidar com a fisiologia do parto e a necessidade do uso dos recursos e tecnologias hospitalares, especialmente nas emergências. Quase sempre os argumentos são relativos à imprevisibilidade das emergências e da necessidade de garantir que os recursos estejam prontamente disponíveis. Porém, os estudos baseados em evidencias cientificas apresentam argumentos favoráveis ao parto domiciliar e, na maioria das vezes, fundamentam a argumentação no fato de que as emergências no processo de parir são raras e que nos partos planejados as situações de risco são previstas e podem ser atendidas por meio das transferências para os hospitais. Outro argumento sobre a segurança é que no parto domiciliar não há intervenções desnecessárias e nem as complicações delas decorrentes. Dentre estas intervenções estão o uso de ocitocina, a restrição à mobilidade, a instrumentalização do parto, a episiotomia.

A necessidade de inserir os partos domiciliares na rede pública de atenção a saúde

A dificuldade de acesso das mulheres e famílias ao acompanhamento do parto domiciliar se deve ao fato deste não ser financiado pelo sistema público de saúde e, desta forma não estar oficialmente incluído na rede de serviços. A sua inclusão no sistema publico de saúde irá ampliar as possibilidades de escolha das mulheres brasileiras pelo local do parto, e possibilitará que essa escolha seja garantida como direito para todas as mulheres, independente da classe socioeconômica e seguindo parâmetros de segurança estabelecidos, como ocorre em países desenvolvidos como a Inglaterra. Alem disso ao incluir essa modalidade de assistência na rede publica municipal será possível gerir/monitorar a qualidade do cuidado oferecido nos partos domicíliares e o cuidado em saúde oferecido aos recémnascidos, como avaliação pediátrica precoce, rotinas de triagem neonatal conhecidos como testes da orelhinha, pezinho, coraçãozinho e olhinho, bem como as vacinas recomendadas para o período neonatal, necessárias (Hepatite B e BCG).

Evidências da segurança do parto domiciliar

O parto domiciliar planejado e assistido por profissionais capacitados apresenta resultados maternos e perinatais que garantem a sua segurança. Vale ressaltar que esses são realizados na maioria das vezes com mulheres que tem excelentes indicadores de saúde. A defesa do domicilio como local seguro para o parto apoia-se no dado de que 80 a 90 % dos partos não apresentam complicações (Barcellos, 2005).

O parto domiciliar planejado aparece como uma opção segura e apropriada nos países desenvolvidos. Estudo de coorte com 5.418 mulheres que procuraram parteiras profissionais para dar à luz em domicílio, nos Estados Unidos da América e Canadá, em 2000, obteve taxa de remoção materna de 12,1% e mortalidade neonatal de 1,7/1.000 nascidos vivos. Nenhuma mulher morreu. Os principais motivos para remoção materna foram: primeiro e segundo estágios do parto prolongados, desejo da mulher pela analgesia e exaustão materna. Quanto aos recém-nascidos, os motivos de remoção foram: problemas respiratórios e avaliação de anormalidades. (Johnson e Davis, 2005).

Data do Documento: 26/01/2023 - 16:34:15
ARQUIVO ASSINADO DIGITALMENTE. CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO 202304270004002405
Processo: 0594/2023

Estudo transversal brasileiro sobre resultados obstétricos e neonatais dos partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas indica que o parto domiciliar é seguro. Com relação aos desfechos do parto; a taxa de líquido meconial foi baixa, a frequência de escore de Apgar maior ou igual a 7 foi elevada; houve apenas uma transferência de recém nascido por causa não relacionada a assistência prestada e ausência de intervenções desnecessárias durante o trabalho de parto. Os dados mostram resultados seguros para a mulher e para o recém-nascido (Koettker et ai, 2012).

Estudo retrospectivo com 1.025 nascimentos domiciliares ocorridos na Suécia, entre 1992 e 2005, mostrou que 12,5% das mulheres foram removidas durante ou imediatamente após o parto. O principal motivo para remoção antes do parto entre primíparas e multíparas foi a parada de progressão, e após o parto, a hemorragia, entre multíparas. A primiparidade aumentou em 2,5 a chance de remoção materna (Lindgren et al., 2008).

Colacioppo et al (2010) evidenciaram em seu estudo envolvendo parto domiciliar planejado taxa de remoção materna de 5,7% por indicação obstétrica e desfecho neonatal favorável em todos os recém-nascidos, corroborando com a indicação do parto domiciliar planejado como um evento seguro.

Janssen et al (2009) também confirmaram em estudo realizado com 2889 partos, no Canadá, entre 2000 a 2004, que partos domiciliares de mulheres de gravidez de baixo risco tiveram bons resultados perinatais e redução de intervenções obstétricas, comparados a partos assistidos no hospital.

Da mesma forma, Jonge et al. (2009) mostraram que não houve diferença significante entre os dois locais de parto para morte intra-parto e neonatal nas primeiras 24 horas e sete dias após o parto, bem como no encaminhamento para unidade de terapia intensiva.

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. (Souza, 2005)

Menezes et al (2012) afirmam que o parto domiciliar, natural, desinstitucionalizado, configura-se não só como uma opção para gestantes de baixo risco, como também um espaço que favorece a evolução fisiológica e natural do parto, bem como o exercício do protagonismo e autonomia da mulher, ao proporcionar maior acolhimento, sensações de segurança, privacidade e conforto, possibilitando uma vivência mais intensa, humana, afetiva, familiar e pessoal deste processo. O resgate do domicilio como local do parto fortalece a concepção de que o parto e o nascimento fazem parte da natureza e da história de vida humana.

Dados epidemiológicos publicados sobre partos domiciliares planejados no município de SP apontam mudança no panorama dos locais de nascimento na cidade. Entre os anos de 2009 e 2014 os partos domiciliares acompanhados por profissionais (médicos, enfermeiras obstétricas e obstetrizes) passou de 9,8% para 26,5%. Os partos domiciliares planejados apresentaram melhores índices em todos os campos: numero de consultas de pré-natal, termo da gestação, índices de APGAR e maior peso do bebê ao nascer. (BOLETIM SINASC, 2015).

Conforme publicado pelo NICE (National Institute for Health and Care Excellence) em 2014, o parto é um evento de alto impacto na vida da mulher e implica em muitas mudanças na sua vida. O cuidado que uma mulher recebe durante o trabalho de parto tem o potencial de afetar a ela - tanto física como emocionalmente, a curto e a longo prazo - e a saúde de seu bebê. O acesso à informação e ao cuidado respeitoso e acolhedor por parte dos profissionais de saúde pode ajudá-la a assumir o controle do que está acontecendo e contribuir para tornar o nascimento uma experiência positiva para a mulher e seu acompanhante (s) de nascimento. A diretriz proposta pelo NICE abrange o atendimento de mulheres saudáveis que têm o trabalho de parto a termo (37- 41 6/7). Salienta-se que na Inglaterra e no País de Gales cerca de 700.000 mulheres dão à luz a cada ano, das quais cerca de 40% estão na vivendo o seu primeiro parto. A maioria dessas mulheres é saudável, tem gravidez única com feto em

Data do Documento: 26/01/2023 - 16:34:15
Data do Processo: 26/01/2023 - 16:37:26
Processo: 0594/2023
ARQUIVO ASSINADO DIGITALMENTE, CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO
2023042700040024059

apresentação cefálica e após 37 semanas de gestação, ou seja, com perfeitas condições para vivenciarem um parto espontâneo e de baixo risco. Acredita-se na importância do acesso à informação e aconselhamento às mulheres a respeito de todas as configurações disponíveis sobre as possibilidades do seu parto, quanto à escolha do local mais adequado e o modelo de cuidado. (NICE, 2014)

O NICE aponta que o parto é geralmente muito seguro, tanto para a mulher quanto para o bebe, seja para as mulheres multíparas ou nulíparas. Para ambas (mulheres multíparas e nulíparas) é preciso informar que elas podem escolher qualquer configuração de local para o nascimento (domicilio ou casas/centros de parto que tenham acesso fácil à serviços obstétricos de referência). Estas mulheres precisam ser apoiadas em sua escolha sobre o local para dar à luz, a saber:

- o domicilio ou casas/centros de partos são particularmente adequados para as mulheres multíparas e nulíparas com risco gestacional habitual, porque nestes locais a taxa de intervenções desnecessárias é menor e o resultado para o bebê não é diferente em comparação com uma instituição de saúde/hospitalar.

- para mulheres nulíparas que planejam dar à luz em casa há um pequeno aumento no risco de um resultado adverso para o bebê.

Todos os profissionais de saúde envolvidos no atendimento de mulheres grávidas devem estar familiarizados com os tipos e frequências das complicações que podem comprometer a saúde dos bebês a fim de serem capazes de fornecer a informação para as mulheres.

As principais razões para a transferência da mulher do domicílio para uma unidade de saúde/hospital, num estudo que envolveu 3529 casos, foram: prolongamento da duração do primeiro ou segundo estágio do trabalho (32,4%); alterações na FCF (7,0%); solicitação de analgesia para o parto (5,1%); liquido meconial (12,25), retenção da placenta (7,0%), reparo de trauma perineal (10,9%), preocupação com a condição fetal no pós-parto (5,1%), outras causas (20,1%). (NICE, 2014)

A recomendação inclui:

- todas as mulheres devem ter acesso oportuno a uma unidade obstétrica se elas precisarem de transferência de cuidados por motivos de saúde ou porque elas assim desejarem.

- os gestores/profissionais de saúde precisam assegurar protocolos robustos quando se tratar de transferência de cuidados entre os modelos domicilio, casas/centros de parto), tais como: acesso facilitado no que se refere ao trafego e distancias e estruturas que disponibilizem cuidados multidisciplinares;

- os profissionais de saúde devem assegurar que, em todas os modelos/configurações de local de parto haja uma cultura de respeito para cada mulher como um indivíduo passando por uma experiência significativa e emocionalmente intensa, de modo que a mulher tenha autonomia nas suas escolhas e seja tratada com respeito e compaixão.

Estudos sobre a satisfação da mulher quanto a possibilidade de escolha do local do parto apontaram que, no período pós-parto, mulheres que tiveram o parto no local onde pretendiam ter sentiam-se mais satisfeitas com a experiência do parto. Quando o ambiente escolhido era o domicilio, quando alcançavam este objetivo, as mulheres relatavam maior satisfação com a experiência vivida. (Christiaens et al., 2007) Ao mesmo tempo, as mulheres que deram à luz em casa tinha expectativas mais otimistas e sua experiência de parto foi ainda mais positiva do que o esperado. Aponta-se que mulheres que não dão à luz no local planejado têm uma experiência mais negativa. (Christiaens et al., 2008; NICE, 2014).

Diante dessas considerações, o serviço de atendimento de parto domiciliar será organizado com um protocolo, fundamentado nas evidencias científicas e atualizado anualmente para orientação das suas diretrizes. Ou seja, haverá definição dos parâmetros de avaliação das

Este documento foi gerado pelo usuário [illegible] em 26/01/2023 16:37:26
Data do Processo: 26/01/2023 - 16:37:26
Processo: 0994/2023
ARQUIVO ASSINADO DIGITALMENTE. CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO [illegible]

condições clínicas, obstétricas e neonatais para a admissão da mulher no programa, bem como parâmetros para remoção para os hospitais que serão responsáveis pelo suporte às equipes de parto domiciliar bem como parâmetros de atendimentos em situações de urgência/emergência. Apesar do número de remoções serem baixos é fundamental que todas as equipes tenham assegurado a transferência da mulher e do bebê para um hospital nos casos que se identificar a necessidade.

Referências:

BARCELLOS RMG. A infraestrutura física na humanização do parto. In: Rattner D, TrenchB, organizadores. Humanizando nascimentos e partos. São Paulo: Editora Senac; 2005.

CHRISTIAENS, W; GOUWY, A; BRACKE, P. Does a referral from home to hospital affect satisfaction with childbirth? A cross-national comparison. BMC health services research, v. 7, n. 1, p. 109, 2007.

CHRISTIAENS, W; VERHAEGHE, M; BRACKE, P. Childbirth expectations and experiences in Belgian and Dutch models of maternity care, Journal of Reproductive and Infant Psychology, v. 26, n. 4, p. 309-322, 2008.

COLACIOPPO et al. Parto domiciliar planejado: resultados maternos e neonatais. Rev. Enf. Ref., Dez 2010, vol.ser III, no.2, p.81-90. ISSN 0874-028

JANSSEN, PA et al. (2009) - Outcomes of planned homenbirth with registered registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. Canadian Medical Association Journal. V.181, nº 6-7, p. 377-383.

JOHNSON K.C., DAVISS B. Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America. British Medical Journal. 2005,Vol. 330, nº 7505, p. 1416.

JONGE A. et al - Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529 688 low-risk planned home and hospital births. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 2009, Vol. 116, nº 9, 2009 p. 1177-1184.

KOETTKER JG et al Resultado de partos domiciliares atendidos por enfermeiras de 2005 a 2009 em Florianópolis, SC. Rev. Saúde Pública 2012;46(4):747-50

LINDGREN HE et al. Transfers in planned home births related to midwife availability and continuity: a nationwide population-based study. Birth, 2008, V.35, n. 1, p. 9-15. III Série - n.2 - Dez. 2010. pp.81-90.

MENEZES et al. A situação do parto domiciliar no Brasil. Revista Enfermagem Contemporânea, Salvador, dez. 2012; 1(1): 3-43. SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação/CEInfo. Nascer na cidade de São Paulo: 15 anos do SINASC. Boletim CEInfo Análise/ Ano X, nº11, Maio/2015. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2015.40 p.

National Collaborating Centre for Women s and Children s Health (NICE). Intrapartum Care: Care of Healthy Women and Their Babies During Childbirth. London: Clinical guideline commissioned by the National institute for Health and Clinical Excellence (NICE), 2014, 840p.

SOUZA HR. A arte de nascer em casa: Um olhar antropológico sobre a ética, a estética e a sociabilidade no parto domiciliar contemporâneo [Dissertação de Mestrado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Antropologia Social; 2005.

Sala das Sessões, 26 de Janeiro de 2023

Data do Documento: 26/01/2023 - 16:44:58
Data do Processo: 26/01/2023 - 16:37:26
Processo: 0594/2023
ARQUIVO ASSINADO DIGITALMENTE. CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO 20230427000400240 59



YURI MOURA
Vereador