



## CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

### PARECER TÉCNICO COREN/SC Nº 023/CT/2016

**Assunto:** *Parto Domiciliar Planejado*

#### **I – Fatos:**

Trata-se de parecer que estabelece normas para o acompanhamento de parto domiciliar planejado. O Parecer foi elaborado pela comissão de parto domiciliar planejado da Associação Brasileira de Enfermagem Obstétrica de Santa Catarina (ABENFO/SC) em parceria com enfermeiras generalistas, enfermeiras obstétricas e uma obstetritz.

#### **II - Fundamentação e análise:**

A realidade obstétrica vivenciada no Brasil é conhecida pelos altos índices de intervenções, tendo como expressão uma das maiores taxas de cesariana do mundo, chegando a 53,4%. No setor privado o percentual de cesáreas chega a 89,9% (D'ORSI et al, 2014; LEAL et al, 2014). Por isso, com o surgimento de novas evidências científicas, a prática obstétrica necessita de mudanças. Estas devem acontecer através da promoção e resgate das características naturais e fisiológicas do parto e nascimento, reconhecendo o protagonismo da mulher no processo de gestar e parir (BRASIL, 2016a).

O respeito à autonomia da mulher engloba o local de nascimento. O Ministério da Saúde considera que não se deve desencorajar o planejamento do parto no domicílio, desde que o mesmo seja realizado por profissionais capacitados e com transferência definidas, caso seja necessário. Ainda, destaca as enfermeiras obstétricas e obstetritz como profissionais chaves na assistência ao parto fora do hospital (BRASIL, 2016a).

Considerando a assistência extra hospitalar, cabe destacar a diferença de parto domiciliar e parto domiciliar planejado. O parto domiciliar planejado é entendido como a assistência prestada à mulher durante a gestação, o parto e o puerpério imediato, no ambiente domiciliar, realizado por profissional qualificado, de livre escolha da mulher, e registrado em



## CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

seu Conselho de Classe. Os atendimentos realizados no domicílio devem seguir protocolos, que definem as ações a serem desenvolvidas em cada etapa do processo gestacional e parturitivo. Além disso, é indispensável a garantia de uma rede de suporte no caso de necessidade de transferência materna e/ou neonatal (KOETTKER, 2010). Ainda, o parto domiciliar planejado tem como objetivo prestar um cuidado integral e valorizar o protagonismo da mulher em todo o processo (CAPARROZ, 2003).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) são considerados profissionais qualificados para a assistência ao parto os médicos, os enfermeiros obstetras e as obstetras (WHO, 1996). O decreto nº 94.406 de 1987 que regulamenta a lei nº 7498 de 25 de Junho de 1986, aborda as atribuições específicas para os enfermeiros na assistência ao parto. O mesmo destaca a prestação de assistência de Enfermagem a gestante, parturiente, puérpera e recém-nascido; acompanhamento da evolução do trabalho de parto; execução e assistência obstétrica em situações de emergência e execução do parto sem distócia. Aos profissionais com diploma ou certificado de enfermeira obstétrica ou obstetrix, além das atividades descritas anteriormente ainda abrangem: identificação obstétrica das distócias e tomada de providência até a chegada do médico e realização de suturas perineal e anestesia local, quando necessário.

Ainda, a Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiras Obstétricas (ABENFO) defende que o Parto Domiciliar Planejado contribui para a diminuição de intervenções e cesarianas, efetivando uma atenção à saúde de qualidade em defesa da vida. Ressalta a importância do hospital de retaguarda, caso a mulher ou o recém-nascido necessitem de transferência.

Compete a enfermeira obstétrica ou obstetrix o atendimento integral ao trabalho de parto e parto eutócico, no âmbito hospitalar ou domiciliar, de gestantes consideradas de risco habitual. Sendo estes profissionais responsáveis legais pelo cuidado que prestam, e dessa forma, devem garantir o atendimento de gestantes apenas de risco habitual, que realizem pré-natal conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde, e que o domicílio conte com condições mínimas de higiene. Além disso, devem seguir os requisitos de biossegurança, de qualidade e segurança na assistência e utilizar as melhores evidências científicas (COREN/SC, 2016).



## CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

### III – Conclusão:

Diante do exposto, percebeu-se a necessidade de elaborar diretrizes para o atendimento ao parto domiciliar planejado atendido por enfermeiras obstétricas e obstetrizes em Santa Catarina para regulamentar esta prática, assim como garantir os direitos das famílias que escolhem vivenciar o parto neste ambiente, prestando a assistência de qualidade e segura, respeitando o protagonismo da mulher e sua família.

Neste Parecer encontram-se descritos os critérios de inclusão e exclusão para o atendimento do parto domiciliar planejado; o equipamento mínimo para o atendimento; equipe mínima para o atendimento; práticas de atendimento baseadas em evidências científicas; transferência materna e neonatal; descarte de materiais; limpeza e esterilização de materiais.

#### *1. Critérios para o atendimento do parto domiciliar planejado*

Os critérios abaixo foram descritos com base nos protocolos da atenção básica para a saúde das mulheres (BRASIL, 2016a; BRASIL 2016b). Sendo que os parâmetros dos critérios de exclusão deverão ser detalhados e atualizados de acordo com as evidências científicas.

#### *1.1 Critérios de inclusão*

- Gestante classificada como tendo pré-natal de baixo risco/risco obstétrico habitual;
- Gestação única;
- Apresentação cefálica;
- Idade gestacional maior ou igual a 37 semanas e menor que 42 semanas;
- Casal estar de acordo segundo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 3).

#### *1.2 Critérios de exclusão*

#### **Relacionados às condições prévias:**

- Cardiopatias;
- Pneumopatias graves (incluindo asma brônquica);
- Nefropatias graves (como insuficiência renal crônica e em casos de transplantados);
- Endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus, hipotireoidismo e hipertireoidismo);



## CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

- Doenças hematológicas (inclusive doença falciforme e talassemia);
- Hipertensão arterial crônica e/ou caso de paciente que faça uso de anti-hipertensivo (PA>140/90mmHg antes de 20 semanas de idade gestacional – IG);
- Doenças neurológicas (como epilepsia);
- Doenças psiquiátricas que necessitam de acompanhamento (psicoses, depressão grave etc.);
- Doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, outras colagenoses);
- Alterações genéticas maternas;
- Antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar;
- Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outras);
- Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo Zika Vírus, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras DSTs (condiloma);
- Hanseníase;
- Tuberculose;
- Dependência de drogas lícitas ou ilícitas;
- Qualquer patologia clínica que necessite de acompanhamento especializado.

### ***Relacionados à história reprodutiva anterior:***

- Morte intrauterina ou perinatal em gestação anterior, principalmente se for de causa desconhecida;
- História prévia de doença hipertensiva da gestação, com mau resultado obstétrico e/ou perinatal (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina, síndrome Hellp, eclâmpsia, internação da mãe em UTI).

### ***Relacionados a gravidez atual:***

- Restrição do crescimento intrauterino;
- Polidrâmnio ou oligodrâmnio;
- Gemelaridade;
- Malformações fetais ou arritmia fetal;



## CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

- Evidência laboratorial de proteinúria;
- Diabetes *mellitus* gestacional;
- Desnutrição materna severa;
- Obesidade mórbida ou baixo peso (se permanência da condição após encaminhamento para avaliação nutricional);
- NIC III;
- Alta suspeita clínica de câncer de mama ou mamografia com Bi-RADS III ou mais;
- Distúrbios hipertensivos da gestação (hipertensão crônica preexistente, hipertensão gestacional ou transitória);
- Infecção urinária de repetição ou dois ou mais episódios de pielonefrite (toda gestante com pielonefrite deve ser inicialmente encaminhada ao hospital de referência para avaliação);
- Anemia grave ou não responsiva a 30-60 dias de tratamento (hemoglobina < 8g/dl);
- Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose (adquirida na gestação atual), infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras IST (infecções sexualmente transmissíveis, como o condiloma), quando não há suporte na unidade básica;
- Infecções como a rubéola e a citomegalovirose adquiridas na gestação atual;
- Adolescentes com fatores de risco psicossocial.

### *2. Equipamento mínimo para o atendimento ao parto domiciliar*

#### **2.1 Atendimento ao pré-natal: Consulta de Enfermagem.**

- Caderneta da gestante
- Fita métrica
- Dopleer Sonar
- Balança adulto
- Esfigmomanômetro
- Estetoscópio
- Termômetro

#### **2.2 Atendimento ao parto**



## CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

- Luvas estéreis;
- Luvas de procedimento;
- Termômetro;
- Estetoscópio adulto;
- Esfigmomanômetro;
- Doppler fetal;
- Material de sutura (luvas estéreis, fios, instrumental estéril, gazes estéreis, seringas, agulhas, anestésico local, antisséptico tópico).

### ***2.3 Atendimento ao Recém-nascido***

- Luvas estéreis;
- Ventilador com pressão positiva (ambu) com máscara para RN;
- Aspirador e sondas de aspiração
- Cilindro de oxigênio 3 litros com fluxômetro;
- Material estéril para clampeamento de cordão;
- Manta térmica;
- Estetoscópio infantil;
- Balança;
- Fita métrica;
- Termômetro;
- Seringas;
- Agulhas;
- Compressas estéreis;
- Base rígida para reanimação;
- Oxímetro;
- Vitamina K.

### ***2.4 Material de urgência:***

- Luvas estéreis;
- Luvas de procedimento;



## CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

- Garrote;
- Agulhas;
- Álcool a 70%;
- Catéteres de punção venosa;
- Equipos para soro;
- Esparadrapo;
- Gazes estéreis;
- Seringas;
- Sonda Foley;
- Água destilada

### *2.5 Medicções de Urgência*

- Ringer lactato;
- Soro fisiológico;
- Ampolas de ocitocina injetável;
- Ergotrate ampola injetável;
- Adrenalina;

As medicações, assim como as condutas adotadas, deverão ser baseadas nas evidências científicas mais atualizadas referentes ao atendimento de urgências e emergências maternas e neonatais (ALSO – Suporte Avançado de Vida em Obstetrícia e PALS – Suporte Avançado de Vida em Pediatria).

### *3. Equipe mínima para atendimento ao parto domiciliar*

- Dois profissionais de saúde habilitados (médico obstetra, enfermeira obstétrica ou obstetriz) para o atendimento ao parto, registrados em seu respectivo conselho de classe e capacitados para o atendimento ao parto e ao recém-nascido em ambiente domiciliar.
- Esses profissionais devem ter treinamento atualizado a cada dois anos em reanimação materna e neonatal e emergências obstétricas;



## CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

- O atendimento poderá ser iniciado por um dos profissionais e na hora do nascimento deverão estar presentes os dois profissionais;
- Todo o atendimento será registrado em prontuário, incluindo a evolução do parto, os registros de ausculta fetal e os dados do parto e do recém-nascido, devendo o prontuário ser arquivado junto ao profissional pelo tempo determinado por lei.

### *4. Práticas de atendimento baseadas em evidências científicas*

#### **4.1 Práticas de atendimento ao pré-natal:**

O pré-natal é uma oportunidade de estabelecer maior vínculo com a mulher/família, avaliar de forma integrada o desenvolvimento da gestação, com foco na saúde da mulher e do bebê. O atendimento é centrado na mulher e na sua família, sendo importante a inclusão de todas as pessoas de escolha da mesma. Todos os exames e procedimentos devem ser explicados durante as consultas, de forma compartilhada.

O profissional enfermeiro/obstetiz pode acompanhar o pré-natal de baixo risco conforme garantido pela Lei do Exercício Profissional, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87.

O pré natal pode ser realizado pela enfermeira /obstetiz em conjunto com o médico de escolha da mulher. É de responsabilidade desses profissionais identificar riscos durante o pré natal que contra indiquem o parto domiciliar e dar o encaminhamento necessário e seguro.

O Pré-natal deve ser completo, sendo que a gestante deve ter realizado no mínimo seis consultas. Sugere-se que o contato com a equipe de parto domiciliar planejado, seja o mais precoce possível, seguindo o calendário proposto pelo Ministério da Saúde (2016b): mensal até 28 semanas de gestação; quinzenal de 28-36 semanas de gestação; semanalmente a partir de 37 semanas até o parto. As consultas podem ser realizadas em consultório privado ou no domicílio da gestante.

O parto domiciliar planejado pode acontecer no domicílio a partir de 37 até 42 semanas de gestação. Quando o parto não ocorre até 41 semanas de gestação, a gestante deve ser acompanhada criteriosamente pela equipe de PDP e encaminhada para avaliação do bem-estar fetal, incluindo avaliação do índice do líquido amniótico e monitoramento cardíaco fetal (BRASIL, 2012).





## CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

Deve ser realizada pelo menos uma visita domiciliar de 36 a 37 semanas de gestação para avaliar as condições de moradia, estilo de vida e contexto familiar, verificar a lista dos materiais para o parto e saber como chegar na casa da mulher/família. Os materiais a serem preparados e separados pela família devem estar prontos também até 37 semanas de gestação.

O planejamento do encaminhamento, em caso de necessidade, deverá ser discutido e esclarecido antes do parto. Deve-se avaliar a distância da casa para o hospital e o tempo de deslocamento. O Termo de consentimento livre esclarecido (TCLE) deve ser assinado e discutido até 37 semanas de gestação.

Durante cada consulta pré natal deve-se:

- Verificar a pressão arterial e frequência cardíaca materna;
- Avaliar a altura e crescimento uterino;
- Realizar manobras de Leopold;
- Ausculta fetal;
- Avaliar exames de pré-natal preconizados pelo Ministério da Saúde (2016).
- Avaliar e encaminhar para vacinação conforme o calendário do Ministério da Saúde e normativas Estaduais..

O pré-natal deve ser sensível, abrangendo os processos psicoemocionais da mulher e sua família e aspectos relacionados ao estilo de vida. Sugere-se uma abordagem terapêutica e holística, explorando assuntos como nutrição, exercícios, descanso, redução do estresse, o que evitar, bem como métodos naturais para desconfortos comuns da gravidez.

A consulta de pré-natal também tem como objetivo esclarecer quaisquer preocupações, avaliar a evolução fisiológica e saudável da gestação e encaminhar caso seja necessário. Assim como, estimular a construção do plano de parto.

### ***4.2 Práticas de atendimento ao trabalho de parto e parto***

#### **4.2.1 Materiais e equipamento:**

Disponer e preparar os materiais necessários para o atendimento;

Manter o ambiente limpo, organizado e aquecido.

#### **4.2.2 Monitoramento da evolução fisiológica do trabalho parto e parto:**



## CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

- Ausculta fetal intermitente;
- Verificação dos sinais vitais maternos;
- Avaliação obstétrica;
- Preenchimento do partograma.

### 4.2.3 Cuidados com o bem estar emocional:

- Oferta de apoio afetivo;
- Ambiente acolhedor;
- Oferta de métodos não farmacológicos para o alívio da dor;
- Respeitar as necessidades da mulher, favorecendo as boas práticas de atenção ao parto.

### 4.3 Práticas de atendimento ao pós-parto

#### 4.3.1 Monitoramento do bem-estar da puérpera:

- Atenção especial ao período de Greenberg, detecção precoce e atendimento imediato de intercorrências;
- Controle de sinais vitais;
- Controle de perdas sanguíneas;
- Dequitação e avaliação da placenta;
- Controle de involução uterina;
- Revisão perineal, com sutura se necessário.

#### 4.3.2 Monitoramento do bem-estar do recém-nascido:

- Realizar escore de Apgar;
- Avaliar os sinais vitais do recém-nascido;
- Realizar e registrar exame físico completo;
- Avaliar os reflexos primários do recém-nascido;
- Realizar e registrar o peso;
- Promover e favorecer o contato pele-a-pele;
- Realizar a profilaxia da hemorragia neonatal;
- Observar por no mínimo duas horas após a dequitação da placenta;



## CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

- Assegurar que seja realizada a tipagem sanguínea do Rh do recém-nascido, quando a mãe Rh negativo;
- Assegurar que a puérpera Rh negativo receberá a profilaxia com imunoglobulina anti-RH

### 4.3.3 Outros cuidados no Pós-parto

- A equipe de PDP sairá do domicílio somente após as condições fisiológicas maternas e neonatais estarem estáveis;
- Assegurar, em acordo com a mulher/família, o destino seguro da placenta, respeitando as normas de biossegurança;
- Realizar consulta de pós-parto pela equipe PDP dentro das primeiras 24 horas após o nascimento;
- Garantir o acompanhamento por no mínimo 72 horas após o parto, pela equipe PDP para avaliação do bem-estar materno e neonatal, oferecendo orientações e apoio à amamentação.
- Encaminhar através de impresso específico qualquer situação de anormalidade neonatal, detectada através do exame físico;
- Orientar a realização dos testes de triagem neonatal preconizados pelo Ministério da Saúde, sendo eles: componente sanguíneo da triagem (Teste do Pezinho), a triagem auditiva neonatal (Teste da Orelhinha) conforme referencia existente no município e prazo estabelecido como ideal para cada teste a triagem ocular (Teste do Olhinho), oximetria de pulso (teste do coraçõzinho) devera ser realizado pela equipe do PDP;
- Orientar a realização de vacinas, conforme o calendário do Ministério da Saúde;
- Orientar a consulta médica do recém-nascido até o décimo dia de vida;
- Estimular o aleitamento materno precoce, salvo quando houver contraindicação.

### 5. Transferência materna e neonatal

Assegurar que todas as mulheres que optarem pelo planejamento do parto fora do hospital tenham acesso em tempo hábil e oportuno a uma maternidade, se houver necessidade de transferência, da seguinte forma (BRASIL, 2016a):



## CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

- A necessidade de transferência/encaminhamento em qualquer momento da assistência será discutida com a mulher/família durante as consultas de pré-natal, sendo inteiramente de responsabilidade do profissional que presta o atendimento. A decisão de remover a mulher ou o recém-nascido deve estar embasada na avaliação clínica. A mulher pode optar pelo parto hospitalar a qualquer momento durante o trabalho de parto e sua vontade deve ser atendida pela equipe;
- Sofrimento fetal, parada na progressão do trabalho de parto, distócias de parto, desproporção cefalo pélvica, e outras situações que não sejam condizentes com risco habitual e que sejam identificadas e avaliadas pela equipe de PDP durante o trabalho de parto ou parto;
- O encaminhamento será realizado para hospital público ou privado, com plantão de ginecologia/obstetrícia e anestesia 24hs e/ou equipe backup particular (médico obstetra, neonatologista e/ou anestesista), conforme acordo prévio.
- Nos casos de transferência eletiva (escolha do casal, sem alterações dos padrões normais maternos ou fetais), o transporte pode ser realizado em veículo automotor particular;
- O transporte da mãe ou da criança para instalações médicas, em situações de emergências, deverá ser regulado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) ou serviço privado;
- O profissional responsável pelo parto domiciliar deverá passar todas as informações necessárias, por escrito e por telefone (ANEXO 1 e 2), para o SAMU e/ou equipe hospitalar.;
- Até a transferência, o profissional de saúde iniciará o suporte básico de vida necessário.
- Deve ser encaminhado documentos que descrevam a evolução do parto e a equipe do PDP acompanhar a transferência ate a unidade hospitalar.

### 6. Descarte de materiais

O descarte de materiais biológicos e potencialmente contaminados será realizado conforme Classificação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA



## CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

RESOLUÇÃO RDC Nº 306, DE 7 DE DEZEMBRO DE 2004, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.

### **Resíduos do grupo A**

Os resíduos do grupo A3 (peças anatômicas do ser humano; que não tenham valor científico ou legal e não tenha havido requisição pelo paciente ou seus familiares - nesse contexto a placenta) serão acondicionados, após cada atendimento, em recipiente próprio (saco vermelho) e identificados (símbolo de substância infectante constante na NBR-7500 da ABNT, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos, acrescido da inscrição “PEÇAS ANATÔMICAS”), recolhidos pelos próprios profissionais responsáveis pela assistência e encaminhados ao estabelecimento de saúde de referência nas primeiras 24 horas após o parto.

### **Resíduos do grupo D**

Os resíduos que não apresentem risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares (papel de uso sanitário e fralda, absorventes higiênicos, resto alimentar, material utilizado em anti-sepsia e hemostasia de venóclises, equipo de soro e outros similares não classificados como A1; resíduos provenientes de atividades administrativas), serão acondicionados de acordo com as orientações dos serviços locais de limpeza urbana, utilizando-se sacos impermeáveis e descartados para posterior coleta domiciliar.

### **Resíduos do grupo E**

Os resíduos do grupo E (agulhas, escalpes, ampolas de vidro, lâminas de bisturi, lancetas; lâminas e lamínulas; espátulas e outros similares), gerados pelo serviço de assistência ao parto domiciliar planejado, serão acondicionados e recolhidos pelos próprios profissionais responsáveis pela assistência. Os materiais perfurocortantes serão descartados separadamente, no local de sua geração, imediatamente após o uso ou necessidade de descarte, em recipientes rígidos, resistentes à punctura, ruptura e vazamento, com tampa, devidamente identificados, atendendo aos parâmetros referenciados na norma NBR 13853/97 da ABNT. Os recipientes específicos para descarte de materiais não devem ser preenchidos acima do limite de 2/3 de sua capacidade total e devem ser colocados sempre próximos do local onde é realizado o procedimento. Após este limite de capacidade, os recipientes serão



## CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

lacrados, identificados (símbolo de substância infectante constante na NBR-7500 da ABNT, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos, acrescido da inscrição de RESÍDUO PERFUROCORTE, indicando o risco que apresenta o resíduo), e encaminhados pela equipe responsável pelo acompanhamento ao parto domiciliar, às Unidades Básicas de saúde da rede municipal, e serão recolhidos pelo serviço de coleta (público ou privado) conforme fluxo de descarte do lixo dos serviços de saúde.

### *7. Limpeza e esterilização dos materiais*

A RDC-15 de 15/03/2012 dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde. Conforme sua classificação, cada produto seguirá um fluxo:

- **Críticos** (são produtos para a saúde utilizados em procedimentos invasivos com penetração de pele e mucosas adjacentes, tecidos subepiteliais, e sistema vascular, incluindo também todos os produtos para saúde que estejam diretamente conectados com esses sistemas, por exemplo pinças, tesouras): devem ser submetidos ao processo de esterilização, após a limpeza e demais etapas do processo;
- **Semicríticos** (produtos que entram em contato com pele não íntegra ou mucosas íntegras colonizadas): devem ser submetidos, no mínimo, ao processo de desinfecção de alto nível, após a limpeza;
- **Não-críticos** (produtos que entram em contato com pele íntegra ou não entram em contato com o paciente, por exemplo termômetro, estetoscópio): devem ser submetidos, no mínimo, ao processo de limpeza.

Os produtos para a saúde críticos e semicríticos utilizados na assistência ao PDP serão submetidos a pré-limpeza no domicílio em que foram utilizados, embalados e encaminhados para processamento em Empresa Processadora Privada que será contratada pela equipe/profissional responsável pelo atendimento ao parto.

A manutenção da esterilidade dos produtos após processados depende das condições de armazenamento. Assim sendo, mantê-los em local arejado, sem presença de umidade e de



## CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

fácil limpeza; separar os estéreis dos não estéreis para reduzir o nível de contaminantes externos, evitar manipulação excessiva, são medidas que protegem os produtos e a validade da esterilização.

É o Parecer.

Florianópolis, 14 de dezembro de 2016.

Pareceristas:

Letícia Colossi – Coren/SC 136314

Soliane Scapin – Coren/SC 406719

Larissa Grandi – Coren/SC 000148

Juliana Jacques da Costa Monguilhott – Coren/SC 145477

Mayra Calvette – Coren/SC 165227

Luciane d'Avila – Coren/SC 73795

Parecer aprovado pela Câmara Técnica de Saúde da Mulher em 14/12/2016 e homologado na 548ª ROP do Coren/SC em 15 de dezembro de 2016.

#### IV. Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Brasília – DF, 2016a

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília – DF, 2016b. 230 p. : il.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica: atenção ao pré- natal de baixo risco. Brasília (DF) 2012.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.



## CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Resolução RDC Nº 306, de 7 de Dezembro de 2004.

Disponível

em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2004/res0306\\_07\\_12\\_2004.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2004/res0306_07_12_2004.html)

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Resolução RDC Nº 15, de 15 de Março de 2012. Disponível

em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015\\_15\\_03\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015_15_03_2012.html)

\_\_\_\_\_, Presidência da República. Decreto nº 94.406/1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências.

Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1980-1989/D94406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D94406.htm). Acesso em 31 de Agosto de 2016.

CAPARROZ, S. C. O resgate do parto natural: contribuições de uma tecnologia apropriada. Joinville: Univille, 2003.

COREN, Conselho Regional de Enfermagem. Parecer técnico COREN/SC Nº 007/CT/2016.

Disponível:

<http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/Atua%C3%A7%C3%A3o-do-Enfermeiro-Obst%C3%A9trico-.pdf>.

Acesso em 31 de Agosto de 2016.

Acesso em 31 de Agosto de 2016.

D'ORSI et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30 Sup:S154-S168, 2014

LEAL et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30 Sup:S17-S47, 2014

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Assistência ao parto normal: um guia prático: relatório de um grupo técnico. Genebra: OMS; 1996.





## CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

### ANEXOS



## CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

### DOCUMENTOS PARA O ATENDIMENTO DO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO

#### ANEXO 1: Carta de encaminhamento da mulher

(Cabeçalho da Equipe)

Cidade \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

Encaminhamos a gestante/parturiente/puérpera (*nome da mulher*) para continuidade da assistência

Motivo do encaminhamento::

---

---

---



## CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

---

---

---

(Resumo do acompanhamento/ procedimentos realizados):

---

---

---

Diante do exposto, encaminhamos para continuidade da assistência, estando a disposição para quaisquer informações.

Carimbo e Contato

Profissional

### ANEXO 2: Carta de encaminhamento do recém-nascido (RN)

(Cabeçalho da Equipe)

Cidade \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

Encaminhamos RN de (*nome da gestante/parturiente/puérpera*) para continuidade da assistência

Motivo do encaminhamento::

---

---

---



## CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

---

---

---

---

(Resumo do acompanhamento/ procedimentos realizados):

---

---

---

Diante do exposto, encaminhamos para continuidade da assistência, estando a disposição para quaisquer informações.

Carimbo e Contato

Profissional

### **ANEXO 3: TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA O PARTO DOMICILIAR PLANEJADO**

#### **Termo de Consentimento Informado para Parto Domiciliar Planejado**

Entendemos que cada mulher tem o direito de escolher onde e com quem ela terá seu bebê. No entanto todos os profissionais envolvidos na assistência, médicos, enfermeiras, obstetizes, etc, cumprem regulamentações nacionais e internacionais, que restringem suas práticas em diversas situações, em



## CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

especial aquelas em que há aumento de risco para a mãe ou para o bebê. Caso a sua gravidez ou parto fuja do nosso campo de prática em algum momento, faremos todos o melhor para ajudá-la a elaborar planos alternativos para o restante de sua gravidez e para o parto e pós-parto imediato.

Todos os nascimentos, independentemente do local e desenrolar, carregam um certo grau de risco. Mesmo em gestações e partos de baixo risco, complicações podem surgir. Geralmente, quando surgem complicações em um parto domiciliar planejado, há tempo suficiente para o transporte para o hospital. Na maioria das situações, inclusive, as complicações podem e devem ser tratadas em casa. Porém algumas complicações ocorrem de forma abrupta e requerem transporte imediato. Estatisticamente o parto em casa em mulheres de baixo risco não aumenta os riscos para os bebês ou para as mães, sendo que em geral possuem menos intervenções e maior índice de satisfação.

Como mencionado no contrato de serviço, faz parte do material de atendimento domiciliar o equipamento de atendimento ao parto e o de emergência para mãe e bebê, que inclui oxigênio,ambu, máscara, sondas de aspiração, drogas anti-hemorrágicas, soro, equipamento de infusão intravenosa, anestesia local para sutura, material estéril como gaze, seringas, agulhas, luvas, bisturi, clamp, fios, instrumentos de sutura, antisséptico.

Algumas complicações que podem ocorrer tanto em partos hospitalares quanto domiciliares incluem: trabalho de parto prolongado, retenção de placenta, hemorragia pós-parto, apresentação pélvica de surpresa, prolapso de cordão, descolamento de placenta, distócia psicológica, presença de mecônio, defeitos de nascimento não diagnosticados no pré-natal, sofrimento fetal, desconforto respiratório, taquipnéia transitória, ruptura uterina, anóxia perinatal e morte fetal. Apesar desses eventos serem bastante raros em partos de baixo risco, alguns deles podem ser fatais, qualquer que seja o ambiente onde venham a ocorrer. Apesar de garantirmos fazer o melhor para ajudá-los a planejar uma boa estratégia de médico e hospital de reserva para as situações de transferência, é bom lembrar que a maioria dos profissionais e estabelecimentos não dão apoio ao parto domiciliar e podem ser bastante hostis e acusatórios em situações em que há necessidade de intervenções médico-hospitalares em um parto ou pós parto oriundos do domicílio.

No entanto, a lei e os códigos de ética profissionais determinam que não se pode recusar o tratamento de emergência para mulheres grávidas, mulheres em trabalho de parto ou recém-nascidos. Em algumas situações, caso ocorra uma transferência, você não vai saber qual médico irá cuidar de você ou seu bebê. Não podemos garantir que tipo de recepção você receberá da equipe do hospital ou médicos. Dependendo do hospital que você escolher, também não podemos garantir que seremos autorizadas a permanecer com a família durante o atendimento. No caso de qualquer complicação, ou se determinarmos que o bem-estar da mãe ou o bebê está em risco, solicitaremos e providenciaremos o



## CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

transporte imediato para o hospital que sintamos ser mais capaz de atender às suas necessidades naquele momento. Havendo tempo hábil, podemos providenciar o transporte para o hospital escolhido previamente pela família.

O principal objetivo é um parto e nascimento seguro para você e seu bebê. Apesar disso, há o risco inerente ao nascimento humano, sobre o qual não temos poder, mesmo sob a melhor e mais completa assistência. Por isso, o que podemos garantir é que faremos tudo o que está ao alcance profissional para garantir a melhor experiência de parto e nascimento, com a maior segurança existente dentro da sua faixa de risco.

Por favor leia a declaração a seguir e assine se estiver de acordo.

Cliente (s): Optamos por ter um parto domiciliar com base no que acreditamos ser uma análise aprofundada das alternativas. Nós discutimos as opções do parto entre nós, e com a equipe, na medida necessária para sanar nossas dúvidas. Nós lemos as informações de segurança e transporte acima, e todas as nossas perguntas foram respondidas a contento. Ao escolher um parto domiciliar, estamos cientes dos possíveis riscos envolvidos e nós conscientemente aceitamos esses riscos e responsabilidades decorrentes desta escolha, tanto para nós quanto para nosso bebê. Entendemos que caso alguém da equipe esteja indisponível para o atendimento, poderá haver substituição de profissional por outro(a) de igual nível de experiência. Entendemos que não importa quão cuidadosamente nosso risco é avaliado, emergências ou outros imprevistos podem surgir com resultados negativos. Fomos informados que as emergências obstétricas e complicações possíveis incluem descolamento de placenta, hemorragia pós-parto, placenta retida ou aderente, sofrimento fetal, prolapso de cordão umbilical, distócia de ombros, anóxia perinatal, morte fetal, desconforto respiratório, infecção neonatal, infecção puerperal. Entendemos que essas complicações podem acontecer tanto em partos domiciliares quanto hospitalares e que estar em casa não aumenta a probabilidade de ocorrerem. Entendemos que diante da necessidade de cuidados hospitalares, nossa equipe solicitará e providenciará a transferência. Estamos plenamente conscientes de que, se por um lado estar em casa diminui os riscos do uso de intervenções, de uso de analgesia, fórceps e cesariana, caso haja uma complicação ou emergência, existem menos possibilidades terapêuticas disponíveis em domicílio do que haveria em um ambiente hospitalar, incluindo alguns que podem salvar vidas, como banco de sangue e cirurgia imediata. Entendemos que algumas condições médicas podem ser mais facilmente tratadas, com melhores resultados, em um ambiente hospitalar. Entendemos que a nossa recepção em um hospital em uma situação de transporte pode ser desagradável ou hostil. No decorrer do atendimento, entendemos que somos totalmente responsáveis pela veracidade das informações



## CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

solicitadas de nós pela equipe. Entendemos que a gestão do nosso cuidado será com base nessas informações, entre outras considerações.

---

Cidade e data

---

Gestante e Acompanhante

---

Equipe



## CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

### TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO

#### PARTO DOMICILIAR PLANEJADO

**Procedimento:** Parto Natural em Gestação de Termo e Risco Habitual em Domicílio. Critérios para atendimento em domicílio: Gestação Única, IG maior ou igual a 37 semanas e menor que 42 semanas. Apresentação de vértice (cefálica).

#### *Descrição*

#### *do*

#### *Procedimento*

O Parto Natural consiste em um parto que ocorre espontaneamente, sem auxílio de qualquer medicação. As contrações naturais do útero iniciam e abrem progressivamente a passagem para a criança nascer. Em alguns casos poderá ocorrer laceração espontânea da mucosa vaginal, que será avaliada em relação à necessidade de se realizar sutura ou cicatrização espontânea. Em casos raros, pode haver necessidade de se realizar um corte na vagina (episiotomia), que também será suturada, sob anestesia local.

Gestação a Termo: É compreendida como a gestação de 37 a 42 semanas, contadas a partir da data da última menstruação e/ou com base em exame ecográfico.

**Gestação de risco habitual:** Entende-se aquela que não há alteração de saúde da gestante ou do bebê. Este deverá estar em posição cefálica (de cabeça para baixo – estando esta encaixada na pelve), não ter nenhuma anormalidade física ou genética detectada em exame ecocardiográfico (ex. problema do coração, síndrome ou má formação de qualquer parte do corpo), e não apresentar nenhum problema com a placenta e sua circulação (muito ou pouco líquido amniótico e não estar crescendo de acordo com a normalidade, implantação baixa ou localizada em cima do colo uterino, sinal de envelhecimento precoce com prejuízo ao desenvolvimento do bebê). A gestante deve estar saudável, e não apresentar problemas de saúde crônicos ou específicos da gravidez, durante toda a gestação e durante o momento do parto. Tais como: pressão sanguínea alta ou estar em tratamento para hipertensão; problemas hormonais (hiper ou hipotireoidismo, diabetes gestacional ou anterior a gravidez); problemas do sistema nervoso (tumores ou epilepsia); dependência química (álcool, anfetaminas, antidepressivos, cocaína, crack, ecstasy, etc); má formação ou problema de útero (miomas, cirurgia com corte vertical do útero)

**Descrição de Insucessos:** O parto natural domiciliar pode não se completar e necessitar de auxílio médico-hospitalar. Esta adversidade pode estar presente nas seguintes situações: desejo materno,





## CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

alteração dos batimentos cardíacos do bebê (abaixo de 120 ou acima de 160 batimentos cardíacos por minutos), ausência de contrações efetivas para evoluir o trabalho de parto, detecção de desproporção entre a cabeça do bebê e a pelve da mãe, e presença de líquido amniótico meconial (fezes do bebê) associado com alterações dos batimentos cardíacos do bebê ou no início do trabalho de parto, bolsa rota por mais de 18 horas, prolapso de cordão. Na ocorrência de uma ou mais das situações citadas, a gestante será encaminhada ao seu hospital de referência já determinado durante o acompanhamento de pré-natal, bem como seu médico obstetra (se houver) será comunicado. Durante o pré-natal será definido um plano de retaguarda. No entanto, é preciso estar ciente que a maioria dos profissionais em hospital não apoia o parto domiciliar. Embora nenhum profissional possa recusar atendimento sob o risco de responder por omissão de socorro, não é possível garantir que a continuidade do atendimento no caso de transferência seja a mesma que a proposta inicialmente. Caso o encaminhamento seja realizado para um hospital público, o nosso acompanhamento poderá ser continuado. Em hospital privado observar-se-á a política do hospital.

**Descrição dos Riscos e Complicações:** A ocorrência do parto está associado a alguns riscos, tais como (da mãe): infecções no local dos pontos (caso haja); pouca ou nenhuma contração do útero após o parto; sangramento uterino em grande quantidade (hemorragia); retenção da placenta; rompimento do útero (principalmente se houver cirurgia anterior); ou do bebê: complicações do parto (aspiração de mecônio ou presença de doenças não detectadas na gestação) ou morte. Nestes casos está prevista a remoção da mãe ou do bebê para o hospital de sua preferência. Caso a Equipe determine a necessidade de transferência e haja recusa por parte do casal, o serviço de emergência médica (SAMU) será acionado. A chegada do serviço de emergência, a assistência prestada será transferida a esta equipe.

**Descrição dos Cuidados Após o Parto:** Ficam os pais responsáveis pelos seguintes cuidados após o nascimento: coleta de sangue para o exame de triagem neonatal (teste do pezinho) entre o terceiro e quinto dia de vida; consulta médica e vacinas (BCG e hepatite B) nos primeiros 10 dias de vida; encaminhamento para realização do teste do olhinho e da orelhinha. É também indicado pelas enfermeiras, administrar vitamina K em seguimento aos protocolos no Ministério da Saúde (prevenção de hemorragias no recém-nascido). Aos pais cabe a responsabilidade do registro civil num prazo de 10 dias \_\_\_\_\_ a contar da data de nascimento.

Durante o acompanhamento que recebemos, estamos cientes que somos responsáveis em transmitir informações de maneira clara para a Equipe. Sabemos que o cuidado que recebemos será baseado nessas informações e nas condições clínicas durante avaliação da equipe e pelo pré-natal. Declaro ainda, ter lido e compreendido as informações contidas neste documento. Assim, aceito o compromisso de respeitar integralmente as instruções fornecidas pela equipe, estando ciente que a não



## CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

observância poderá acarretar riscos.

Finalmente, declaro ter sido informada a respeito de métodos alternativos e ter sido atendida em todas as minhas dúvidas, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre este procedimento, expresso meu pleno consentimento para a sua realização e acompanhamento.

Por meio deste instrumento particular, eu e meu companheiro:

Nome \_\_\_\_\_ da  
gestante: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ do  
companheiro: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Declaramos para os devidos fins legais, que damos plena autorização às enfermeiras da Equipe (nome da equipe de parto domiciliar planejado), formada pelas enfermeiras (nome das enfermeiras) para assistirem ao nosso Parto Domiciliar Planejado. Prestam-se, ainda, informações detalhadas sobre os procedimentos, especialmente o que se segue:

Cidade \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Gestante Assinatura do acompanhante

Enfa. Obstetra/Obstetrix/Obstetrix