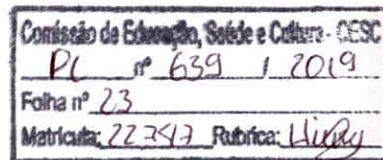




PARECER Nº 639/2019-GAB DEP. JORGE VIANNA

Brasília, 12 de novembro de 2019.

PARECER Nº 01 , DE 2019



Da COMISSÃO DE EDUCAÇÃO, SAÚDE E CULTURA sobre o Projeto de Lei nº 639, de 2019, que estabelece diretrizes para criação do Programa Centro de Parto Normal – CPN nas sete regiões de saúde do DF (Norte, Central, Leste, Centro-Sul, Sul, Sudoeste e Oeste) para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento e dá outras providências.

AUTORA: Deputada Arlete Sampaio

RELATOR: Deputado Jorge Vianna

I – RELATÓRIO

Submete-se à apreciação desta Comissão o Projeto de Lei nº 639, de 2019, de iniciativa da Deputada Arlete Sampaio, que estabelece diretrizes para criação do Programa Centro de Parto Normal – CPN, para atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, com atuação complementar às unidades de saúde existentes, no sentido de promover a ampliação do acesso, do vínculo e do atendimento humanizado à atenção ao parto e ao puerpério, conforme disposto no art. 1º.

O parágrafo único do art. 1º define CPN, para efeitos da Lei, como a unidade de saúde intra-hospitalar ou peri-hospitalar que presta atendimento humanizado e de qualidade às mulheres em condições clínicas para realizar parto normal.

O art. 2º estabelece as diretrizes do Programa CPN: (i) desenvolver atividades educativas e de humanização com vistas à preparação da gestante para o parto e para a amamentação; (ii) garantir a presença de acompanhante e o acompanhamento por doula, de livre escolha da mulher; (iii) garantir assistência ao parto normal, sem distócias, com respeito à individualidade da mulher; (iv) garantir assistência ao recém-nascido; (v) garantir a remoção da gestante e/ou do recém-nascido para serviço de referência, com transporte adequado, no caso de eventuais riscos ou intercorrências do parto, quando o CPN for peri-hospitalar; (vi) desenvolver ações conjuntas com as unidades de referência e com as equipes da Estratégia Saúde da Família – ESF; (vii) implementar rotinas de proteção e contato imediato, pele a pele e ininterrupto, entre mãe e filho, como forma de promover o vínculo, com a participação do pai, quando couber; (viii) contar com equipe composta por enfermeiras obstetrias e técnicos e/ou auxiliares de enfermagem.

A Secretaria de Estado da Saúde do DF – SES/DF deve estabelecer rotinas de acompanhamento, supervisão, capacitação e controle que garantam o cumprimento dos objetivos do Programa, no sentido de promover a qualidade e a humanização da assistência ao parto, de acordo com o disposto no art. 3º. O § 1º deste artigo obriga a SES/DF a definir os locais dos CPNs nas sete regiões de saúde, com prioridade para adaptações nos hospitais existentes. Caso contrário, deverão ser construídos espaços adequados para os CPNs, conforme disposto no § 2º.

O art. 4º dispõe sobre o tamanho dos CPNs a ser definido pela SES/DF, com base na população da região de saúde, nos termos da Portaria do Ministério da Saúde nº 11, de 7 de janeiro de 2015.

O Poder Executivo deve regulamentar a Lei, no prazo de noventa dias, conforme o art. 5º.

Segue a tradicional cláusula de vigência.

Na Justificação, a autora registra que os CPNs são unidades de atenção ao parto e ao nascimento que realizam atendimento humanizado e de qualidade, exclusivamente ao parto normal, com garantia de respeito à privacidade, dignidade e autonomia da mulher ao parir, em ambiente acolhedor e confortável, com a presença de acompanhante de sua livre escolha.

A autora menciona as considerações constantes da Portaria/MS nº 11/2015 que embasam o financiamento do SUS para esses serviços e destaca alguns aspectos desse modelo como: oferta de assistência pré-natal, realização de grupos de preparação para o parto e assistência pós-parto, na atenção primária à saúde, de modo a garantir continuidade do cuidado; existência de quartos individuais PPP (pré-natal, parto e pós-parto, onde a mulher permanece durante todo o processo até a alta).

A autora menciona as considerações constantes da Portaria/MS nº 11/2015 que embasam o financiamento do SUS para esses serviços e destaca alguns aspectos desse modelo como: oferta de assistência pré-

natal, realização de grupos de preparação para o parto e assistência pós-parto, na atenção primária à saúde, de modo a garantir continuidade do cuidado; existência de quartos individuais PPP (pré-natal, parto e pós-parto, onde a mulher permanece durante todo o processo até a alta).

A autora menciona as considerações constantes da Portaria/MS nº 11/2015 que embasam o financiamento do SUS para esses serviços e destaca alguns aspectos desse modelo como: oferta de assistência pré-natal, realização de grupos de preparação para o parto e assistência pós-parto, na atenção primária à saúde, de modo a garantir continuidade do cuidado; existência de quartos individuais PPP (pré-natal, parto e pós-parto, onde a mulher permanece durante todo o processo até a alta).

Ressalta, ainda, os benefícios do parto normal, em relação à cesariana, entre os quais: melhor recuperação da mãe e amamentação; maior relação mãe-filho após o parto; e acionamento do sistema imunológico do bebê em contato com a microbiota vaginal materna.

Por último, conclui que a existência de apenas um CPN, a Casa de Parto da Unidade Mista de São Sebastião, não atende a toda a demanda de mulheres gestantes do Distrito Federal, que conta com sete regiões de saúde. O Projeto objetiva, assim, contribuir para a redução dos alarmantes índices de cesáreas desnecessárias e para o protagonismo das mulheres, com participação ativa durante todo o processo do parto e nascimento.

Durante o prazo regimental não foram apresentadas emendas.

É o relatório.

II – VOTO DO RELATOR

| |
|--|
| Comissão de Educação, Saúde e Cultura - CESC |
| PL nº 639 / 2019 |
| Folha nº 24 |
| Matrícula: 22343 Rubrica: <i>Hilary</i> |

Conforme o art. 69, inciso I, "a", do Regimento Interno da Câmara Legislativa do Distrito Federal, cabe à Comissão de Educação e Saúde emitir parecer sobre o mérito de proposições que tratem de saúde pública. É o caso do Projeto de Lei em análise, que visa à implantação de Casas de Parto Normal no Distrito Federal.

Na elaboração do parecer de mérito, um passo importante é a contextualização do objeto do Projeto de Lei, neste caso, a assistência ao parto e o CPN como serviço que contribui para humanização do atendimento. É o que passaremos a fazer a seguir.

O parto e o nascimento são um fenômeno fisiológico influenciado por fatores biopsicossociais. O parto é acontecimento único, de inestimável importância, experiência ímpar que envolve a mulher, seu parceiro, suas famílias e a comunidade. É considerado um processo psicossomático, em que o comportamento da mulher vai depender, além da própria evolução do trabalho de parto, do nível de informação, da história pessoal, do contexto socioeconômico, da personalidade e de simbolismos.

Nas sociedades antigas, durante muito tempo, as mulheres eram reconhecidas como autoridades em relação ao parto, com apoio dos familiares e dos que a cercavam. A partir da Idade Média, a obstetrícia moderna, que nasceu sob a tutela da cirurgia, transformou o parto e o nascimento em evento medicalizado, descaracterizando a essência original de fenômeno existencial e psicológico, para mãe e filho, e acontecimento social, para o grupo familiar e sociedade. Assim, retirou da mulher seu protagonismo e deixou nas mãos dos médicos a condução do parto e do nascimento. A mulher passou a assumir postura passiva, nesse momento tão importante da sua vida.

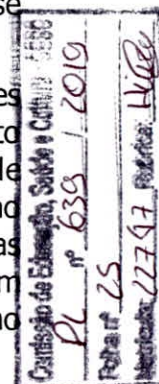
Ainda assim, até o início deste século, e mesmo hoje em muitas regiões, há mulheres que têm seus filhos com o auxílio de parteiras. Há muitos países no mundo em que o parto ainda se constitui num evento fisiológico. É o caso da Holanda e da Inglaterra, com taxas de mortalidade infantil e materna baixíssimas. Nesses países, a organização da assistência ao parto para a maioria das mulheres tem como base a assistência realizada por enfermeiras obstetras ou parteiras. Os médicos obstetras são considerados especialistas, com responsabilidade apenas na assistência aos casos com complicações que se caracterizem como risco, com as cesáreas restritas aos casos em que há indicação.

Um estudo recente, publicado em 2017, intitulado "Complicações maternas e cesárea sem indicação: revisão sistemática e meta-análise", revela o seguinte:

Alguns países apresentam baixa mortalidade materna e neonatal e, ao mesmo tempo, baixos índices de cesariana. A França apresenta mortalidade materna de 17 por 100.000 nascidos vivos e um percentual de cesarianas de 18,8%. O Japão apresenta mortalidade materna de 10 por 100.000 nascidos vivos e 17,4% de partos cesáreas. Já a Suécia tem uma mortalidade materna de apenas dois por 100.000 nascimentos e 17,3% de cesáreas. O Brasil, por outro lado, apresentava no ano 2000 uma mortalidade materna de 260 por 100.000 nascidos vivos e 42,7% dos partos por cesariana em 2008. (grifo nosso)

No Brasil, temos uma situação de medicalização extrema do parto. Predomina o modelo hospitalar, cirúrgico e centrado na figura do profissional médico, aos moldes do que acontece nos Estados Unidos. Com uma diferença, lá as taxas de cesárea não são tão altas como no Brasil, não passam de 25%, e mesmo assim são consideradas elevadas. A Organização Mundial de Saúde – OMS recomenda a priorização do parto normal e a humanização da assistência, com taxa de cesárea de no máximo 15%.

A OMS preconiza que o parto é um evento natural, que não necessita de controle, mas de cuidado. Nesse sentido, em 1996, estabeleceu recomendações para as boas práticas de assistência ao parto, entre as quais destacamos: plano individual determinando onde e por quem o parto 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; fornecimento de todas as informações e



explicações que as mulheres 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.

Há situações em que a cesárea é a única opção para salvar a vida da mãe e do bebê, mas não é aceitável que cerca de 80 a 90% de gestantes, em determinados hospitais, necessitem dessa intervenção. Na realidade, essas elevadas taxas refletem muito mais a conveniência dos profissionais médicos do que a necessidade das mulheres grávidas. A cesárea realizada sem indicação precisa acarreta riscos para o recém-nascido, principalmente a prematuridade (no caso de cesáreas com data marcada) e angústia respiratória. Também aumenta o risco de morbimortalidade para as mulheres, principalmente devido a infecções puerperais, mais comuns no parto cesárea que no normal. Outra causa importante de morte materna, durante a cesárea, está relacionada às complicações anestésicas e à aspiração de vômito.

Assim, uma intervenção criada para proteger a vida da mãe e da criança, quando indicada e realizada adequadamente, torna-se um perigo para um ou ambos, quando utilizada somente por conveniência do médico e da mãe ou como resultado das insuficiências do sistema de saúde.

Há, além disso, outras consequências negativas menos evidentes da cesárea que afetam a saúde da mãe e do bebê: recuperação mais difícil para a mãe, com período maior de separação entre ela e o filho e atraso no primeiro contato entre eles, retardando o início da amamentação. Se acrescentarmos a isto aumento no uso de analgésicos e o maior desconforto ao se lidar com o bebê, é fácil compreender porque a taxa e a duração da amamentação são afetadas pela cirurgia abdominal. Considerando a importância do aleitamento materno para um país como o Brasil, esse é um argumento forte contra a cesariana desnecessária.

As elevadas taxas de cesárea são indicadoras do modelo hegemônico de atenção ao parto, com alta incidência de intervenção médica e tecnológica num processo que deveria ser natural.

No ano 2000, predominava o parto normal (no Brasil 61,58% e no DF 60,29%). No DF, a partir de 2007, passam a predominar os partos cesáreos (51,75%), enquanto, no Brasil, essa inversão ocorre em 2009 (50,03%). A partir daí, ocorre aumento progressivo das cesáreas e redução dos partos normais, chegando ao maior valor dos partos cirúrgicos em 2014, com 55,08% no DF e 56,99% no país.

O MS pactuou com os gestores estaduais e municipais diversas iniciativas para fazer frente ao processo de desumanização da assistência ao parto, 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; 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); Rede Cegonha, lançada em 2011, que compreende um conjunto 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.

Cabe destacar que o CPN constitui uma das primeiras estratégias adotadas no Brasil para a humanização e a ampliação do acesso ao parto normal, aos moldes de serviços semelhantes existentes em vários países. A primeira Casa de Parto/CPN pública do Brasil foi inaugurada em 1998, em São Paulo, na região de Sapopemba. Essa Casa teve como

Comissão de Esclarecimento, Saúde e Cultura - CESC
Voto nº 639 / 2019
Pauta nº 26
Matrícula: 22797 Rubrica: Hólice

inspiração uma Casa de Parto mantida por organizações não governamentais, na favela Monte Azul, no mesmo município.

Para implementar essa política, o MS editou a Portaria nº 985, de 5 de agosto de 1999, que cria o **Centro de Parto Normal – CPN**, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para atendimento à mulher no período gravídico-puerperal. O CPN, nome adotado pelo MS para designar as Casas de Parto, conforme a Portaria, deve estar inserido no sistema de saúde local, atuando de maneira complementar às unidades de saúde existentes e organizado no sentido de promover a ampliação do acesso, do vínculo e do atendimento, humanizando a atenção ao parto e ao puerpério.

Posteriormente, o MS editou a Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015, que redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal.

Atualmente, existem no Brasil 15 CPNs, sendo um no Distrito Federal. A Casa de Parto do DF está localizada na Unidade Mista de São Sebastião e foi inaugurada em 2001, como uma maternidade tradicional, com equipe médica e de enfermagem. Em março de 2009 passou por uma reestruturação na assistência, quando enfermeiras obstetrias assumiram a assistência ao parto.

Para serem atendidas, as gestantes têm de fazer o pré-natal no posto de saúde da cidade, assistir a três palestras educativas, visitar a Unidade Mista e escolher o acompanhante do parto. Na preparação para o parto, as grávidas recebem orientações sobre técnicas de respiração e massagens, além de assistência psicológica. A gestante pode optar pela posição em que quer parir, de cócoras, dentro da banheira ou na cama. O momento do parto é uma festa, com direito a música ambiente e à presença de familiares. Se houver alguma complicação, a gestante é transferida para o Hospital de referência da Região Leste. Após o parto, as mulheres ficam 24 horas no alojamento com capacidade para três puérperas, até receber alta. Elas voltam para consultas de rotina e para realização do teste do pezinho. O atendimento tem sua continuidade no posto de saúde da região.

Por se tratar de iniciativa de extrema relevância e feitas essas considerações, manifestamo-nos, no mérito, pela **APROVAÇÃO** do Projeto de Lei nº 639, de 2019, no âmbito desta Comissão de Educação, Saúde e Cultura.

Sala das Comissões, em

2019.

DEPUTADO

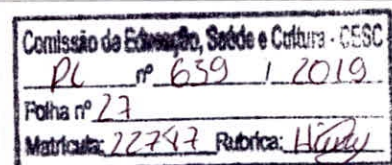
Presidente

DEPUTADO JORGE VIANNA

Relator



Documento assinado eletronicamente por JORGE VIANNA DE SOUSA - Matr. 00151, Deputado(a) Distrital, em 12/11/2019, às 22:44, conforme Art. 22, do Ato do Vice-Presidente nº 08, de 2019, publicado no Diário da Câmara Legislativa do Distrito Federal nº 214, de 14 de outubro de 2019.





A autenticidade do documento pode ser conferida no site:
[http://sei.cl.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?](http://sei.cl.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0)
[acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0](http://sei.cl.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0)
verificador= 0006558 código CRC= 5754DF85.

Praça Municipal, Quadra 2, Lote 5, 2º Andar, Gab 1- CEP 70094-902- Brasília-DF- Telefone: (61)3348-8012
www.cl.df.gov.br - dep.jorgevianna@cl.df.gov.br

00001-00011678/2019-16

0006558v8

| |
|--|
| Comissão de Educação, Saúde e Cultura - CESC |
| PL nº 639 / 2019 |
| Folha nº 28 |
| Matrícula: 22747 Rubrica: <i>Liery</i> |