



## *Câmara Municipal de São Caetano do Sul*

Senhor Presidente,

### **PROJETO DE LEI**

**"ESTABELECE DIRETRIZES PARA O ACOMPANHAMENTO DO PARTO DOMICILIAR - PD, NO ÂMBITO DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO CAETANO DO SUL."**

Art. 1º. Ficam estabelecidas diretrizes para o acompanhamento do Parto Domiciliar-PD, no âmbito da Rede Municipal de Saúde de São Caetano do Sul.

Parágrafo Único - As diretrizes de que trata esta Lei compreendem o atendimento à mulher, bebê e seus pares e família, no período gravídico-puerperal e perinatal, de forma a complementar as ações de saúde e cuidado oferecidos pela Rede Municipal de saúde durante o trabalho de pré-natal, parto, pós-parto imediato, estendendo-se até os primeiros seis meses após o nascimento.

Art. 2º. Para os fins dispostos nesta lei, define-se como acompanhamento do Parto Domiciliar o cuidado prestado à mulher que tenha escolhido o domicílio como local do parto e nascimento e que



## *Câmara Municipal de São Caetano do Sul*

atendam os critérios clínico-obstétricos estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Art. 3º. O Parto Domiciliar 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. 4º. O acompanhamento do Parto Domiciliar será inserido no sistema de saúde da rede municipal, que promoverá recursos materiais e humanos compatíveis com a assistência proposta.

Art. 5º. O acompanhamento do Parto Domiciliar observará as seguintes diretrizes:

### a) NO PERÍODO PRÉ-NATAL:

I - acesso e acolhimento da mulher no Parto Domiciliar de pré-natal da rede básica de saúde do município;

II - 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 PD;

III - acolher e avaliar as condições de saúde materna e fetal pela equipe de PD a partir de 35 semanas de gestação;

IV - avaliar as condições do ambiente escolhido (domicílio) para o parto e nascimento, conforme os critérios estabelecidos pelo protocolo de acompanhamento do PD;

V - acompanhamento pela equipe do PD a partir de 35 semanas de



## *Câmara Municipal de São Caetano do Sul*

gestação, concomitante ao acompanhamento de pré-natal da rede básica;

### b) NO TRABALHO DE PARTO E PARTO:

I - desenvolver ações conjuntas com a rede básica de saúde e com o Programa de Saúde da Família (PSF);

II - garantir o atendimento por equipe composta por no mínimo duas Obstetizas ou Enfermeiras Obstétricas presentes em todo o processo;

III - garantir o acolhimento e cuidado contínuo durante todo o processo envolvido;

IV - acompanhamento pela equipe de PD desde a fase latente, fase ativa, parto e pós-parto imediato;

V - monitorar a evolução do trabalho de parto, parto e pós-parto;

VI - garantir de assistência ao parto normal sem distócias, respeitando as escolhas da mulher;

VII - 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;

VIII - monitorar in loco das condições do recém-nascido nas primeiras 6 horas de vida;

IX - garantir a imediata remoção da mulher para serviços de referência, nos casos eventuais de risco ou intercorrências no trabalho de parto, parto e/ou pós-parto, em unidades de transporte adequadas;

X - garantir a assistência imediata ao recém-nascido em situações



## *Câmara Municipal de São Caetano do Sul*

eventuais de risco, devendo para tal dispor de profissionais capacitados para prestar manobras básicas de reanimação preconizadas pelo Ministério da Saúde;

### c) NO PÓS-PARTO:

I - monitorar in loco das condições materna e do recém-nascido com 24 horas, no período pós-parto/nascimento;

II - garantir a realização da triagem neonatal: oximetria de pulso na visita domiciliar no período compreendido entre 24 a 48 horas após o nascimento;

III - 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;

IV - 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);

V - garantir da realização da triagem neonatal: teste do pezinho (fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, anemia falciforme e outras hemoglobinopatias e fibrose cística), o teste da orelhinha (Emissões Otoacústicas Evocadas), teste do olhinho (reflexo vermelho);

VI - garantir a realização da imunização conforme calendário/protocolo de vacinação proposto pelo Ministério da Saúde, na primeira semana de vida;

VII - garantir a avaliação puerperal na rede básica de saúde no período de 40 a 60 do pós-parto;

VIII - garantir o acesso ao planejamento familiar proposto e escolhido pela mulher durante a assistência no pré-natal, na sua unidade de saúde



## *Câmara Municipal de São Caetano do Sul*

de referência;

### d) NA PUERICULTURA:

I - garantir de acompanhamento domiciliar mensal pela equipe de PD durante os primeiros seis meses de vida da criança;

II - garantir de acolhimento e disponibilização de cuidados necessários na rede básica de saúde de referência para os encaminhamentos indicados pela equipe de PD;

Art. 7º. As despesas decorrentes da execução da presente Lei correrão por conta das dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 8º. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

### **Justificativa**

#### Contexto

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 domicílio 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



## *Câmara Municipal de São Caetano do Sul*

pessoas que desejam para estar a seu lado, a ambiência que ela prepara para esse momento, como por exemplo, pouca luz, silêncio ou o som de uma música, 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. Conseqüentemente, a abordagem e o cuidado prestado à mulher, ao bebê e à família mudam, passando a ser predominantemente hospitalar 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.



## *Câmara Municipal de São Caetano do Sul*

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 se baseiam 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 evidências científicas 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 à 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 público 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,



## *Câmara Municipal de São Caetano do Sul*

como ocorre em países desenvolvidos como a Inglaterra. Além disso ao incluir essa modalidade de assistência na rede pública municipal será possível gerir/monitorar a qualidade do cuidado oferecido nos partos domiciliares e o cuidado em saúde oferecido aos recém-nascidos, 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 domicílio 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).

Estudo transversal brasileiro sobre resultados obstétricos e neonatais dos partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas indica que o parto domiciliar é seguro.





## *Câmara Municipal de São Caetano do Sul*

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 al, 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 múltiparas foi a parada de progressão, e após o parto, a hemorragia, entre múltiparas. 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 planejada 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 significativa 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.



## *Câmara Municipal de São Caetano do Sul*

### 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 homebirth 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.



## *Câmara Municipal de São Caetano do Sul*

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.



*Câmara Municipal de São Caetano do Sul*

Plenário dos Autonomistas, 05 de março de 2021.

**BRUNA CHAMAS BIONDI**  
**(MULHERES POR + DIREITOS)**  
**VEREADORA**