



**CÂMARA DOS DEPUTADOS**

**\*PROJETO DE LEI N.º 6.567, DE 2013**  
**(Do Senado Federal)**

**PLS 8/2013**

**Ofício nº 2.210/2013 (SF)**

Altera o art. 19-J da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", para incluir a obrigatoriedade de obediência às diretrizes e orientações técnicas e o oferecimento de condições que possibilitem a ocorrência do parto humanizado nos estabelecimentos de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

**NOVO DESPACHO:**

ÀS COMISSÕES DE:

EDUCAÇÃO;

DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER;

SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA E

CONSTITUIÇÃO E JUSTIÇA E DE CIDADANIA (ART. 54 RICD)

**APRECIÇÃO:**

Proposição sujeita à apreciação conclusiva pelas Comissões - Art. 24 II

## SUMÁRIO

I - Projeto inicial

II - Projetos apensados: 5304/13, 5656/13, 6062/13, 6888/13, 7277/14, 7633/14, 3455/15, 3465/15, 3569/15, 4126/15, 4662/16, 4996/16, 7867/17, 8219/17, 9372/17, 9749/18, 10209/18, 10987/18, 446/19, 878/19, 1217/19, 2446/19, 2693/19, 3310/19, 3635/19, 3905/19, 4021/19 e 4732/19

.

**(\*) Atualizado em 17/10/19, para inclusão de apensados (28)**

**O Congresso Nacional decreta:**

**Art. 1º** O art. 19-J da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), da rede própria ou conveniada, são obrigados a:

I – obedecer às diretrizes e orientações técnicas e oferecer as condições que possibilitem a ocorrência do parto humanizado em suas dependências;

II – permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

§ 1º O acompanhante de que trata o inciso II deste artigo será indicado pela parturiente.

.....  
” (NR)

**Art. 2º** Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Senado Federal, em 10 de outubro de 2013.

Senador Renan Calheiros  
Presidente do Senado Federal

<b>LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI</b>
--

**LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**

Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

.....  
TÍTULO II  
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
DISPOSIÇÃO PRELIMINAR  
.....

.....  
CAPÍTULO VII  
DO SUBSISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DURANTE O  
TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO  
*(Capítulo acrescido pela Lei nº 11.108, de 7/4/2005)*  
.....

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

§ 1º O acompanhante de que trata o *caput* deste artigo será indicado pela parturiente.

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata

este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo. ([Artigo acrescido pela Lei nº 11.108, de 7/4/2005](#))

Art. 19-L ([VETADO na Lei nº 11.108, de 7/4/2005](#))

.....  
 .....  
**PROJETO DE LEI N.º 5.304, DE 2013**  
**(Dos Srs. Vanderlei Siraque e Janete Rocha Pietá)**

Altera as leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

**DESPACHO:**  
 APENSE-SE ESTE AO PL 6567/2013.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º. Esta Lei altera as Leis 8.080, de 19 de setembro de 1990 e 9.656, de 3 de junho de 1998 para permitir a presença de um acompanhante e uma doula no período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato em serviços obstétricos da rede própria ou conveniada ao Sistema Único de Saúde e nos ligados aos planos e seguros privados de assistência à saúde.

Art. 2º O caput e o § 1º do artigo 19-J da lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 passam a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de um acompanhante e de uma doula durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato

§ 1º. O acompanhante e a doula de que trata o caput deste artigo serão indicados pela parturiente”.(NR)

Art. 2º. O inciso III do art. 12 da Lei 9.656, de 3 de junho de 1998 passa a vigorar acrescido da seguinte alínea:

“Art. 12.....

II .....

.....

c) cobertura de despesas com um acompanhante e uma doula

indicados pela parturiente no período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato” (NR).

Art. 2º. Esta lei entra em vigor cento e oitenta dias após sua publicação.

## JUSTIFICAÇÃO

Até o século XIX, a parturiente costumava ser acompanhada durante todo o parto pelos membros da família, especialmente outras mulheres, mais experientes, o que trazia acolhimento e apoio emocional. Com a institucionalização da assistência ao parto, os avanços tecnológicos da Medicina acabaram por promover avanços e retrocessos na atenção à mulher e ao bebê. A excessiva “medicalização” do parto conflita com seu caráter de humanização.

As doulas (do grego, mulher que serve) surgiram nesse contexto, na década de 1980, com o objetivo de amenizar o excesso de “medicalização” e resgatar a atmosfera acolhedora da rede de apoio entre mulheres, retomando o significado de maternidade enquanto crise vital. Nos dias atuais, a doula é aquela que está ao lado, que interage com a parturiente e que desempenha a função de suporte físico e emocional durante o pré-parto, parto e pós-parto.

A literatura internacional tem destacado os efeitos positivos do parto acompanhado por doulas sobre os resultados psicossociais e obstétricos, citando-se como exemplo: diminuição das taxas de cesárea, trabalho de parto mais curto, menos uso de medicação e fórceps, amamentação mais prolongada, menor incidência de depressão (Kennell, JH, Klaus, MH, McGrath, SK, Robertson, SS, Hinkley, CW. Continuous Emotional Support during Labor in US Hospital, Journal of the American Medical Association. 1991; 265:2197-2201. Klaus MH, Kennell JH. The doula: an essential ingredient of childbirth rediscovered. Acta Paediatrica. 1997; 86: 1034-6. Hofmeyer, GJ, Nikodem, VC, Wolman, WL Companionship to modify the clinical birth environment: effects on progress and perceptions of labor and breastfeeding. British Journal of Obstetrics and Gynaecology. 1991; 98: 756-764).

Klaus e Kennell publicaram em 1993 em “Mothering the Mother” um estudo que aponta como resultados globais da presença da doula no trabalho de parto:

- Redução de 50% nos índices de cesáreas;
- Redução de 25% na duração do trabalho de parto;
- Redução de 60% dos pedidos de analgesia

peridural;

- Redução de 30% no uso de analgesia peridural;
- Redução de 40% no uso de ocitocina;
- Redução de 40% no uso de fórceps.

Outros estudos também mostraram claramente que a presença da doula no pré-parto e parto traz benefícios de ordem emocional e psicológica para mãe e bebê, incluindo resultados positivos nas 4ª a 8ª semanas após o parto:

- Aumento no sucesso da amamentação;
  - Interação satisfatória entre mãe e bebê;
  - Satisfação com a experiência do parto;
  - Redução da incidência de depressão pós-parto;
  - Diminuição dos estados de ansiedade e baixa autoestima.

As revisões da literatura científica elaboradas pelo notório Cochrane Collaboration's Pregnancy and Childbirth Group inclui e valida diversos estudos abrangendo uma grande diversidade cultural, econômica e com diferentes formas de assistência. Fica claramente evidenciado que a presença da doula no suporte intraparto contribui para a melhora nos resultados obstétricos, diminui as taxas das diversas intervenções, promove a saúde psicoafetiva da mãe e fortalece o vínculo mãe-bebê.

O mesmo grupo, em revisão publicada em 1998, destacou:

*Devido aos claros benefícios e nenhum risco conhecido associado ao apoio intra-parto, todos os esforços devem ser feitos para assegurar que todas as mulheres em trabalho de parto recebam apoio, não apenas de pessoas próximas, mas também de acompanhantes especialmente treinadas. Este apoio deve incluir presença constante, fornecimento de conforto e encorajamento.*

A presente proposição é urgente e necessária, pois as doulas estão sendo impedidas de acompanhar as gestantes na maioria dos hospitais públicos e privados do Brasil. No momento, as parturientes têm de optar entre seu acompanhante ou a doula. Na capital paulista, 300 mulheres atuam como doulas, sendo que 100 delas fazem o trabalho voluntariamente.

No entanto, a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO, que “tem por finalidade a identificação das ocupações no mercado de trabalho, para fins classificatórios junto aos registros administrativos e domiciliares”, acolheu recentemente a inclusão das doulas, (código 3221-35), como profissionais que visam prestar suporte contínuo à gestante no ciclo gravídico puerperal.

Nossa iniciativa tem como maior objetivo a preservação da integridade física das nossas cidadãs e a preservação do bem maior que é a vida, se constituindo em aperfeiçoamento oportuno e relevante para o ordenamento jurídico federal. Esperamos, assim, poder contar com o valioso apoio dos nobres Pares em favor de sua aprovação nesta Casa.

Sala das Sessões, em 3 de abril de 2013.

**DEPUTADO VANDERLEI SIRAQUE**  
**PARTIDO DOS TRABALHADORES/SP**

**DEPUTADA JANETE ROCHA PIETÁ**  
**PARTIDO DOS TRABALHADORES/SP**

**LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA**

Coordenação de Organização da Informação Legislativa - CELEG  
Serviço de Tratamento da Informação Legislativa - SETIL  
Seção de Legislação Citada - SELEC

**LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**

Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

.....  
**CAPÍTULO VII**

**DO SUBSISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DURANTE O  
TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO**  
*(Capítulo acrescido pela Lei nº 11.108, de 7/4/2005)*

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

§ 1º O acompanhante de que trata o *caput* deste artigo será indicado pela parturiente.

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo. *(Artigo acrescido pela Lei nº 11.108, de 7/4/2005)*

Art. 19-L *(VETADO na Lei nº 11.108, de 7/4/2005)*  
.....  
.....

## LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998

Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

### O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o CONGRESSO NACIONAL decreta e eu sanciono a seguinte

Lei:

.....  
 Art. 12. São facultadas a oferta, contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas: *(“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

I - quando incluir atendimento ambulatorial:

- a) cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente; *(Alínea com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

II - quando incluir internação hospitalar:

- a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos; *(Alínea com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
- b) cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente; *(Alínea com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
- c) cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;
- d) cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar; *(Alínea com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
- e) cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro; e *(Alínea com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
- f) cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos;

III - quando incluir atendimento obstétrico:

- a) cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto;
- b) inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção; *(Alínea com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

IV - quando incluir atendimento odontológico:

- a) cobertura de consultas e exames auxiliares ou complementares, solicitados pelo

odontólogo assistente;

b) cobertura de procedimentos preventivos, de dentística e endodontia;

c) cobertura de cirurgias orais menores, assim consideradas as realizadas em ambiente ambulatorial e sem anestesia geral;

V - quando fixar períodos de carência:

a) prazo máximo de trezentos dias para partos a termo;

b) prazo máximo de cento e oitenta dias para os demais casos;

c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência; [\(Alínea acrescida pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

VI - reembolso, em todos os tipos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada; [\(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

VII - inscrição de filho adotivo, menor de doze anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo consumidor adotante.

§ 1º Após cento e vinte dias da vigência desta Lei, fica proibido o oferecimento de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei fora das segmentações de que trata este artigo, observadas suas respectivas condições de abrangência e contratação. [\(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

§ 2º A partir de 3 de dezembro de 1999, da documentação relativa à contratação de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações de que trata este artigo, deverá constar declaração em separado do consumidor, de que tem conhecimento da existência e disponibilidade do plano referência, e de que este lhe foi oferecido. [\(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

§ 3º [\(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

Art. 13. Os contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei têm renovação automática a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação. [\(“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

Parágrafo único. Os produtos de que trata o caput, contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas: [\(Parágrafo único com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

I - a recontagem de carências; [\(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

II - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, salvo por fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência; e [\(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

a) a recontagem de carências;

b) a suspensão do contrato e a denúncia unilateral, salvo por fraude ou não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, a cada ano de vigência do contrato;

c) a denúncia unilateral durante a ocorrência de internação do titular.

III - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular. [\(Inciso acrescido dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

[nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

.....

.....

## **PROJETO DE LEI N.º 5.656, DE 2013**

**(Do Sr. Esperidião Amin)**

Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", com a redação dada pela Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005.

**DESPACHO:**  
APENSE-SE À(AO) PL-5304/2013.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O Capítulo VII da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, alterada pela Lei 11.108, de 7 de abril de 2005, passa a vigorar com a seguinte denominação:

“CAPÍTULO VII

DO SUBSISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DURANTE O PRÉ-NATAL, TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO.” (NR).

Art. 2º. O artigo 19-J da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, alterada pela Lei 11.108, de 7 de abril de 2005, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 19-J Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à gestante e parturiente, de um acompanhante durante todo o período de pré-natal, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

§ 1º. O acompanhante de que trata o *caput* deste artigo será indicado pela gestante ou parturiente.”(NR)

Art. 3º. As unidades de saúde que prestam assistência à gestante, parturiente ou puérpera informarão gestantes e parturientes destes direitos.

Parágrafo único. O descumprimento sujeitará os infratores às

penas previstas na lei 6.437, de 20 de agosto de 1977.

Art. 4º. Esta lei entra em vigor noventa dias após sua publicação.

## **JUSTIFICAÇÃO**

A humanização do atendimento à saúde da gestante é um grande passo para reduzir as mortes tanto das mães quanto de seus filhos e vem sendo enfatizada em iniciativas como a Rede Cegonha. O período de acompanhamento pré-natal é extremamente importante para possibilitar que sejam detectados e corrigidos problemas que podem ter repercussões gravíssimas sobre a gestação.

Agravos de diagnóstico, de condução simples se detectados precocemente, como hipertensão, anemia, diabetes gestacional, entre outros, transformam-se em quadros potencialmente fatais de eclâmpsia, dificuldades no parto, aborto ou malformações fetais.

O acompanhamento pré-natal alcançou, no Brasil, um índice bastante satisfatório no que diz respeito ao número de consultas às quais a gestante comparece. De acordo com Relatório Preliminar de Pesquisa de Satisfação com 83.875 mulheres puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde, publicados em 2013 pelo Ministério da Saúde brasileiro, 99,2% das mulheres entrevistadas fizeram o pré-natal, sendo que 91,5% informaram que o mesmo foi realizado no Sistema Único de Saúde – SUS e 7,7% fizeram particular ou pelo plano de saúde (BRASIL, 2013). Apesar disto, ainda continua inaceitavelmente alto o número de mulheres que morrem por causas maternas. Sem dúvida, há a necessidade de qualificar a atenção prestada, sem deixar de incentivar a realização de todas as consultas e exames necessários.

Um avanço importante foi conquistado com a inclusão, na Lei Orgânica da Saúde, do capítulo que trata do Subsistema de Acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. No entanto, não se abrangeram as consultas rotineiras no período pré-natal, fundamentais para que o acompanhante sinta-se preparado emocionalmente e tenha clareza de como poderá ajudar no processo. Existem relatos de dificuldades enfrentadas para que uma terceira pessoa, marido, mãe, irmã, amiga, participe das consultas em algumas unidades. Nosso propósito é tornar esta fase ainda mais segura e agradável para a mulher, bem como possibilitar que esta, seja um período privilegiado de preparo para as fases subsequentes, ou seja, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

Previmos, por fim, a divulgação às gestantes e parturientes, do direito concedido pela lei, a fim de que ele possa ser exigido e realizado mais

facilmente. As penas propostas para o descumprimento são as previstas na legislação sanitária.

Em nossa opinião, tornar oficial e pública a permissão para que um acompanhante participe de todos os atendimentos no decorrer da gravidez é uma medida que trará estímulo para que estas etapas sejam cumpridas adequadamente. O acompanhante certamente criará um vínculo mais profundo com a gestante e seu processo de gestação e também com os profissionais e serviços de saúde. Isto dará oportunidade para fortalecer a autoconfiança da mulher, discutir e esclarecer dúvidas e para incentivar a adoção dos cuidados prescritos no dia a dia.

Sem dúvida, a medida tem grande retorno e é de implementação extremamente fácil. Deste modo, pedimos o apoio dos ilustres Pares para a aprovação deste Projeto de Lei.

Sala das Sessões, em 28 de maio de 2013.

Deputado Esperidião Amin

**LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA**

Coordenação de Organização da Informação Legislativa - CELEG  
Serviço de Tratamento da Informação Legislativa - SETIL  
Seção de Legislação Citada - SELEC

**LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**

Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

.....  
TÍTULO II

DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

.....  
CAPÍTULO VI

DO SUBSISTEMA DE ATENDIMENTO E INTERNAÇÃO DOMICILIAR  
*(Capítulo acrescido pela Lei nº 10.424, de 15/4/2002)*

Art. 19-I. São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar.

§ 1º Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio.

§ 2º O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora.

§ 3º O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família. ([Artigo acrescido pela Lei nº 10.424, de 15/4/2002](#))

CAPÍTULO VII  
DO SUBSISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DURANTE O  
TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO  
([Capítulo acrescido pela Lei nº 11.108, de 7/4/2005](#))

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

§ 1º O acompanhante de que trata o *caput* deste artigo será indicado pela parturiente.

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo. ([Artigo acrescido pela Lei nº 11.108, de 7/4/2005](#))

Art. 19-L ([VETADO na Lei nº 11.108, de 7/4/2005](#))

**LEI Nº 6.437, DE 20 DE AGOSTO DE 1977**

Configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA,

Faço saber que o CONGRESSO NACIONAL decreta e eu sanciono a seguinte

Lei:

TÍTULO I  
DAS INFRAÇÕES E PENALIDADES

Art. 1º As infrações à legislação sanitária federal, ressalvadas as previstas expressamente em normas especiais, são as configuradas na presente Lei.

Art. 2º Sem prejuízo das sanções de natureza civil ou penal cabíveis, as infrações sanitárias serão punidas, alternativa ou cumulativamente, com as penalidades de:

I - advertência;

II - multa;

III - apreensão de produto;

IV - inutilização de produto;

V - interdição de produto;

VI - suspensão de vendas e/ou fabricação de produto;

VII - cancelamento de registro de produto;

VIII - interdição parcial ou total do estabelecimento;

IX - proibição de propaganda; ([Inciso com redação dada pela Lei nº 9.695, de 20/8/1998](#))

X - cancelamento de autorização para funcionamento da empresa; ([Inciso com redação dada pela Lei nº 9.695, de 20/8/1998](#))

XI - cancelamento do alvará de licenciamento de estabelecimento; ([Inciso com redação dada pela Lei nº 9.695, de 20/8/1998](#))

XI-A - intervenção no estabelecimento que receba recursos públicos de qualquer esfera. ([Inciso acrescido pela Lei nº 9.695, de 20/8/1998](#))

XII - imposição de mensagem retificadora; ([Inciso acrescido Medida Provisória nº 2.190-](#)

[34, de 23/8/2001\)](#)

XIII - suspensão de propaganda e publicidade. [\(Inciso acrescido Medida Provisória nº 2.190-34, de 23/8/2001\)](#)

§ 1º A pena de multa consiste no pagamento das seguintes quantias:

I - nas infrações leves, de R\$ 2.000,00 (dois mil reais) a R\$ 75.000,00 (setenta e cinco mil reais);

II - nas infrações graves, de R\$ 75.000,00 (setenta e cinco mil reais) a R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais);

III - nas infrações gravíssimas, de R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais) a R\$ 1.500.000,00 (um milhão e quinhentos mil reais). [\(Primitivo § 1º-A acrescido pela Lei nº 9.695, de 20/8/1998 e renumerado com nova redação dada Medida Provisória nº 2.190-34, de 23/8/2001\)](#)

§ 2º As multas previstas neste artigo serão aplicadas em dobro em caso de reincidência. [\(Primitivo § 1º-B acrescido pela Lei nº 9.695, de 20/8/1998 e renumerado Medida Provisória nº 2.190-34, de 23/8/2001\)](#)

§ 3º Sem prejuízo do disposto nos arts. 4º e 6º desta Lei, na aplicação da penalidade de multa a autoridade sanitária competente levará em consideração a capacidade econômica do infrator. [\(Primitivo § 1º-D acrescido pela Lei nº 9.695, de 20/8/1998 e renumerado Medida Provisória nº 2.190-34, de 23/8/2001\)](#)

.....  
.....

## **PROJETO DE LEI N.º 6.062, DE 2013** **(Do Sr. Fernando Francischini)**

Altera a Lei 9.656, de 3 de junho de 1998, que "dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde".

**DESPACHO:**  
APENSE-SE À(AO) PL-5304/2013.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O artigo 12, item III, da Lei 9.656, de 3 de junho de 1998, que "dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde" passa a vigorar acrescido do seguinte item:

.....

"c) garantia de disponibilidade do profissional responsável pelo pré-natal para realização do parto sem a cobrança de qualquer custo adicional para o procedimento". (NR)

Art. 2º Esta lei entra em vigor após decorridos cento e oitenta dias de sua publicação oficial.

### **JUSTIFICAÇÃO**

A presente iniciativa pretende proteger as parturientes de um comportamento abusivo que vem sendo reiteradamente denunciado - a cobrança de valores extras para o acompanhamento do trabalho de parto e do próprio parto pelos médicos que realizam o pré-natal, conhecida como “taxa de disponibilidade”.

Não é preciso enfatizar que o parto é o desfecho desejado, natural e inescapável da gestação. Todos os obstetras estão cientes deste fato. Obviamente, o médico que fez o acompanhamento pré-natal conhece melhor do que nenhum outro as condições clínicas e psicológicas da parturiente e deve respeitar o forte vínculo de confiança que ela constrói com ele ao longo das consultas.

Ignorar o valor deste laço e negar sua existência simplesmente porque o profissional não está de plantão na hora em que vai ocorrer o parto contraria todas as premissas do atendimento humanizado.

Diversas associações de proteção ao consumidor consideram esta conduta como cobrança abusiva, esclarecendo que o procedimento está incluído nas coberturas de atenção ao pré-natal e ao parto.

Assim, para defender os direitos das gestantes, parturientes e famílias, propomos à apreciação do Parlamento a presente iniciativa que inclui com clareza como cobertura obrigatória dos planos e seguros privados de assistência à saúde a realização do parto pelo profissional obstetra responsável pelo pré-natal, dirimindo as dúvidas sobre o direito.

Temos a certeza de que a proposta levantará polêmicas diversas de várias origens, mas o debate certamente produzirá aperfeiçoamentos valiosos ao texto.

Sala das Sessões, em 21 de agosto de 2013.

Deputado Fernando Francischini

**LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA  
COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI**

**LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998**

Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**

Faço saber que o CONGRESSO NACIONAL decreta e eu sanciono a seguinte

Lei:

.....  
Art. 12. São facultadas a oferta, contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência

de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas: *(“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

I - quando incluir atendimento ambulatorial:

- a) cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente; *(Alínea com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

II - quando incluir internação hospitalar:

- a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos; *(Alínea com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
- b) cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente; *(Alínea com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
- c) cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;
- d) cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar; *(Alínea com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
- e) cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro; e *(Alínea com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

f) cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos;

III - quando incluir atendimento obstétrico:

- a) cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto;
- b) inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção; *(Alínea com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

IV - quando incluir atendimento odontológico:

- a) cobertura de consultas e exames auxiliares ou complementares, solicitados pelo odontólogo assistente;
- b) cobertura de procedimentos preventivos, de dentística e endodontia;
- c) cobertura de cirurgias orais menores, assim consideradas as realizadas em ambiente ambulatorial e sem anestesia geral;

V - quando fixar períodos de carência:

- a) prazo máximo de trezentos dias para partos a termo;
  - b) prazo máximo de cento e oitenta dias para os demais casos;
  - c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência;
- (Alínea acrescida pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

VI - reembolso, em todos os tipos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

VII - inscrição de filho adotivo, menor de doze anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo consumidor adotante.

§ 1º Após cento e vinte dias da vigência desta Lei, fica proibido o oferecimento de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei fora das segmentações de que trata este artigo, observadas suas respectivas condições de abrangência e contratação. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº*

2.177-44, de 24/8/2001)

§ 2º A partir de 3 de dezembro de 1999, da documentação relativa à contratação de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações de que trata este artigo, deverá constar declaração em separado do consumidor, de que tem conhecimento da existência e disponibilidade do plano referência, e de que este lhe foi oferecido. (Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)

§ 3º (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)

Art. 13. Os contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei têm renovação automática a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação. (“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)

Parágrafo único. Os produtos de que trata o caput, contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas: (Parágrafo único com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)

I - a recontagem de carências; (Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)

II - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, salvo por fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência; e (Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)

a) a recontagem de carências;

b) a suspensão do contrato e a denúncia unilateral, salvo por fraude ou não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, a cada ano de vigência do contrato;

c) a denúncia unilateral durante a ocorrência de internação do titular.

III - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular. (Inciso acrescido dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)

## **PROJETO DE LEI N.º 6.888, DE 2013**

### **(Do Sr. Antonio Bulhões)**

Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que "dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências".

**DESPACHO:**  
APENSE-SE AO PL 6567/2013.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O art. 10 da Lei 8.069, de 13 de julho de 1990, que “dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências” passa a vigorar acrescido dos seguintes incisos:

“Art. 10 .....

VI – assegurar por meio de documento que a gestante e parturiente recebam orientações sobre o direito ao atendimento humanizado e de qualidade;

VII – divulgar amplamente o direito ao atendimento humanizado e de qualidade e instâncias para encaminhamento de denúncias. (NR)”

Art. 2º. Esta lei entra em vigor sessenta dias após sua publicação.

## **JUSTIFICAÇÃO**

A despeito de existirem dispositivos legais suficientes para caracterizar os atos de violência obstétrica em nosso país, continua a ser revoltante a frequência com que mulheres são vítimas dos profissionais de saúde nos período de pré-parto e parto. Isto tem ocorrido não apenas em unidades do sistema público de saúde, mas também em serviços particulares ou vinculados a planos e seguros privados de assistência à saúde.

Estima-se que pelo menos um quarto das gestantes ou parturientes sejam humilhadas, recebam tratamento rude e ameaças, ouçam comentários desabonadores ou sarcásticos, sejam recriminadas ou submetidas a procedimentos desnecessários, sem esclarecimentos ou permissão.

As atitudes desumanas resultam em traumas para a gestante, raiva e frustração. Além disto, prejudicam profundamente a criança, na medida em que traduzem despreparo dos profissionais. O nascimento deve ser, ao contrário, momento de integração com a equipe, realização e segurança para a mãe e para o bebê.

Existe a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, em vigor desde 2005. As normas do Ministério da Saúde preconizam o acesso a atendimento digno e de qualidade no período da gestação, parto e puerpério e assistência ao parto e puerpério de forma humanizada e segura.

Mais um avanço foi obtido com a permissão de acompanhamento durante o trabalho de parto e parto, incluído na Lei Orgânica da Saúde. O dispositivo, além de trazer apoio para a mulher, é ainda uma forma de protegê-la contra a violência obstétrica.

No entanto, a despeito de os incontáveis casos de violência obstétrica causarem repulsa, ainda não existe a conscientização plena das mulheres a respeito de seus direitos, de como exigí-los e a quem recorrer.

Assim, propomos inserir na legislação vigente, mais precisamente no Estatuto da Criança e do Adolescente, no capítulo que trata do atendimento à gestante, a obrigatoriedade de orientá-la, durante o pré-natal, sobre seus direitos à atenção humanizada e de qualidade. Estabelecemos a obrigatoriedade de comprovar por meio de documento que estas informações foram transmitidas e assimiladas.

As normas ainda determinam que se realizem rotineiramente atividades educativas com as gestantes, orientando-as sobre temas de relevância. Assim, incluir orientações sobre o direito ao atendimento seguro, de qualidade e humanizado não representará problema para os serviços de saúde.

O próximo inciso proposto determina que se divulguem amplamente estes direitos nos serviços de atenção ao pré-natal e parto, bem como as instâncias a que recorrer para denúncias. A divulgação ampla será um alerta para os profissionais, que verão reforçada a exigência de serem obedecidos cada vez mais os princípios de qualidade e humanização. Sem dúvida, uma ação fácil de implementar e que trará impacto significativo para a segurança e bem-estar das gestantes e parturientes e para a qualidade dos serviços de saúde.

Esperamos, assim, banir definitivamente qualquer comportamento desumano e covarde dirigido à mulher em uma situação extrema de fragilidade. Esta é uma iniciativa fácil de adotar e que procura abolir condutas covardes e antiéticas que ainda se impõem às mulheres. Assim, esperamos de nossos Pares o apoio para que ela se incorpore ao arcabouço legal do país com a maior celeridade.

Sala das Sessões, em 04 de dezembro de 2013.

Deputado ANTONIO BULHÕES

<p><b>LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI</b></p>
---

**LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990**

Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

LIVRO I  
PARTE GERAL

.....  
TÍTULO II

## DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS

CAPÍTULO I  
DO DIREITO À VIDA E À SAÚDE

.....  
 Art. 10. Os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes, públicos e particulares, são obrigados a:

I - manter registro das atividades desenvolvidas, através de prontuários individuais, pelo prazo de dezoito anos;

II - identificar o recém-nascido mediante o registro de sua impressão plantar e digital e da impressão digital da mãe, sem prejuízo de outras formas normatizadas pela autoridade administrativa competente;

III - proceder a exames visando ao diagnóstico e terapêutica de normalidades no metabolismo do recém-nascido, bem como prestar orientação aos pais;

IV - fornecer declaração de nascimento onde constem necessariamente as intercorrências do parto e do desenvolvimento de neonato;

V - manter alojamento conjunto, possibilitando ao neonato a permanência junto à mãe.

Art. 11. É assegurado atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. ([“Caput” do artigo com redação dada pela Lei nº 11.185, de 7/10/2005](#))

§ 1º A criança e o adolescente portadores de deficiência receberão atendimento especializado.

§ 2º Incumbe ao Poder Público fornecer gratuitamente àqueles que necessitarem os medicamentos, próteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação.

.....  
 .....

## PROJETO DE LEI N.º 7.277, DE 2014

(Do Sr. Marco Tebaldi)

Dispõe sobre obrigatoriedade dos planos e seguros privados de assistência à saúde, a realização de todos os procedimentos obstétricos, e dá outras providências.

**DESPACHO:**  
 APENSE-SE À(AO) PL-6062/2013.

O Congresso Nacional decreta:

**Art. 1º** - Fica assegurada a cobertura, pelas operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde, de todos os procedimentos obstétricos pelo profissional responsável pelo pré-natal.

**Art. 2º** - Torna obrigatório às operadoras de plano de saúde a realização dos

seguintes procedimentos:

**I** – O pré-natal (consultas periódicas da gestante);

**II** – A disponibilidade do profissional responsável pelo pré-natal para a realização do parto (acompanhamento presencial);

**III** – A realização do parto vaginal ou cesariano;

**IV** – A assistência ao parto.

**Art. 3º** - Caberá às operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde a realização do pagamento das “taxas de disponibilidade”.

**Parágrafo único** – A operadora dos planos de saúde deverá garantir a disponibilidade do profissional responsável pelo pré-natal durante a realização do parto, sem a cobrança de qualquer custo adicional para o procedimento.

**Art. 4º** - Caso a operadora não ofereça a cobertura, estará sujeita às sanções estabelecidas pela Agência Reguladora dos Planos de Saúde no Brasil - ANS, que garante todos os procedimentos obstétricos.

**Art. 5º** - Fica assegurada ao usuário de planos e seguros privados de assistência à saúde a escolha do prestador de serviço ou profissional da saúde, vinculado à operadora de plano ou seguro privado de assistência à saúde, com a qual o usuário realizou seu pré-natal.

**Art. 6º** - Caberá à operadora do plano ou seguro privado de assistência à saúde, adotar as providências necessárias à operacionalização dos procedimentos decorrentes da escolha pelo usuário, do prestador de serviços.

**Art. 7º** - Inclui-se na abrangência da escolha do prestador de serviço pelo usuário de planos e seguros privados de assistência à saúde, a cobertura obstétrica relativa ao pré-natal, parto e assistência ao parto.

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

## **JUSTIFICAÇÃO**

A presente iniciativa pretende proteger as gestantes de um comportamento abusivo, que vem sendo reiteradamente denunciado pelas gestantes: a cobrança de valores extras para o acompanhamento do trabalho de parto e do próprio parto pelas operadoras do plano de saúde, para o pagamento das conhecidas “taxa de disponibilidade”. Muitos planos de saúde cobram essa taxa para garantir que o médico que atendeu a grávida durante os meses de gestação seja o responsável pelo parto.

Conforme a resolução nº 211/10 da ANS atualiza o rol de procedimentos e eventos em saúde, estipulando a cobertura mínima obrigatória para os planos privados de assistência à saúde e garantindo todos os procedimentos obstétricos, conforme os artigos abaixo:

*“Art. 16 – A cobertura assistencial de que trata o plano-referência compreende todos os procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos e os atendimentos de urgência e emergência, na forma estabelecida no artigo 10 da lei nº 9.656/98 de 1988”.*

*“Art.19 – O plano hospitalar com obstetrícia compreende toda a cobertura*

*definida no artigo 18 desta resolução, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e o puerpério, observadas as seguintes exigências (...)*”.

Não é preciso enfatizar que o parto é o desfecho desejado, natural e inescapável da gestação. Todos os obstetras estão cientes deste fato. Obviamente, o médico que fez o acompanhamento pré-natal conhece melhor do que nenhum outro as condições clínicas e psicológicas da parturiente e deve respeitar o forte vínculo de confiança que ela constrói com ele ao longo das consultas. Ignorar o valor deste laço simplesmente porque o profissional não está de plantão na hora em que vai ocorrer o parto, contraria todas as premissas do atendimento humanizado.

Diversas associações de proteção ao consumidor consideram a cobrança das operadoras dos planos de saúde como conduta abusiva, sendo que o procedimento está incluído nas coberturas de atenção ao pré-natal e ao parto.

Assim, para defender os direitos das gestantes, parturientes e famílias, propomos à apreciação do Parlamento a presente iniciativa que inclui com clareza, como cobertura obrigatória dos planos e seguros privados de assistência à saúde, a realização do parto pelo profissional obstetra responsável pelo pré-natal, dirimindo as dúvidas sobre o direito.

Acredito na sensibilidade dos nobres pares para apreciarem, contribuírem e, ao final, aprovarem o presente projeto, considerando sua contribuição fundamental para toda a Nação Brasileira, que tem na família o suporte para a sua vida.

Sala das sessões, 19 de março de 2014.

**MARCO TEBALDI**  
Deputado Federal – PSDB/SC

**LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA  
COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI**

**RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 211, DE 11 DE JANEIRO DE 2010**

Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, fixa as diretrizes de atenção à saúde e dá outras providências.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem o §4º do artigo 10 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, o inciso III do artigo 4º e inciso II do artigo 10, ambos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, a alínea “a” do inciso II do artigo 86 da Resolução Normativa – RN nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em 18 de dezembro de 2009, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

.....  
**CAPÍTULO II**  
**DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

**Seção Única**  
**Das Coberturas Assistenciais**

.....  
**Subseção I**  
**Do Plano-Referência**

Art. 16 A cobertura assistencial de que trata o plano-referência compreende todos os procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos e os atendimentos de urgência e emergência, na forma estabelecida no artigo 10 da Lei nº 9.656, de 1998.

§1º São permitidas as seguintes exclusões assistenciais previstas no artigo 10 da Lei nº 9.656, de 1998:

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aquele que: *(Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)*

a) emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país; *(Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)*

b) é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia- CFO; ou *(Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)*

c) não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label); *(Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)*

II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

III - inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;

V - fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;

VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, ressalvado o disposto no artigo 13 desta Resolução Normativa;

VII – fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC;

VIII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

IX – tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente; e

XI - estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

§1º *(Revogado pelo art. 6º da RN nº 262, de 02/08/2011)*

§2º Prótese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido. *(Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)*

§3º Órtese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico. *(Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)*

§4º A classificação dos diversos materiais utilizados pela medicina no país como órteses ou próteses deverá seguir lista a ser disponibilizada e atualizada periodicamente no endereço eletrônico da ANS na Internet ( [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) ). *(Redação inserida pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)*

## **Subseção II Do Plano Ambulatorial**

Art. 17 O Plano Ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares, observadas as seguintes exigências:

I - cobertura de consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétrica para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;

II - cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou cirurgião dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação conforme preceitua o caput deste artigo;

III - cobertura de medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados nos Anexos e nos artigos desta Resolução Normativa; *(Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)*

IV – cobertura de consulta ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o estabelecido nos Anexos desta Resolução Normativa. *(Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)*

V - cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido nos Anexos desta Resolução Normativa, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados; *(Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)*

VI – cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados nos Anexos desta Resolução Normativa, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano; *(Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)*

VII - cobertura das ações de planejamento familiar, listadas no Anexo I desta Resolução, para segmentação ambulatorial; *(Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)*

VIII - cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme resolução específica vigente sobre o tema;

IX - cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;

X – cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

XI – cobertura de quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde;

XII – cobertura dos procedimentos de radioterapia listados no Anexo I desta Resolução para a segmentação ambulatorial; *(Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)*

XIII – cobertura dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial do Anexo I desta Resolução Normativa; *(Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)*

XIV – cobertura de hemoterapia ambulatorial; e

XV – cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas nos Anexos desta Resolução. *(Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)*

§1º Para fins da cobertura prevista no inciso XI, definem-se adjuvantes como medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.

§2º Para fins de aplicação do artigo 10 da Lei nº 9.656, de 1998 é permitida, para a segmentação ambulatorial, a exclusão de:

I - procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio;

II - quimioterapia oncológica intra-tecal ou que demande internação; e

III - embolizações.

### **Subseção III Do Plano Hospitalar**

Art. 18 O Plano Hospitalar compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme Resolução específica vigente, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, ressalvado o disposto no inciso X deste artigo, observadas as seguintes exigências:

I - cobertura, em número ilimitado de dias, de todas as modalidades de internação hospitalar;

II - quando houver previsão de mecanismo financeiro de regulação disposto em contrato para internações hospitalares, o referido mecanismo aplica-se para todas as especialidades médicas inclusive para as internações psiquiátricas; *(Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)*

a) *(Revogado pelo art. 6º da RN nº 262, de 02/08/2011)*

b) *(Revogado pelo art. 6º da RN nº 262, de 02/08/2011)*

III – cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas no Anexo II desta Resolução; *(Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)*

IV - cobertura de transplantes listados nos Anexos desta Resolução Normativa, e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo: *(Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)*

a) as despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da

operadora de planos privados de assistência à saúde do beneficiário receptor; *(Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)*

b) os medicamentos utilizados durante a internação;

c) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção; e

d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS;

V - cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;

VI – cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados nos Anexos desta Resolução; *(Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)*

VII -cobertura das despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contra-indicação do médico ou cirurgião dentista assistente, nos seguintes casos: *(Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)*

a) crianças e adolescentes menores de 18 anos; *(Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)*

b) idosos a partir do 60 anos de idade; e *(Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)*

c) pessoas portadoras de deficiências. *(Redação inserida pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)*

VIII - cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados nos Anexos desta Resolução, para a segmentação hospitalar, conforme disposto no artigo 4º desta Resolução Normativa, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar; *(Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)*

IX – cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar; *(Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)*

X - cobertura obrigatória para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar: *(Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)*

a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

b) quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no artigo 17, inciso XI, desta Resolução;

c) procedimentos radioterápicos previstos no Anexo I desta Resolução para as segmentações ambulatorial e hospitalar; *(Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)*

d) hemoterapia;

e) nutrição parenteral ou enteral;

f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos nos Anexos desta Resolução Normativa; *(Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)*

g) embolizações listadas nos Anexos desta Resolução Normativa; *(Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)*

h) radiologia intervencionista;

i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

j) procedimentos de reeducação e reabilitação física listados nos Anexos desta

Resolução Normativa; e (Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)

k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados nos Anexos, exceto fornecimento de medicação de manutenção. (Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)

§1º Para fins do disposto no inciso III deste artigo, entende-se hospital-dia para transtornos mentais como recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

§2º Para fins do disposto no inciso VI deste artigo, deve ser observado o seguinte:

I - cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos nos Anexos desta Resolução Normativa; (Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)

II - o profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela operadora de plano privado de assistência à saúde, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas; e

III - em caso de divergência clínica entre o profissional requisitante e a operadora, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela operadora. (Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)

§ 3º Para fins do disposto no inciso IX deste artigo, o imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras: (Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)

I - em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados; e (Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)

II - os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura da segmentação hospitalar e plano referência. (Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)

§4º (Revogado pelo art. 6º da RN nº 262, de 02/08/2011)

I- (Revogado pelo art. 6º da RN nº 262, de 02/08/2011)

II - (Revogado pelo art. 6º da RN nº 262, de 02/08/2011)

§ 5º Para fins do disposto no inciso II deste artigo, é permitida a fixação de co-participação, crescente ou não, no limite máximo de 50% (cinquenta por cento) do valor contratualizado com o prestador, para as hipóteses de cobertura por internações psiquiátricas cujo prazo exceda a 30 (trinta) dias por ano de contrato. (Acrescentado pelo art. 3º da RN nº 262, de 02/08/2011)

#### **Subseção IV**

#### **Do Plano Hospitalar com Obstetrícia**

Art. 19 O Plano Hospitalar com Obstetrícia compreende toda a cobertura definida no artigo 18 desta Resolução, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, observadas as seguintes exigências:

I – cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante: (*Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011*) [\*]

a) pré-parto;

b) parto; e

c) pós-parto imediato por 48 horas, salvo contra-indicação do médico assistente ou até 10 dias, quando indicado pelo médico assistente;

II - cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto; e (*Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011*) [\*]

III – opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção. (*Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011*) [\*]

§ 1º (*Revogado pelo art. 6º da RN nº 262, de 02/08/2011*)

§ 2º Para fins de cobertura do parto normal listado nos Anexos, este procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme legislação vigente, de acordo com o artigo 4º desta Resolução. (*Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011*)

---



---

## PROJETO DE LEI N.º 7.633, DE 2014

### (Do Sr. Jean Wyllys)

Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências.

<p><b>NOVO DESPACHO:</b> APENSE-SE AO PL-6567/2013</p>
--

O Congresso Nacional decreta:

### TÍTULO I

#### DAS DIRETRIZES E DOS PRINCÍPIOS INERENTES AOS DIREITOS DA MULHER DURANTE A GESTAÇÃO, PRÉ-PARTO, PARTO E PUERPÉRIO

**Art. 1º** - Toda gestante tem direito à assistência humanizada durante a gestação, pré-parto, parto e puerpério, incluindo-se o abortamento, seja este espontâneo ou provocado, na rede de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e em estabelecimento privado de saúde suplementar.

**Art. 2º** - Para os efeitos desta Lei, a assistência humanizada à gestação, ao pré-parto, ao parto, ao abortamento e ao puerpério é aquela preceituada pelas

recomendações do Manual de Boas Práticas de Atenção ao Parto e o Nascimento da Organização Mundial de Saúde, a Política Nacional de Humanização (PNH), as Portarias 569/2000, 1.067/2005 e 1.459/2011 do Ministério da Saúde, e em conformidade com as orientações da Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - RDC nº 36/2008, considerando precipuamente:

I - não comprometer ou oferecer risco à saúde da parturiente ou do recém-nascido, nem à segurança do processo fisiológico de parto;

II – adotar, exclusivamente, rotinas e procedimentos cuja extensão e conteúdo tenham sido objeto de revisão e avaliação científica por parte da Organização Mundial da Saúde (OMS) ou de outras instituições de excelência reconhecida, em cumprimento ao art. 19-Q § 2º, inciso I da Lei nº 8.080/90;

III - garantir à gestante o direito de optar pelos procedimentos que lhe propiciem maior conforto e bem-estar, incluindo a disponibilização de métodos não farmacológicos e farmacológicos para o alívio da dor;

IV – garantir à gestante o direito de escolher as circunstâncias em que o parto deverá ocorrer, considerando local, posição do parto, uso de intervenções e equipe de assistência, seja este vivenciado em diferentes tipos de estabelecimentos de saúde, tais como: hospital, maternidade, centro de parto normal, ou ainda em domicílio;

V – garantir a presença, junto à parturiente, de um(a) acompanhante, a ser por aquela indicado(a), durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

**Art. 3º** - São princípios da assistência humanizada no parto e no nascimento:

I - mínima interferência por parte da equipe de saúde;

II - preferência pela utilização dos métodos menos invasivos e mais naturais, de escolha da parturiente;

III - fornecimento de informações adequadas e completas à mulher, assim como a(o) acompanhante, referente aos métodos e procedimentos disponíveis para o atendimento à gestação, pré-parto, parto e puerpério;

IV – harmonização entre segurança e bem-estar da mulher e do concepto.

**Art. 4º** - Toda mulher, em relação à gestação, trabalho de parto, parto, abortamento e puerpério, tem direito:

I – a ser tratada com respeito, de modo individual e personalizado, garantindo-se à mulher a preservação de sua intimidade durante todo o processo assistencial, bem como o respeito em relação às suas crenças e cultura;

II – a ser considerada, em relação ao processo de nascimento, como uma pessoa em sua integralidade, respeitando-se o direito à liberdade, dignidade, autonomia e autoridade moral e ética para decidir voluntariamente como protagonista de seu próprio parto;

III – ao parto natural, respeitadas as fases biológica e psicológica do processo de nascimento, evitando-se práticas invasivas e medicalizadas sem que haja uma justificativa clínica de acordo com o processo de saúde-doença da parturiente ou do concepto;

IV – a ser informada sobre a evolução de seu parto e o estado de saúde de seu filho ou de sua filha, garantindo-se sua autonomia para autorizar as diferentes atuações dos e das profissionais envolvidos no atendimento ao parto;

V - a ser informada sobre as diferentes intervenções médico-hospitalares que podem ocorrer durante esses processos, de maneira que possa optar livremente quando existirem diferentes alternativas;

VI – a ser informada, desde a gestação, sobre os benefícios da lactação e receber apoio para amamentar o recém-nascido desde a primeira meia hora de vida;

VII - a não ser submetida a exames e procedimentos cujos propósitos sejam investigação, treinamento e aprendizagem, sem que estes estejam devidamente autorizados por Comitê de Ética para Pesquisas com Humanos e pela própria mulher mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

VIII – a estar acompanhada por uma pessoa de sua confiança e livre escolha durante o pré-parto, parto e puerpério, nos termos da Lei nº 11.108/2005;

IX – a ter a seu lado o recém-nascido em alojamento conjunto durante a permanência no estabelecimento de saúde, e a acompanhá-lo presencial e continuamente quando este necessitar de cuidados especiais, inclusive em unidade de terapia intensiva neonatal;

**Art. 5º** - Diagnosticada a gravidez, a mulher terá direito à elaboração de um Plano Individual de Parto, no qual serão indicadas as disposições de sua vontade, nele devendo constar:

I - as equipes responsáveis e os estabelecimentos onde será prestada a assistência ao pré-natal e ao parto, nos termos da Lei 11.634/2007;

II - o local ou estabelecimento de saúde de sua escolha onde o parto deverá ocorrer;

III - a equipe responsável pelo parto, quando possível, ou as diferentes equipes disponíveis em regime de plantão;

IV - a contratação de profissionais que prestam serviços de auxílio ao parto e/ou à assistência ao parto, ou sua participação voluntária, que terão autorização para executar ações complementares às da equipe de atendimento ao trabalho de parto no estabelecimento de saúde.

**Art. 6º** - No Plano Individual de Parto a gestante manifestará sua vontade em relação:

I – à presença ou não, durante todo o trabalho de parto ou em parte dele, de um(a) acompanhante livremente indicado por ela, nos termos da Lei 11.108/2005;

II – à presença de acompanhante nas consultas preparatórias para o parto e/ou nas consultas de pré-natal;

III – à utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor;

IV – à realização de analgesia farmacológica para alívio da dor com administração de anestésicos, após ser a parturiente informada sobre os riscos e benefícios de tal procedimento para o binômio mãe-filho(a);

V – ao modo como serão monitorados os batimentos cardíacos;

VI – ao uso de posição verticalizada no parto;

VII – ao alojamento conjunto.

**Art. 7º** - Durante a elaboração do Plano Individual de Parto, a gestante deverá ser informada, de forma clara, precisa e objetiva pela equipe de saúde sobre as principais rotinas e procedimentos de assistência ao parto, assim como as implicações de cada um deles para o seu bem-estar físico e emocional e o da criança.

**Art. 8º** - As disposições de vontade constantes do Plano Individual de Parto somente poderão ser alteradas se, comprovadamente, durante o trabalho de parto, forem necessárias intervenções para garantir a saúde da mãe e/ou do concepto em condições de urgência ou emergência que indiquem risco de morte materna e/ou fetal, devendo somente ser realizadas após o consentimento da mulher.

**Art. 9º** - Toda e qualquer alteração das disposições de vontade constantes do Plano Individual de Parto que for praticada durante o atendimento ao trabalho de parto deve ser registrada no prontuário da gestante pelo(a) médico(a) responsável, mediante justificativa clínica do procedimento adotado.

**Art. 10** - Ficam obrigatoriamente sujeitas à justificativa clínica , com a respectiva anotação no prontuário:

I - a administração de enemas;

II - a administração de ocitocina sintética;

III - os esforços de puxo prolongados e dirigidos durante o período expulsivo;

IV - a amniotomia;

V - a episiotomia;

VI - a tração ou remoção manual da placenta;

VII – a adoção de dieta zero durante o trabalho de parto.

**Art. 11** - No atendimento à mulher durante o pré-parto, parto e puerpério, é vedado aos profissionais integrantes da equipe de assistência à saúde:

I – realizar procedimentos desnecessários ou contraindicados pelas Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento, preconizadas pela Organização Mundial da Saúde - OMS;

II - constranger ou submeter a mulher a procedimento ou intervenção desnecessário, com a justificativa de que sua negação causará risco à sua saúde ou a de seu concepto;

III – adotar procedimentos de eficácia carente de evidência científica, classificados nas categorias C e D das Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento, ou que sejam suscetíveis para causar dano quando aplicados de forma generalizada ou rotineira.

**Art. 12** – Durante todo o pré-parto e parto é permitido à mulher:

I – movimentar-se livremente, devendo ser estimulada a deambular e verticalizar;

II - escolher a posição que lhe pareça mais confortável;

III - ingerir líquidos e alimentos leves.

**Art. 13** – Caracteriza-se a violência obstétrica como a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos(as) profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, que cause a perda da autonomia e capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.

**Parágrafo único.** Para efeitos da presente Lei, considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo(a) profissional da equipe de saúde que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes em trabalho de parto, em situação de abortamento e no pós-parto/puerpério.

**Art. 14.** Consideram-se ofensas verbais ou físicas, dentre outras, as seguintes condutas:

I - tratar a mulher de forma agressiva, não empática, com a utilização de termos que ironizem os processos naturais do ciclo gravídico-puerperal e/ou que desvalorizem sua subjetividade, dando-lhe nomes infantilizados ou diminutivos, tratando-a como incapaz;

II - fazer comentários constrangedores à mulher referentes a questões de cor, etnia, idade, escolaridade, religião, cultura, crenças, condição socioeconômica, estado civil ou situação conjugal, orientação sexual, identidade de gênero e paridade;

III - ironizar ou censurar a mulher por comportamentos que externem sua dor física ou psicológica e suas necessidades humanas básicas, tais como gritar, chorar, amedrontar-se, sentir vergonha ou dúvidas; ou ainda por qualquer característica ou ato físico tais como: obesidade, pêlos, estrias, evacuação, dentre outros;

IV – preterir ou ignorar queixas e solicitações feitas pela mulher atendida durante o ciclo gravídico-puerperal, referentes ao cuidado e à manutenção de suas necessidades humanas básicas;

V - induzir a mulher a aceitar uma cirurgia cesariana sem que seja necessária, mentindo sobre riscos imaginários, hipotéticos e não comprovados, e ocultando os devidos esclarecimentos quanto aos riscos à vida e à saúde da mulher e do conceito, inerentes ao procedimento cirúrgico;

VI - realizar cirurgia cesariana sem recomendação real e clínica, sem estar baseada em evidências científicas, a fim de atender aos interesses e conveniência do(a) médico(a);

VII - agendar cirurgia cesariana sem indicação real e clínica de cirurgia eletiva, mesmo nos casos em que tal procedimento cirúrgico se mostre necessário para o desfecho positivo do nascimento, porém impedindo o início fisiológico do trabalho de parto, a fim de atender aos interesses e conveniência do(a) médico(a);

VIII - recusar ou retardar o atendimento oportuno e eficaz à mulher em qualquer fase do ciclo gravídico-puerperal ou em abortamento, desconsiderando a necessidade de urgência da assistência à mulher nesses casos;

IX - promover a transferência da internação da mulher sem a análise e a confirmação prévia de haver vaga e garantia de atendimento, bem como tempo suficiente para que esta chegue ao local;

X - impedir que a mulher seja acompanhada por pessoa de sua preferência durante todo o pré-parto, parto e puerpério, ou impedir o trabalho de um(a) profissional contratado(a) pela mulher para auxiliar a equipe de assistência à saúde;

XI - proibir ou dificultar que a mulher se comunique com pessoas externas ao serviço de saúde, privando-lhe da liberdade de telefonar ou receber telefonemas, caminhar, conversar com familiares, amigos e acompanhantes, e receber visitas em quaisquer horários e dias;

XII - submeter a mulher a procedimentos predominantemente invasivos, dolorosos, desnecessários ou humilhantes, tais como:

- a) induzi-la a calar-se diante do desejo de externar suas emoções e reações;
- b) manter a mulher em posição ginecológica ou litotômica, supina ou horizontal, quando houver meios para realização do parto verticalizado;
- c) atender a mulher com a porta aberta, interferindo em sua privacidade;
- d) realizar exames de toque cervical repetidos, ou agressivos e dolorosos, ou

realizados por diversos profissionais, sem o prévio esclarecimento de sua necessidade e a prévia autorização da mulher;

- e) proceder à lavagem intestinal (enema ou clister), sem justificativa clínica;
- f) proceder à raspagem de pelos pubianos (tricotomia);
- g) romper, de forma precoce e/ou artificial as membranas ou a bolsa das águas (amniotomia) para acelerar o tempo do parto;
- h) utilizar ocitocina sintética para acelerar o tempo do parto;
- i) proceder à dilatação manual do colo uterino para acelerar o tempo do parto;
- j) manter a mulher em esforços físicos e cardiorrespiratórios com puxos prolongados e dirigidos durante o período expulsivo;
- k) incentivar ou conduzir a mulher a realizar Manobra de Valsalva;
- l) praticar Manobra de Kristeller;
- m) acelerar os mecanismos de parto, mediante rotação e tração da cabeça ou da coluna cervical do concepto após a saída da cabeça fetal;
- n) aceleração o terceiro período do parto mediante tração ou remoção manual da placenta, impedindo o tempo fisiológico da dequitação/delivramento.

XIII – Realizar a episiotomia quando esta não for considerada clinicamente necessária, enfatizando-se, para efeitos desta Lei, que tal procedimento é vedado se realizado para aceleração do período expulsivo por conveniência do profissional que presta assistência ao parto, ou de proteção prévia do períneo para evitar lacerações, não sendo tais justificativas clínico-obstétricas aceitas;

XIV – Realizar episiotomia, quando considerada clinicamente necessária, sem esclarecer a mulher sobre a necessidade do procedimento e receber seu consentimento verbal;

XV – Realizar episiotomia sem analgesia e episiorrafia sem adequada ou suficiente analgesia;

XVI - Amarrar as pernas da mulher durante o período expulsivo, mantendo-a em confinamento simbólico na posição horizontal, ginecológica ou litotômica, sem que ela assim queira se posicionar para parir e sem que tenha sido devidamente orientada sobre os benefícios da posição vertical;

XVII - Manter algemadas, durante o trabalho de parto, parto e puerpério, as mulheres que cumprem pena privativa de liberdade;

XVIII - Realizar quaisquer outros procedimentos sem prévia orientação dada à mulher e sem a obtenção de sua permissão, sendo exigido que o profissional utilize comunicação simples e eficiente para esclarecê-la;

XIX - Submeter a criança saudável à aspiração de rotina, higienização, injeções e outros procedimentos na primeira hora de vida, sem que antes tenha sido colocada em contato pele-a-pele com a mãe e recebido estímulo para mamar, inclusive em parto cirúrgico;

XX – Impedir ou retardar o contato da criança com a mulher logo após o parto, ou impedir o alojamento conjunto, separando a criança de sua mãe e impossibilitando a amamentação em livre demanda na primeira meia hora de vida, salvo se um deles necessitar de cuidados especiais;

XXI – Impedir a mulher de acompanhar presencial e continuamente o recém-nascido quando este necessitar de cuidados especiais no estabelecimento de saúde, inclusive em unidade de terapia intensiva neonatal;

XXII - Tratar o pai da criança ou o(a) acompanhante de escolha da mulher como visita, obstruindo ou dificultando seu livre acesso para acompanhar a mulher e a criança a qualquer hora do dia e da noite.

**Art. 15** – Todas as disposições desta Lei se aplicam integralmente no atendimento à mulher em situação de abortamento e no parto de natimorto, sendo as mulheres, nesses casos, consideradas como parturientes para todos os fins desta Lei.

**Parágrafo único.** Nos casos do caput deste artigo, será também considerada violência obstétrica a coação com a finalidade de confissão e denúncia à polícia.

**Art. 16** – A criança recém-nascida tem direito:

I – ao nascimento digno e seguro, e à oportunidade de desenvolvimento saudável desde o primeiro momento de vida;

II – a ser mantida ligada à placenta pelo cordão umbilical por, no mínimo, cinco minutos, a fim de garantir o suprimento de sangue e nutrientes necessários, devendo o cordão umbilical ser cortado somente após a cessação da pulsação espontânea, salvo nos casos de urgente necessidade de intervenção para cuidados especiais;

III – a ser entregue à sua mãe para contato pele-a-pele e amamentação em livre

demanda imediatamente após nascer e durante a primeira meia hora de vida;

IV – a não ser separada de sua mãe para realização de procedimentos de rotina, devendo a realização de quaisquer exames ser feita com a criança no colo de sua mãe, salvo nos casos especiais devidamente justificados ou em que haja necessidade de sua remoção para cuidados urgentes e especiais;

V – a não receber leite artificial ou equivalente, quando conseguir mamar, nem receber medicamentos ou substâncias sem autorização da mãe, durante todo o período de permanência no estabelecimento de saúde;

VI – a ser amamentada em livre demanda e ser acompanhada presencial e continuamente por sua mãe para contato pele-a-pele quando este necessitar de cuidados especiais no estabelecimento de saúde, sem restrição de horário ou dias da semana, inclusive em unidade de terapia intensiva neonatal;

## **TÍTULO II DA ERRADICAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

**Art. 17** – Todos os casos de violência obstétrica praticados pelos profissionais da equipe de saúde serão relatados à ouvidoria dos serviços de saúde e às Comissões de Monitoramento dos Índices de Cesarianas e de Boas Práticas Obstétricas - CMICBPO, e constituem infração à legislação sanitária federal, implicando obrigatoriamente na aplicação das penalidades previstas nesta Lei ao estabelecimento de saúde.

§ 1º - Os e as profissionais de saúde que praticarem atos de violência obstétrica ficam pessoalmente sujeitos à responsabilização civil e criminal decorrente de suas condutas.

§ 2º - Os casos de violência obstétrica serão também notificados aos Conselhos Regionais de Medicina e de Enfermagem, para os devidos encaminhamentos e aplicações de penalidades administrativas aos profissionais envolvidos.

**Art. 18** – Todos os estabelecimentos de saúde que prestarem atendimento ao parto e nascimento deverão expor cartazes informativos contendo as condutas humanizadas elencadas nas diretrizes desta Lei.

§ 1º - Os cartazes previstos no caput deste artigo deverão conter informação referente aos órgãos para a denúncia de ocorrência de violência obstétrica, além de

orientações sobre como a mulher agredida deve proceder nesses casos.

§ 2º - Equiparam-se aos estabelecimentos hospitalares, para os efeitos desta Lei, as unidades básicas de saúde, as maternidades, os centros de parto normal, os consultórios médicos e de enfermagem, sejam públicos ou da iniciativa privada, e o ambiente domiciliar por ocasião de parto em casa.

**Art. 19** - Ficam as escolas e universidades que ministram curso de formação de profissionais da área de saúde, médicos(as), enfermeiros(as), obstetrias e equipes administrativas hospitalares obrigadas a implementar em suas diretrizes curriculares conteúdos disciplinares relativos ao atendimento à saúde da mulher e do conceito, nos termos desta Lei.

**Art. 20** - Os direitos e a proteção à vida de mulheres no ciclo gravídico-puerperal e de seus recém-nascidos de que trata esta Lei, mais especificamente de gestantes, parturientes, puérperas e seus neonatos, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos, grau de gravidade ou qualquer outra.

**Art. 21** – As disposições constantes desta Lei aplicam-se ao Sistema Único de Saúde e a toda a rede de saúde suplementar e filantrópica do país, bem como aos serviços de saúde prestados de forma autônoma.

**Art. 22** - Mulheres, crianças, homens e famílias devem ter preservados seus direitos sexuais e reprodutivos, observando-se, especialmente, o seguinte:

I – prestação de informações adequadas sobre gestação, parto e puerpério saudáveis, e sobre os direitos de que trata esta Lei, durante a assistência prestada por profissional individualmente ou por equipe multidisciplinar;

II - autonomia para escolher onde, como e com quem a parturiente quer parir seus filhos e suas filhas, sendo respeitados seus direitos de livre escolha dos profissionais que lhes assistam, do local para parir e de sua diversidade de interesses, cultura e formas de viver;

III - acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde no que tange ao atendimento obstétrico no pré-natal, no parto e no pós-parto imediato e tardio;

IV – tratamento digno e com respeito, principalmente durante o trabalho de parto;

V – a presença e o acompanhamento de, no mínimo, uma pessoa de sua escolha, na assistência de todo o ciclo gravídico-puerperal, independente do sexo, gênero ou relação interpessoal da pessoa escolhida como acompanhante, conforme determinado na Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005;

VI – proteção contra quaisquer formas de abuso e violência, principalmente formas de violência simbólica contra a mulher e o neonato durante o parto e o nascimento;

VII - direito à assistência de saúde humanizada durante seu ciclo gravídico-puerperal, podendo esta assistência ser realizada no domicílio, na unidade básica, em casa de parto, centro de parto normal ou hospital-maternidade, oferecida por equipe multiprofissional ou de forma individual por um(a) profissional técnico(a) e legalmente qualificado(a);

VIII - acesso ao atendimento de urgência, emergência e de referência e contrarreferência nos serviços de saúde maternos e infantis, mesmo quando a necessidade do atendimento tenha se originado em local diferente do ambiente hospitalar, ambulatorial ou básico, incluindo seu domicílio, casa de parto e centro de parto normal.

**Art. 23** - A assistência oferecida no trabalho de parto, em instituição obstétrica de qualquer modalidade ou por qualquer profissional da área obstétrica, no âmbito institucional ou domiciliar, público ou privado, deve adotar as seguintes características de rotinas e tecnologias:

I - proporcionar um ambiente desmedicalizado e humanizado, que priorize a visão do parto como um evento fisiológico, não devendo ser praticadas intervenções desnecessárias.

II - garantir que todas as intervenções e os procedimentos adotados durante a assistência à mulher, ao feto e ao neonato fundamentem-se em evidências científicas atualizadas, excetuando-se as intervenções ou procedimentos de leve ou baixa tecnologia e que não provoquem alterações deletérias às condições fisiológicas do binômio mãe-filho(a).

III - garantir respeito à intimidade e à privacidade da parturiente;

IV - respeitar o tempo biológico da parturição, considerando que cada mãe e filho(a) possuem um tempo próprio fisiológico, sendo proibida a prática de intervenções

abusivas para reduzir o tempo do trabalho de parto, sem indicação clínica.

**Art. 24** - O Poder Executivo Federal, em conjunto com instituições de ensino e de saúde, e entidades representantes da sociedade civil, devem praticar regularmente as estratégias promovidas pela Organização Mundial de Saúde, segundo compromissos nacionais e internacionais de promover os direitos humanos e de executar metas de Pactos pela Vida e de redução da mortalidade materna e perinatal.

§ 1º - São estratégias prioritárias a qualificação e a educação permanente de profissionais para promover uma assistência obstétrica de qualidade e realizada por pessoal qualificado.

§ 2º - O parágrafo primeiro do artigo 24 desta Lei não exclui o direito de opção da mulher por um parto domiciliar, devendo os profissionais e os serviços de saúde atender a mulher e a seu neonato em casos de complicações e sempre que solicitados.

### **TÍTULO III DO CONTROLE DOS ÍNDICES DE CESARIANAS E DAS BOAS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS**

**Art. 25** – Os índices de cesarianas nas instituições ou estabelecimentos obstétricos públicos ou privados de saúde suplementar não deve ultrapassar a média preconizada pela Organização Mundial da Saúde, pactuada com o Poder Executivo Federal em valores e períodos definidos pelo Ministério da Saúde, exceto em hospitais-maternidades de renomada referência setorial que possuam maior demanda de atendimentos de alto risco, que deverão pactuar oficialmente seus próprios índices.

**Art. 26** – Serão criadas e regulamentadas por meio de portaria as Comissões de Monitoramento do Índice de Cesarianas e das Boas Práticas Obstétricas – CMICBPO, representativas das esferas estadual, municipal e institucional, compreendendo esta última qualquer instituição ou estabelecimento obstétrico público ou privado de saúde suplementar.

§ 1º - Cada uma das CMICBPO terá por finalidade realizar o controle, o monitoramento e a mobilização social de profissionais e instituições para a redução dos índices de cesariana no país.

§ 2º - As CMICBPO municipais e as institucionais serão coordenadas, em seu âmbito, pela respectiva CMICBPO estadual.

§ 3º - Cada CMICBPO terá a seguinte composição mínima:

I – um(a) presidente, representado(a) por profissional de saúde de nível superior da gestão estadual, municipal ou institucional;

II – um(a) secretário(a), representado(a) por profissional de saúde de nível médio ou superior, oriundo(a) dos quadros das Secretarias estadual e municipal de saúde;

III – um(a) representante popular da área de saúde ou correlata, com atuação na área de direitos humanos e na desmedicalização em saúde, representando a comunidade, a coletividade e a sociedade civil.

§ 4º - As CMICBPO poderão ter, se for o caso, 02 Secretários(as), 02 Representantes Populares e 02 Membros Diretores, sendo que estes dois últimos deverão ser profissionais da assistência obstétrica.

§ 5º - As CMICBPO são formadas pelo mínimo de 03 (três) e máximo de 07 (sete) integrantes.

§ 6º - Os membros das CMICBPO serão escolhidos democraticamente pelos gestores estadual, municipal e institucional, para permanência pelo prazo de vinte e quatro meses, podendo tal prazo ser renovado por uma única vez.

§ 7º - O caráter participativo na CMICBPO é voluntário e sem fins lucrativos, podendo ser remanejados profissionais de instituições, órgãos, setores e secretarias conforme sua carga horária de trabalho.

§ 8º - As CMICBPO começam a ser formadas a partir da promulgação desta Lei e permanecerão vigentes até que o país adeque suas taxas nacionais de cesariana aos valores preconizados pela OMS, e reduzam a índices mínimos os eventos de violência obstétrica, atendendo a padrões internacionais de qualidade dos serviços obstétricos.

§ 9º - Os membros das CMICBPO devem reunir-se periodicamente nos níveis institucional, municipal e estadual, em caráter ordinário a ser estabelecido conforme rotina e calendário previamente agendado e pactuado, e em caráter extraordinário, quando necessário e solicitado por seus Presidentes, bem como em encontros nacionais, sempre que convocados pelo Ministério da Saúde.

§ 10 - As reuniões dos membros das CMICBPO ocorrerão de forma independente e interdependente, devendo haver reuniões individuais nas instituições, e coletivas nas secretarias municipais e, ao final de cada período, nas secretarias estaduais, para elaboração, apresentação e divulgação, por meio de relatório consolidado, dos dados referentes aos índices de cesarianas averiguados, com posterior encaminhamento ao Ministério da Saúde.

§ 11 - No relatório de que trata o parágrafo 10 do artigo 26 desta Lei deverão constar ações que devem ser desenvolvidas ou que já estão implantadas para monitorar, avaliar, controlar e mobilizar, por meio de educação permanente, os profissionais das instituições estaduais e municipais que ultrapassaram o limite de que trata o artigo 25 desta Lei.

§ 12 - As instituições que ultrapassarem o valor limite de índices de cesarianas no período avaliado pela CMICBPO serão comunicadas em caráter de alerta, devendo esta oferecer suporte gerencial para auxiliar a instituição na redução de seus índices, cabendo-lhe realizar parcerias com entidades de classe e filantrópicas, associações científicas e profissionais, universidades, órgãos públicos, dentre outros que compõem a Rede Social de Apoio.

§ 13 - Em caso de continuidade, pelo terceiro período consecutivo, do limite ultrapassado, a CMICBPO notificará a instituição e iniciará uma sindicância para investigar as causas clínico-obstétricas e os profissionais responsáveis pelos índices elevados.

§ 14 - Para a completa execução da sindicância de que trata o parágrafo 13 deste artigo, a CMICBPO deverá entrevistar as próprias mulheres nas quais foram realizadas as cirurgias, incluindo a necessidade de visitas domiciliares, bem como os(as) profissionais que as praticaram, incluindo a necessidade de visitas a clínicas, consultórios e ambulatórios prenatalistas.

§ 15 - Ao final da sindicância, a CMICBPO produzirá um relatório pormenorizado, público e de livre acesso, que identifique as causas, os(as) profissionais responsáveis, os fatores de risco e os dados epidemiológicos relacionados à elevação dos índices de cesarianas na instituição, contendo, se for o caso, relatos de práticas de eventos violentos contrários à humanização do parto. Tal relatório deve conter recomendações, ações e metas que auxiliem o sindicato a reduzir seus

índices de cesarianas e a violência obstétrica, todos de acordo com as Boas Práticas para a Humanização do Nascimento e com as determinações apresentadas por esta Lei.

§ 16 - A instituição, o município ou o Estado sindicado por sua CMICBPO deve atender às determinações desta nos prazos estabelecidos, tendo o período de 90 (noventa) dias para reduzir inicialmente seus índices de cesarianas, findo o qual a instituição será novamente monitorada em, caso a instituição sindicada não tiver apresentado redução em seus índices, a CMICBPO respectiva deverá encaminhar denúncia, por escrito e fundamentada, ao Ministério Público, em instância competente, indicando, conforme o caso, uma das seguintes punições:

I - suspensão temporária de financiamento público para a realização de cesarianas, para instituições pertencentes ao Sistema Único de Saúde (SUS) ou a ele vinculadas, por um prazo inicial de 30 (trinta) dias, podendo esta suspensão ser mantida por tempo indefinido ou revogada, de acordo com parecer circunstanciado da CMICBPO;

II - proibição temporária de realização de cesarianas, para instituições privadas ou filantrópicas, por um prazo inicial de 30 dias, podendo esta proibição ser mantida indefinidamente ou revogada, de acordo com parecer da CMICBPO.

**Art. 27** - Para o cumprimento desta Lei, a CMICBPO:

I - realizará monitoramento constante dos registros cirúrgicos e do descumprimento dos princípios e das diretrizes obstétricas previstas nesta Lei;

II - afixará cópia das decisões e atos do Ministério Público e/ou do Poder Judiciário em local público e visível da instituição;

III – solicitará auxílio técnico de entidades da sociedade civil e conselhos profissionais.

#### **TÍTULO IV DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

**Art. 28** - A observação dos dispositivos desta Lei pelos e pelas profissionais e instituições de saúde e o atendimento aos princípios nela expostos independem da criação e início de funcionamento das Comissões de Monitoramento do Índice de Cesarianas e das Boas Práticas Obstétricas – CMICBPO.

**Art. 29** - As instituições e os/as profissionais que não cumprirem o estabelecido nesta Lei responderão no âmbito civil, penal e administrativo por suas ações e/ou omissões.

**Art. 30** - O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implantação desta Lei.

**Art. 31** - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

## JUSTIFICATIVA

Pesquisa divulgada pela Fundação Perseu Abramo – SESC sobre “Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado” revelou inúmeras queixas em relação aos procedimentos dolorosos realizados pelos profissionais de saúde antes, durante e após o parto, sem consentimento da gestante e/ou sem a prestação das devidas informações. As denúncias vão desde a falta de analgesia, passando por negligência médica, até diversas formas de violência contra as parturientes.

Essa pesquisa também revelou que 25% das mulheres entrevistadas sofreram algum tipo de agressão durante a gestação, em consultas pré-natais ou durante o parto. O assunto teve ainda mais repercussão quando várias mulheres, ao terem acesso aos dados da pesquisa, confirmaram ter passado por situação semelhante durante o parto de seu(s) filho(s).

Dados e informações constantes do dossiê elaborado em 2012 pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres alertam que o Brasil lidera o ranking mundial de cesarianas e propõem uma redução nessa taxa para que o país possa se adequar às recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), que estabelecem que até 15% dos nascimentos podem ser operatórios.

A realidade mostra que mulheres foram e continuam sendo submetidas a procedimentos cirúrgicos sem justificativa clínica e sem esclarecimento adequado acerca dos riscos e complicações inerentes a tais procedimentos.

No recente seminário “FACES DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER”, ministrado por esta Comissão de Direitos Humanos e Minorias, tivemos a oportunidade de ouvir sérias e respeitáveis explicações acerca da violência obstétrica, que leva, não raras vezes, ao óbito da parturiente e de seu bebê.

Em que pese a existência de regulamentações técnicas do Poder Executivo acerca do funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal, aplicáveis aos serviços de saúde no país que exercem atividades de atenção obstétrica e

neonatal, sejam públicos, privados, civis ou militares, o cenário de violência obstétrica mostra-se constante, ao passo em que o bom atendimento obstétrico é considerado raro e não faz parte da rotina da assistência ao parto.

Há de ser feito, pois, um esforço concentrado para combater a violência obstétrica praticada pelos profissionais da saúde, que se traduz em toda a sorte de violações, dentre as quais podemos citar: negligência, imprudência, abuso sexual, violência física e verbal, ameaças, repreensões, humilhação, realização de exames dolorosos e contraindicados, passando por xingamentos grosseiros com viés discriminatório quanto à classe social ou cor da pele, por exemplo.

Aliado ao acima exposto, corroboram com a presente iniciativa:

- a) A Declaração ou Carta de Fortaleza/Ceará, de 1985, com as “Recomendações da Organização Mundial de Saúde sobre o Nascimento” quanto às boas práticas;
- b) O Tratado Internacional adotado pela Resolução 34/180 da Assembleia Geral das Nações Unidas em 18/12/1979 e ratificado pelo Brasil e em 01/02/1984 (Convenção do Pará) – Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (CEDAW);
- c) O direito humano da parturiente no que tange à sua integridade pessoal, liberdade e consciência, protegido pela Convenção Americana de Direitos Humanos (Pacto de San Jose da Costa Rica) de 22/11/1969, ratificada pelo Brasil em 25/09/1992, especialmente abarcando os seguintes direitos: direito à liberdade pessoal; direito à liberdade de consciência; direito à proteção da família;
- d) A Portaria Ministerial nº 569, de 01/06/2000, que institui no Sistema Único de Saúde (SUS) o Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento, bem como a Portaria Interministerial nº 2.669, de 03/11/2009, que define metas e objetivos para a redução da mortalidade materna e infantil no Pacto pela Vida;
- e) O Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, de 08/03/2004;
- f) A Portaria da Presidência da República nº 1.459, de 24/06/2011, que institui no Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha,
- g) A Portaria nº 1.459/2011 do Ministério da Saúde, que instituiu o programa

nacional “Rede Cegonha”, cujos princípios e objetivos são adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, e da assistência à criança;

- h) A iniciativa “Hospitais Amigos da Criança” da Unicef/ONU e do Programa Nacional “Amamenta Brasil” instituído pela Portaria nº 2.799/2008 do Ministério da Saúde;
- i) A Lei 11.108/2005, denominada Lei do Acompanhante.

Pela relevância da temática e, ainda, como forma de coibir toda e qualquer violência contra a mulher, conto com os nobres Pares para a aprovação deste Projeto de Lei, que busca tratar da humanização da assistência à mulher e ao conceito, bem como de seus direitos no ciclo gravídico-puerperal, quer seja pela realidade mostrada pelos relatos de óbitos de parturientes e seus bebês, quer seja pela dificuldade de colocar-se efetivamente em prática uma política nacional atenta às recomendações e tratados internacionais dos quais o Brasil faz parte.

Sala das Sessões, em 27 de maio de 2014.

**JEAN WYLLYS**

Deputado Federal PSOL/RJ

<p><b>LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI</b></p>
---

**LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**

Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

.....

TÍTULO II  
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

.....

CAPÍTULO VIII  
DA ASSISTÊNCIA TERAPÊUTICA E DA INCORPORAÇÃO  
DE TECNOLOGIA EM SAÚDE

*(Capítulo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em*

vigor 180 dias após a publicação)

Art. 19-Q. A incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS.

§ 1º A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, cuja composição e regimento são definidos em regulamento, contará com a participação de 1 (um) representante indicado pelo Conselho Nacional de Saúde e de 1 (um) representante, especialista na área, indicado pelo Conselho Federal de Medicina.

§ 2º O relatório da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS levará em consideração, necessariamente:

I - as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo, acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso;

II - a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas, inclusive no que se refere aos atendimentos domiciliar, ambulatorial ou hospitalar, quando cabível. (Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação)

Art. 19-R. A incorporação, a exclusão e a alteração a que se refere o art. 19-Q serão efetuadas mediante a instauração de processo administrativo, a ser concluído em prazo não superior a 180 (cento e oitenta) dias, contado da data em que foi protocolado o pedido, admitida a sua prorrogação por 90 (noventa) dias corridos, quando as circunstâncias exigirem.

§ 1º O processo de que trata o *caput* deste artigo observará, no que couber, o disposto na Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999, e as seguintes determinações especiais:

I - apresentação pelo interessado dos documentos e, se cabível, das amostras de produtos, na forma do regulamento, com informações necessárias para o atendimento do disposto no § 2º do art. 19-Q;

II - (VETADO);

III - realização de consulta pública que inclua a divulgação do parecer emitido pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS;

IV - realização de audiência pública, antes da tomada de decisão, se a relevância da matéria justificar o evento.

§ 2º ( VETADO). (Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação)

## LEI Nº 11.108, DE 7 DE ABRIL DE 2005

Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

O VICE-PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no exercício do cargo de PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º O Título II "Do Sistema Único de Saúde" da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar acrescido do seguinte Capítulo VII "Do Subsistema de

Acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato", e dos arts. 19-J e 19-L:

**"CAPÍTULO VII  
DO SUBSISTEMA DE ACOMPANHAMENTO  
DURANTE O TRABALHO DE PARTO, PARTO  
E PÓS-PARTO IMEDIATO**

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente.

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo.

Art. 19-L. (VETADO)"

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 7 de abril de 2005; 184º da Independência e 117º da República.

JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA  
Luiz Paulo Teles Ferreira Barreto  
Humberto Sérgio Costa Lima

**LEI Nº 11.634, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2007**

Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde.

**O P R E S I D E N T E D A R E P Ú B L I C A**

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Toda gestante assistida pelo Sistema Único de Saúde - SUS tem direito ao conhecimento e à vinculação prévia à:

I - maternidade na qual será realizado seu parto;

II - maternidade na qual ela será atendida nos casos de intercorrência pré-natal.

§ 1º A vinculação da gestante à maternidade em que se realizará o parto e na qual será atendida nos casos de intercorrência é de responsabilidade do Sistema Único de Saúde e dar-se-á no ato de sua inscrição no programa de assistência pré-natal.

§ 2º A maternidade à qual se vinculará a gestante deverá ser comprovadamente apta a prestar a assistência necessária conforme a situação de risco gestacional, inclusive em situação de puerpério.

Art. 2º O Sistema Único de Saúde analisará os requerimentos de transferência da gestante em caso de comprovada falta de aptidão técnica e pessoal da maternidade e cuidará da transferência segura da gestante.

Art. 3º A execução desta Lei correrá por conta de recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de

outras fontes suplementares.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 27 de dezembro de 2007; 186º da Independência e 119º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Márcia Bassit Lameiro Costa Mazzoli

### **DECRETO Nº 1.973, DE 1º DE AGOSTO DE 1996**

Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso das atribuições que lhe confere o Art. 84, inciso VIII, da Constituição, e

Considerando que a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, foi concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994;

Considerando que a Convenção ora promulgada foi oportunamente submetida ao Congresso Nacional, que a aprovou por meio do Decreto Legislativo nº 107, de 31 de agosto de 1995; Considerando que a Convenção em tela entrou em vigor internacional em 3 de março de 1995;

Considerando que o Governo brasileiro depositou a Carta de Ratificação do instrumento multilateral em epígrafe em 27 de novembro de 1995, passando o mesmo a vigorar, para o Brasil, em 27 de dezembro de 1995, na forma de seu artigo 21,

DECRETA:

Art. 1º. A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994, apensa por cópia ao presente Decreto, deverá ser executada e cumprida tão inteiramente como nela se contém.

Art. 2º. O presente Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 1º de agosto de 1996; 175º da Independência e 108º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Luiz Felipe Lampreia

#### **ANEXO AO DECRETO QUE PROMULGA A CONVENÇÃO INTERAMERICANA PARA PREVINIR, PUNIR E ERRADICAR A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER". CONVENÇÃO DE BELÉM DO PARÁ" /MRE.**

Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher

" Convenção de Belém do Pará"

Os Estados Partes nesta Convenção,

Reconhecendo que o respeito irrestrito aos direitos humanos foi consagrado na Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem e na Declaração Universal dos Direitos Humanos e reafirmando em outros instrumentos internacionais e regionais,

Afirmando que a violência contra a mulher constitui violação dos direitos humanos e liberdades fundamentais e limita todas ou parcialmente a observância, gozo e exercício de tais direitos e liberdades;

Preocupados por que a violência contra a mulher constitui ofensa contra a dignidade humana e é manifestação das relações de poder historicamente desiguais entre mulheres e homens;

Recordando a Declaração para a Erradicação da Violência contra Mulher, aprovada na Vigésima Quinta Assembléia de Delegadas da Comissão Interamericana de Mulheres, e afirmando que a violência contra a mulher permeia todos os setores da sociedade, independentemente de classe, raça ou grupo étnico, renda, cultura, idade ou religião, e afeta negativamente suas próprias bases;

Convencidos de que a eliminação da violência contra a mulher é condição indispensável para seu desenvolvimento individual e social e sua plena e igualitária participação em todas as esferas de vida; e

Convencidos de que a adoção de uma convenção para prevenir e erradicar todas as formas de violência contra a mulher, no âmbito da Organização dos Estados Americanos, constitui positiva contribuição no sentido de proteger os direitos da mulher e eliminar as situações de violência contra ela,

Convieram no seguinte:

## CAPÍTULO I DEFINIÇÃO E ÂMBITO DE APLICAÇÃO

### Artigo 1

Para os efeitos desta Convenção, entender-se-á por violência contra a mulher qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada.

### Artigo 2

Entende-se que a violência contra a mulher abrange a violência física, sexual e psicológica:

a) ocorrido no âmbito da família ou unidade doméstica ou em qualquer relação interpessoal, quer o agressor compartilhe, tenha compartilhado ou não a sua residência, incluindo-se, entre outras formas, o estupro, maus-tratos e abuso sexual;

b) ocorrida na comunidade e comedita por qualquer pessoa, incluindo, entre outras formas, o estupro, abuso sexual, tortura, tráfico de mulheres, prostituição forçada, seqüestro e assédio sexual no local de trabalho, bem como em instituições educacionais, serviços de saúde ou qualquer outro local; e

c) perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agente, onde quer que ocorra.

## DECRETO Nº 678, DE 6 DE NOVEMBRO DE 1992

Promulga a Convenção Americana sobre  
Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa  
Rica), de 22 de novembro de 1969.

O VICE-PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no exercício do cargo de PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso VIII, da Constituição, e

Considerando que a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica), adotada no âmbito da Organização dos Estados Americanos, em São José da Costa Rica, em 22 de novembro de 1969, entrou em vigor internacional em 18 de julho de 1978, na forma do segundo parágrafo de seu art. 74;

Considerando que o Governo brasileiro depositou a carta de adesão a essa convenção em 25 de setembro de 1992; Considerando que a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica) entrou em vigor, para o Brasil, em 25 de setembro de 1992, de conformidade com o disposto no segundo parágrafo de seu art. 74;

DECRETA:

Art. 1º. A Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica), celebrada em São José da Costa Rica, em 22 de novembro de 1969, apensa por cópia ao presente decreto, deverá ser cumprida tão inteiramente como nela se contém.

Art. 2º. Ao depositar a carta de adesão a esse ato internacional, em 25 de setembro de 1992, o Governo brasileiro fez a seguinte declaração interpretativa: "O Governo do Brasil entende que os arts. 43 e 48, alínea d, não incluem o direito automático de visitas e inspeções in loco da Comissão Interamericana de Direitos Humanos, as quais dependerão da anuência expressa do Estado".

Art. 3º. O presente decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de novembro de 1992; 171º da Independência e 104º da República.

ITAMAR FRANCO

Fernando Henrique Cardoso

## ANEXO AO DECRETO QUE PROMULGA A CONVENÇÃO AMERICANA SOBRE DIREITOS HUMANOS (PACTO DE SÃO JOSE DA COSTA RICA) - MRE

### CONVENÇÃO AMERICANA SOBRE DIREITOS HUMANOS

#### PREÂMBULO

Os Estados americanos signatários da presente Convenção, Reafirmando seu propósito de consolidar neste Continente, dentro do quadro das instituições democráticas, um regime de liberdade pessoal e de justiça social, fundado no respeito dos direitos essenciais do homem;

Reconhecendo que os direitos essenciais do homem não deviam do fato de ser ele nacional de determinado Estado, mas sim do fato de ter como fundamento os atributos da pessoa humana, razão por que justificam uma proteção internacional, de natureza convencional, coadjuvante ou complementar da que oferece o direito interno dos Estados americanos;

Considerando que esses princípios foram consagrados na Carta da Organização dos Estados Americanos, na Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem e na Declaração Universal dos Direitos do Homem e que foram reafirmados e desenvolvidos em outros instrumentos internacionais, tanto de âmbito mundial como regional;

Reiterando que, de acordo com a Declaração Universal dos Direitos do Homem, só pode ser realizado o ideal do ser humano livre, isento do temor e da miséria, se forem criadas condições que permitam a cada pessoa gozar dos seus direitos econômicos, sociais e culturais, bem como dos seus direitos civis e políticos; e

Considerando que a Terceira Conferência Interamericana Extraordinária (Buenos Aires, 1967) aprovou a incorporação à próprias sociais e educacionais e resolveu que uma convenção interamericana sobre direitos humanos determinasse a estrutura, competência e processo dos órgãos encarregados dessa matéria,

Convieram no seguinte:

#### PARTE I

## DEVERES DOS ESTADOS E DIREITOS PROTEGIDOS

### CAPÍTULO I ENUMERAÇÃO DE DEVERES

#### Artigo 1

##### Obrigação de Respeitar os Direitos

1. Os Estados-Partes nesta Convenção comprometem-se a respeitar os direitos e liberdades nela reconhecidos e a garantir seu livre e pleno exercício a toda pessoa que esteja sujeita à sua jurisdição, sem discriminação alguma por motivo de raça, cor, sexo, idioma, religião, opiniões políticas ou de qualquer outra natureza, origem nacional ou social, posição econômica, nascimento ou qualquer outra condição social.

2. Para os efeitos desta Convenção, pessoa é todo ser humano.

#### Artigo 2

##### Dever de Adotar Disposições de Direito Interno

Se o exercício dos direitos e liberdades mencionados no artigo no artigo 1 ainda não estiver garantido por disposições legislativas ou de outra natureza, os Estados-Partes comprometem-se a adotar, de acordo com as suas normas constitucionais e com as disposições desta Convenção, as medidas legislativas ou de outras natureza que forem necessárias para tornar efetivos tais direitos e liberdades.

.....

.....

### **PORTARIA Nº 569, DE 1º DE JUNHO DE 2000**

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais,

Considerando que o acesso das gestantes e recém-nascidos a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto, puerpério e período neonatal são direitos inalienáveis da cidadania;

Considerando a necessidade de ampliar os esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna, perinatal e neonatal registradas no país;

Considerando a necessidade de adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência neonatal;

Considerando a necessidade de complementar as medidas já adotadas pelo Ministério da Saúde no sentido de aprimorar a assistência à saúde da gestante, como a implantação das redes de assistência à gestação de alto risco, o incremento do custeio e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes;

Considerando a necessidade de prosseguir na política de estimular o aprimoramento do sistema de assistência à saúde da gestante, integrando e regulando o atendimento à gestação e ao parto nos níveis ambulatorial básico e especializado, o acompanhamento pré-natal, o atendimento pré e inter-hospitalar, o atendimento hospitalar e ainda o controle de leitos obstétricos, como forma de garantir a integralidade assistencial;

Considerando a necessidade de adotar medidas que possibilitem o avanço da organização e regulação do sistema de assistência à gestação e ao parto, estabelecendo ações que integrem todos os níveis desta assistência, definindo mecanismos de regulação e criando os fluxos de referência e contra-referência que garantam o adequado atendimento à gestante, ao parto e ao recém-nascido;

Considerando a necessidade de estimular o processo de regulação da assistência

obstétrica e neonatal baseado na implantação de Centrais de Regulação Obstétrica e Neonatal nos níveis estadual, regional e municipal, como um instrumento ordenador e orientador da atenção à saúde da gestante e do recém-nascido, com o princípio fundamental de incrementar o desenvolvimento da capacidade do poder público de gerir o sistema e de responder, de forma rápida, qualificada e integrada, às demandas de saúde oriundas deste grupo populacional específico, em seus diferentes níveis e etapas do processo assistencial, resolve:

Art. 1º Instituir o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único. O Programa objeto deste Artigo será executado de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, municípios e do Distrito Federal e tem por objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a estas ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Art. 2º Estabelecer os seguintes princípios e diretrizes para a estruturação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento:

a-toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;

b-toda gestante tem direito ao acompanhamento pré-natal adequado de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo I desta Portaria;

c-toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;

d-toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo II desta Portaria;

e-todo recém-nascido tem direito à adequada assistência neonatal;

f-as autoridades sanitárias dos âmbitos federal, estadual e municipal são responsáveis pela garantia dos direitos enunciados nas alíneas acima.

.....  
 .....

## **PORTARIA Nº 1.067, DE 4 DE JULHO DE 2005**

*Tornado insubsistente pelo(a) Portaria 2.442/2005/MS*

*Suspensão(a), por até 30 dias conforme Portaria 1.187/2005/MS*

Institui a Política Nacional de Atenção  
Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e Considerando os resultados da análise da situação da atenção obstétrica e neonatal no Brasil, realizada por grupo técnico instituído por meio da Portaria nº 151/GM, de 4 de fevereiro de 2004;

Considerando a proposta para melhoria da qualidade da atenção obstétrica e neonatal no País, elaborada pelo referido grupo técnico;

Considerando a necessidade de ampliar os esforços para alcance das metas estabelecidas pelo Pacto Nacional pela redução da Mortalidade Materna e Neonatal, lançado pelo Ministério da Saúde no ano de 2004;

Considerando que a atenção obstétrica e neonatal humanizada e de qualidade é direito da mulher e do recém-nascido;

Considerando a necessidade de adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto

e puerpério e da assistência neonatal;

Considerando a necessidade de estimular o aprimoramento do sistema de atenção à saúde da mulher e do recém-nascido, integrando e regulando o atendimento à gestação, ao parto e ao nascimento, nos níveis ambulatorial básico e especializado, o atendimento pré e inter-hospitalar, o atendimento hospitalar e ainda o controle de leitos obstétricos e neonatais, como forma de garantir a integralidade da atenção; e

Considerando a necessidade de adotar medidas que possibilitem o avanço da organização e a regulação do sistema de atenção à gestação e ao parto, estabelecendo ações que integrem todos os níveis de complexidade, definindo mecanismos de regulação e criando os fluxos de referência e contra-referência que garantam o adequado atendimento à gestante, à parturiente, à puérpera e ao recém-nascido, resolve:

Art. 1º Instituir a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único. A Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal será executada conjuntamente pelo Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal e tem por objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a essas ações, o incremento da qualidade da assistência obstétrica e neonatal, bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Art. 2º Estabelecer os seguintes princípios e diretrizes para a estruturação da Política de Atenção Obstétrica e Neonatal:

I - toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;

II - toda gestante tem direito ao acompanhamento pré-natal adequado de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo I desta Portaria;

III - toda gestante tem direito de conhecer e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;

IV - toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que essa seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo I desta Portaria;

V - todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura;

VI - toda mulher e recém-nascido em situação de intercorrência obstétrica e neonatal tem direito a atendimento adequado e seguro de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo I desta Portaria;

VII - as autoridades sanitárias dos âmbitos federal, estadual e municipal são responsáveis pela garantia dos direitos enunciados nos incisos acima; e

VIII - toda gestante tem o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto e pós-parto imediato de acordo com a Lei nº 11.108/05.

.....  
 .....  
**PORTARIA Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011**

Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde  
 - SUS - a Rede Cegonha.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005, que garante as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do SUS;

Considerando a Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e à vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS;

Considerando que os indicadores de mortalidade materna e infantil no Brasil ainda são elevados, principalmente em relação aos países mais desenvolvidos;

Considerando o compromisso internacional assumido pelo Brasil de cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, em especial as metas quatro e cinco;

Considerando a Portaria nº 569/GM/MS, de 01 de junho de 2000 que institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, e nº 699, de 30 de março de 2006, que, respectivamente, "aprova as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde" e "regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão";

Considerando as prioridades, os objetivos e as metas do Pacto pela Vida, definidos pela Portaria nº 2669/GM/MS, de 03 de novembro de 2009, entre os quais está a redução da mortalidade materna e infantil;

Considerando o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, lançado em 08 de março de 2004, que visa monitorar a implementação de ações de proteção à saúde da criança e da mulher;

Considerando os compromissos firmados no Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e na Amazônia Legal, no âmbito do Compromisso para Acelerar a Redução da Desigualdade na Região Nordeste e na Amazônia Legal lançado pela Presidência da República em 2009;

Considerando a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção a Saúde no âmbito do SUS;

Considerando a reunião de pactuação na CIT ocorrida em 28 de abril de 2011;

Considerando a necessidade de adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança, resolve:

Art. 1º A Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, denominada Rede Cegonha.

Art. 2º A Rede Cegonha tem como princípios:

I - o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos;

II - o respeito à diversidade cultural, étnica e racial;

III - a promoção da equidade;

IV - o enfoque de gênero;

V - a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes;

VI - a participação e a mobilização social; e

VII - a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados.

.....  
 .....

## RESOLUÇÃO-RDC Nº 36, DE 3 DE JUNHO DE 2008

Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso da atribuição que lhe confere o inciso IV do art. 11 do Regulamento aprovado pelo Decreto Nº 3.029, de 16 de abril de 1999, e tendo em vista o disposto no inciso II e nos §§ 1º e 3º do art.54 do Regimento Interno aprovado nos termos do Anexo I da Portaria Nº 354 da Anvisa, de 11 de agosto de 2006, republicada no DOU de 21 de agosto de 2006, em reunião realizada em 29 de maio de 2008, e considerando as disposições constitucionais e a Lei Federal n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que trata das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde como direito fundamental do ser humano;

considerando o disposto na Lei n. 9.782, de 26 de janeiro de 1999, que define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e dá outras providências, e que em seu artigo 7º, parágrafos II e XIV estabelece a competência da Anvisa para regulamentar, controlar e fiscalizar produtos e serviços que envolvam risco à saúde pública;

considerando a Lei n. 9.656, de 03 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde e que, em seu Art. 17, § 3º, imputa responsabilidades às operadoras de planos de saúde, nos casos de descumprimento das normas sanitárias em vigor por prestadores de serviço de saúde, que façam parte de sua rede credenciada;

considerando o lançamento do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, em 08 de março de 2004, pela Presidência da República e o disposto na Portaria MS/GM n. 399, de 22 de fevereiro de 2006, que aprova o Pacto pela Saúde 2006 e estabelece como metas a redução da mortalidade infantil e materna;

considerando que parto e nascimento são acontecimentos de cunho familiar, social, cultural e preponderantemente fisiológico;

considerando a Política de Humanização do Parto e Nascimento, instituída pela Portaria GM/MS n. 569, de 01 de junho de 2000, e a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão da Saúde, implementada pelo Ministério da Saúde em 2003;

considerando a necessidade de instrumentalizar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e estabelecer parâmetros para funcionamento e avaliação dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal;

considerando que as ações de vigilância sanitária são indelegáveis e intransferíveis, exercidas por autoridade sanitária Federal, Estadual, do Distrito Federal e Municipal, que terá livre acesso aos estabelecimentos e aos ambientes sujeitos ao controle sanitário de que trata esse regulamento;

considerando a Portaria Anvisa n. 26, de 12 de janeiro de 2007, que instituiu o Grupo de Trabalho para discussão e apresentação de propostas para o funcionamento dos Serviços de Atenção ao Parto e Nascimento e a publicação da Consulta Pública da Anvisa n.109, de 14 de novembro de 2007, que definiu prazo de 90 dias para que fossem apresentadas críticas e sugestões relativas ao documento proposto, adota a seguinte Resolução da Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

Art. 1º Aprovar a Resolução que regulamenta o funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal e seus anexos.

Art. 2º Estabelecer que a construção, reforma ou adaptação na estrutura física dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal deve ser precedida de avaliação e aprovação do projeto físico junto à autoridade sanitária local, em conformidade com a RDC/Anvisa n.50, de

21 de fevereiro de 2002, e RDC/Anvisa n. 189, de 18 de julho de 2003.

Parágrafo único. Os itens da RDC/Anvisa n. 50, de 21 de fevereiro de 2002, referentes à atenção obstétrica e neonatal passam a vigorar conforme o Anexo II desta Resolução.

.....

.....

## **PORTARIA Nº 2.669, DE 3 DE NOVEMBRO DE 2009**

Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010 - 2011.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições previstas no inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde, instituídas pela Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, segundo as quais o Pacto pela Vida se traduz no compromisso entre os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira;

Considerando que o monitoramento do Pacto pela Saúde deve ser orientado pelos indicadores, objetivos, metas e responsabilidades que compõem o Termo de Compromisso de Gestão, conforme instituído no art. 14 da Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006;

Considerando a Portaria nº 3.176/GM, de 24 de dezembro de 2008, que aprova orientações acerca da elaboração, da aplicação e do fluxo do Relatório Anual de Gestão; e

Considerando a decisão do Plenário da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de pactuação do documento "Interface dos Instrumentos do Sistema de Planejamento e dos Instrumentos de Pactuação do SUS", em reunião ocorrida dia 27 de agosto de 2009, resolve:

Art. 1º As prioridades do Pacto pela Saúde, no componente Pacto pela Vida, para o biênio 2010 - 2011 serão as seguintes:

- I - atenção à saúde do idoso;
- II - controle do câncer de colo de útero e de mama;
- III - redução da mortalidade infantil e materna;
- IV - fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite e aids;
- V - promoção da saúde;
- VI - fortalecimento da atenção básica;
- VII - saúde do trabalhador;
- VIII - saúde mental;
- IX - fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência;
- X - atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência; e
- XI - saúde do homem.

Art. 2º Define-se o conjunto de prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, para o biênio 2010-2011, conforme Anexo a esta Portaria.

§ 1º As prioridades, objetivos, metas e indicadores dos Pactos pela Vida e de Gestão representarão o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que

impactam nas condições de saúde da população.

§ 2º O documento de orientações acerca dos indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, estará disponível no endereço eletrônico: [www.saude.gov.br/sispacto](http://www.saude.gov.br/sispacto).

.....

.....

**PORTARIA Nº 2.799, DE 18 DE NOVEMBRO DE 2008**  
*Revogada pela Portaria 1920/2013/MS*

Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde  
- SUS -, a Rede Amamenta Brasil.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art.87 da Constituição, e Considerando as prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida em 2008, definidos pela Portaria GM/MS nº 325, de 21 de fevereiro de 2008, entre os quais estabelece a redução da mortalidade materna e infantil;

Considerando a Política Nacional de Atenção Básica definida por meio da Portaria GM/MS nº 648, de 28 de março de 2006, que estabelece como princípios da Atenção Básica a universalidade, a acessibilidade, a integralidade, o vínculo, a responsabilização, a equidade, a humanização, a longitudinalidade e a coordenação do cuidado;

Considerando o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, lançado em 8 de março de 2004, que visa monitorar o cumprimento das ações de proteção à saúde da criança e da mulher;

Considerando o compromisso internacional assumido pelo Brasil de cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, em especial o quarto Objetivo, cuja meta é a redução em dois terços da mortalidade de crianças menores de cinco anos, no período de 1990 e 2015;

Considerando a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher -PNDS/2006, que revela que os índices de aleitamento materno no Brasil estão bem abaixo do recomendado;

Considerando ser o aleitamento materno importante estratégia de vínculo entre mãe e filho e de proteção e promoção da saúde da criança e da mãe, cujo sucesso tem implicação direta na redução da mortalidade materna e infantil;

Considerando a existência da Iniciativa Hospital Amigo da Criança e da Rede de Bancos de Leite Humano como marcos importantes da promoção do aleitamento materno com foco na atenção hospitalar; e

Considerando a necessidade de fomentar as ações de promoção do aleitamento materno nas unidades básicas de saúde, postos de saúde, centros de saúde e unidades de saúde da família, resolve:

Art. 1º Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS -, a Rede Amamenta Brasil, com o objetivo de contribuir para a redução da mortalidade materna e infantil através do aumento dos índices de aleitamento materno no Brasil.

Parágrafo único. A Rede Amamenta Brasil se constitui numa estratégia de promoção, proteção e apoio à prática do aleitamento materno na Atenção Básica, por meio de revisão e supervisão do processo de trabalho interdisciplinar nas unidades básicas de saúde.

Art. 2º A Rede Amamenta Brasil será formada pelo conjunto das unidades básicas de saúde que cumprirem os critérios de inclusão definidos no Caderno de Tutores a ser publicados pela Rede.

.....

.....

# PROJETO DE LEI N.º 3.455, DE 2015

(Do Sr. Décio Lima)

Altera a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990.

**DESPACHO:**  
APENSE-SE À(AO) PL-5304/2013.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O *caput* do artigo 19-J da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante e de uma doula durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato”.(NR)

Art. 2º. O artigo 19-J da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 passa a vigorar acrescido do seguinte § 2º, renumerando-se os demais:

“§ 2º. Em todos os casos, é vedado às doulas a realização de procedimentos médicos ou clínicos, bem como procedimentos de enfermagem e da enfermeira obstétrica como aferir pressão, avaliação de progressão do trabalho de parto, monitoração de batimentos cardíacos fetais, administração de medicamentos, prescrever métodos não farmacológicos entre outros. Mesmo que estejam legalmente aptos a fazê-lo.

Art. 3º. Esta lei entra em vigor cento e oitenta dias após sua publicação.

## JUSTIFICAÇÃO

A humanização do parto constitui uma estratégia que reduz o gravíssimo problema social e de saúde pública que é a morte materna. Várias iniciativas já adotadas, como a permissão, inscrita na Lei Orgânica de Saúde, do

acompanhamento à gestante, têm provado ser extremamente eficazes para conferir segurança e tranquilidade em momentos cruciais como parto e puerpério.

Da mesma forma que a presença do acompanhante, vem sendo comprovado o imenso benefício da atuação de doulas na preparação para o parto e durante sua realização. Surgem dia a dia estudos demonstrando a efetividade de seu trabalho, que concorre para a diminuição das taxas de cesarianas e da duração do parto, por exemplo.

A doula vem sendo cada vez mais valorizada na medida em que proporciona à gestante e ao casal suporte emocional e físico, transmite apoio e conforto. A natureza de seu trabalho é diversa do profissional de saúde, médico ou enfermeiro obstétrico, que se encarrega dos procedimentos técnicos. É também diferente do papel do acompanhante, que na maior parte das vezes encontra-se extremamente envolvido do ponto de vista emocional.

A doula atua junto à parturiente, apoiando-a no o intuito de reduzir a dor por meio da aplicação de métodos e técnicas não farmacológicas de alívio, como exercícios ou relaxamento. Assim, é imprescindível que observe as rotinas dos profissionais de saúde no momento em que se realiza o parto, atuando estritamente dentro de sua esfera de competência.

Assim, propomos a presente iniciativa que, além de permitir a presença da doula em todos os partos, além do acompanhante, delimita sua esfera de atuação. Diante da relevância da proposta, pedimos o apoio dos ilustres Pares para sua rápida aprovação e incorporação ao arcabouço legal brasileiro.

Sala das Sessões, em 28 de outubro de 2015.

Deputado Décio Lima

**LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA**  
 Coordenação de Organização da Informação Legislativa - CELEG  
 Serviço de Tratamento da Informação Legislativa - SETIL  
 Seção de Legislação Citada - SELEC

### **LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**

Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

#### **O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

.....

TÍTULO II  
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

.....

CAPÍTULO VII  
DO SUBSISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DURANTE O  
TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO  
*(Capítulo acrescido pela Lei nº 11.108, de 7/4/2005)*

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. *(“Caput” do artigo artigo acrescido pela Lei nº 11.108, de 7/4/2005)*

§ 1º O acompanhante de que trata o *caput* deste artigo será indicado pela parturiente. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 11.108, de 7/4/2005)*

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 11.108, de 7/4/2005)*

§ 3º Ficam os hospitais de todo o País obrigados a manter, em local visível de suas dependências, aviso informando sobre o direito estabelecido no *caput* deste artigo. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.895, de 18/12/2013)*

Art. 19-L *(VETADO na Lei nº 11.108, de 7/4/2005)*

CAPÍTULO VIII  
DA ASSISTÊNCIA TERAPÊUTICA E DA INCORPORAÇÃO  
DE TECNOLOGIA EM SAÚDE  
*(Capítulo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação)*

Art. 19-M. A assistência terapêutica integral a que se refere a alínea *d* do inciso I do art. 6º consiste em:

I - dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado ou, na falta do protocolo, em conformidade com o disposto no art. 19-P;

II - oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do Sistema Único de Saúde - SUS, realizados no território nacional por serviço próprio, conveniado ou contratado. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação)*

.....

.....

**PROJETO DE LEI N.º 3.465, DE 2015**  
**(Do Sr. Kaio Maniçoba)**

Altera a Lei nº 8.080/1990, para proibir a discriminação de sexo do acompanhante da parturiente.

**DESPACHO:**  
APENSE-SE À(AO) PL-6567/2013.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O art. 19-J da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar acrescido do seguinte parágrafo, renumerando-se os demais:

“Art. 19-J.....

§2º. Fica proibida a discriminação de sexo do acompanhante escolhido pela parturiente.”

Art. 2º. Esta lei entra em vigor na data da sua publicação.

### **JUSTIFICAÇÃO**

A Lei nº 11.108/2005 alterou a Lei nº 8.080/90 para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

A Resolução RDC nº 36, de 3 de junho de 2008, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA é expressa ao afirmar que o acompanhante é de livre escolha da parturiente. A Resolução Normativa nº 167, de 9 de janeiro de 2008, da Agência Nacional de Saúde - ANS dispõe que a mulher deve indicar um acompanhante. No mesmo sentido Portaria 2.418, de 2 de dezembro de 2005, do Ministério da Saúde que reconhece a existência de estudos médicos que demonstram que “o acompanhamento da parturiente reduz a duração do trabalho de parto, o uso de medicações para alívio da dor e o número de cesáreas, a depressão pós-parto e se constitui em apoio para amamentação”.

Todavia, esse direito não tem sido respeitado. Há denúncias de que no SUS as mulheres apenas podem indicar acompanhantes do sexo feminino, o que impede que os pais das crianças estejam ao lado de suas mulheres em um importante momento para a entidade familiar.

A impossibilidade de indicação do pai como acompanhante obsta que a criança firme desde os primeiros momentos de vida vínculo com a figura paterna, pessoa de convívio mais próximo da mulher no cotidiano e que tem por

deveres prestar assistência e garantir o sustento, guarda e educação dos filhos.

O presente Projeto de Lei visa resguardar o direito de escolha da parturiente ao vedar a discriminação do acompanhante em razão do sexo e fortalecer a família ao permitir que os pais participem de um valoroso momento para a esposa e para os filhos. Por tais razões, solicito o apoio dos nobres Deputados para a aprovação do presente Projeto de Lei.

Sala das Sessões, em 28 de outubro de 2015.

Deputado Kaio Maniçoba  
PHS/PE

**LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA**  
Coordenação de Organização da Informação Legislativa - CELEG  
Serviço de Tratamento da Informação Legislativa - SETIL  
Seção de Legislação Citada - SELEC

## **LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**

Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

### **O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

.....

**TÍTULO II**  
**DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**  
**DISPOSIÇÃO PRELIMINAR**

.....

**CAPÍTULO IV**  
**DA COMPETÊNCIA E DAS ATRIBUIÇÕES**

.....

**Seção II**  
**Da Competência**

.....

Art. 19. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.

**CAPÍTULO V**  
**DO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA**  
*[\(Capítulo acrescido pela Lei nº 9.836 de 23/9/1999\)](#)*

Art. 19-A. As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei. *[\(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999\)](#)*

Art. 19-B. É instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde - SUS, criado e definido por esta Lei, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com o qual funcionará em perfeita integração. [Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999](#)

Art. 19-C. Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. [Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999](#)

Art. 19-D. O SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País. [Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999](#)

Art. 19-E. Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações. [Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999](#)

Art. 19-F. Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional. [Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999](#)

Art. 19-G. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado.

§ 1º O Subsistema de que trata o *caput* deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

§ 2º O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações.

§ 3º As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde. [Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999](#)

Art. 19-H. As populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso. [Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999](#)

## CAPÍTULO VI

### DO SUBSISTEMA DE ATENDIMENTO E INTERNAÇÃO DOMICILIAR

[Capítulo acrescido pela Lei nº 10.424, de 15/4/2002](#)

Art. 19-I. São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar.

§ 1º Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio.

§ 2º O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora.

§ 3º O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família. [Artigo acrescido pela Lei nº 10.424, de 15/4/2002](#)

## CAPÍTULO VII

DO SUBSISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DURANTE O  
TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO  
*(Capítulo acrescido pela Lei nº 11.108, de 7/4/2005)*

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. *(“Caput” do artigo artigo acrescido pela Lei nº 11.108, de 7/4/2005)*

§ 1º O acompanhante de que trata o *caput* deste artigo será indicado pela parturiente. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 11.108, de 7/4/2005)*

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 11.108, de 7/4/2005)*

§ 3º Ficam os hospitais de todo o País obrigados a manter, em local visível de suas dependências, aviso informando sobre o direito estabelecido no *caput* deste artigo. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.895, de 18/12/2013)*

Art. 19-L *(VETADO na Lei nº 11.108, de 7/4/2005)*

CAPÍTULO VIII  
DA ASSISTÊNCIA TERAPÊUTICA E DA INCORPORAÇÃO  
DE TECNOLOGIA EM SAÚDE

*(Capítulo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação)*

Art. 19-M. A assistência terapêutica integral a que se refere a alínea *d* do inciso I do art. 6º consiste em:

I - dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravamento à saúde a ser tratado ou, na falta do protocolo, em conformidade com o disposto no art. 19-P;

II - oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do Sistema Único de Saúde - SUS, realizados no território nacional por serviço próprio, conveniado ou contratado. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação)*

Art. 19-N. Para os efeitos do disposto no art. 19-M, são adotadas as seguintes definições:

I - produtos de interesse para a saúde: órteses, próteses, bolsas coletoras e equipamentos médicos;

II - protocolo clínico e diretriz terapêutica: documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravamento à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação)*

Art. 19-O. Os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas deverão estabelecer os medicamentos ou produtos necessários nas diferentes fases evolutivas da doença ou do agravamento à saúde de que tratam, bem como aqueles indicados em casos de perda de eficácia e de surgimento de intolerância ou reação adversa relevante, provocadas pelo medicamento, produto ou procedimento de primeira escolha.

Parágrafo único. Em qualquer caso, os medicamentos ou produtos de que trata o *caput* deste artigo serão aqueles avaliados quanto à sua eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade para as diferentes fases evolutivas da doença ou do agravamento à saúde de que trata o protocolo. [\(Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação\)](#)

Art. 19-P. Na falta de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, a dispensação será realizada:

I - com base nas relações de medicamentos instituídas pelo gestor federal do SUS, observadas as competências estabelecidas nesta Lei, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite;

II - no âmbito de cada Estado e do Distrito Federal, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores estaduais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Bipartite;

III - no âmbito de cada Município, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores municipais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada no Conselho Municipal de Saúde. [\(Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação\)](#)

Art. 19-Q. A incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS.

§ 1º A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, cuja composição e regimento são definidos em regulamento, contará com a participação de 1 (um) representante indicado pelo Conselho Nacional de Saúde e de 1 (um) representante, especialista na área, indicado pelo Conselho Federal de Medicina.

§ 2º O relatório da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS levará em consideração, necessariamente:

I - as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo, acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso;

II - a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas, inclusive no que se refere aos atendimentos domiciliar, ambulatorial ou hospitalar, quando cabível. [\(Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação\)](#)

Art. 19-R. A incorporação, a exclusão e a alteração a que se refere o art. 19-Q serão efetuadas mediante a instauração de processo administrativo, a ser concluído em prazo não superior a 180 (cento e oitenta) dias, contado da data em que foi protocolado o pedido, admitida a sua prorrogação por 90 (noventa) dias corridos, quando as circunstâncias exigirem.

§ 1º O processo de que trata o *caput* deste artigo observará, no que couber, o disposto na Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999, e as seguintes determinações especiais:

I - apresentação pelo interessado dos documentos e, se cabível, das amostras de produtos, na forma do regulamento, com informações necessárias para o atendimento do disposto no § 2º do art. 19-Q;

II - (VETADO);

III - realização de consulta pública que inclua a divulgação do parecer emitido pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS;

IV - realização de audiência pública, antes da tomada de decisão, se a relevância da matéria justificar o evento.

§ 2º ( VETADO). [\(Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação\)](#)

Art. 19-S. (VETADO na Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação)

Art. 19-T. São vedados, em todas as esferas de gestão do SUS:

I - o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento, produto e procedimento clínico ou cirúrgico experimental, ou de uso não autorizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA;

II - a dispensação, o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento e produto, nacional ou importado, sem registro na Anvisa. (Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação)

Art. 19-U. A responsabilidade financeira pelo fornecimento de medicamentos, produtos de interesse para a saúde ou procedimentos de que trata este Capítulo será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite. (Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação)

### TÍTULO III DOS SERVIÇOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

#### CAPÍTULO I DO FUNCIONAMENTO

Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

.....

.....

Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA

### **RDC Nº 36, DE 3 DE JUNHO DE 2008**

Dispõe sobre Regulamento Técnico para  
Funcionamento dos Serviços de Atenção  
Obstétrica e Neonatal.

A **DIRETORIA COLEGIADA DA AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**, no uso da atribuição que lhe confere o inciso IV do art. 11 do Regulamento aprovado pelo Decreto nº 3.029, de 16 de abril de 1999, e

Tendo em vista o disposto no inciso II e nos §§ 1º e 3º do art. 54 do Regimento Interno, aprovado nos termos do Anexo I da Portaria nº 354 da ANVISA, de 11 de agosto de 2006, republicada no DOU de 21 de agosto de 2006, em reunião realizada em 29 de maio de 2008, e

Considerando as disposições constitucionais e a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que trata das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde como direito fundamental do ser humano;

Considerando o disposto na Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, que define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e dá outras providências, e que em seu artigo 7º, parágrafos II e XIV estabelece a competência da Anvisa para regulamentar, controlar e fiscalizar produtos e serviços que envolvam risco à saúde pública;

Considerando a Lei nº 9656, de 03 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e

seguros privados de assistência à saúde e que, em seu Art. 17, § 3º, imputa responsabilidades às operadoras de planos de saúde nos casos de descumprimento das normas sanitárias em vigor por prestadores de serviço de saúde que façam parte de sua rede credenciada;

Considerando o lançamento do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, em 08 de março de 2004, pela Presidência da República e o disposto na Portaria MS/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, que aprova o Pacto pela Saúde 2006 e estabelece como metas a redução da mortalidade infantil e materna;

Considerando que parto e nascimento são acontecimentos de cunho familiar, social, cultural e preponderantemente fisiológico;

Considerando a Política de Humanização do Parto e Nascimento, instituída pela Portaria GM/MS nº 569, de 01 de junho de 2000, e a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão da Saúde, implementada pelo Ministério da Saúde em 2003;

Considerando o disposto na Portaria nº 1.067, de 04 de julho de 2005, que institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal;

Considerando a necessidade de instrumentalizar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e

estabelecer parâmetros para funcionamento e avaliação dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal;

Considerando que as ações de vigilância sanitária são indelegáveis e intransferíveis, exercidas por autoridade sanitária Federal, do Distrito Federal, Estadual ou Municipal, que terá livre acesso aos estabelecimentos e aos ambientes sujeitos ao controle sanitário de que trata esse regulamento;

Considerando a Portaria Anvisa nº 26, de 12 de janeiro de 2007, que instituiu o Grupo de Trabalho para discussão e apresentação de propostas para o funcionamento dos Serviços de Atenção ao Parto e Nascimento e a publicação da Consulta Pública da Anvisa nº 109, de 14 de novembro de 2007, que definiu prazo de 90 dias para que fossem apresentadas críticas e sugestões relativas ao documento proposto;

Adota a seguinte Resolução da Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

Art. 1º Aprovar a Resolução que regulamenta o funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal e seu anexo.

Art. 2º Estabelecer que a construção, reforma ou adaptação na estrutura física dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal deve ser precedida de avaliação e aprovação do projeto físico junto à autoridade sanitária local, em conformidade com a RDC/Anvisa nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, e RDC/Anvisa nº 189, de 18 de julho de 2003.

.....  
.....  
Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS

## **RN Nº 167, DE 9 DE JANEIRO DE 2007**

Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, fixa as diretrizes de Atenção à Saúde e dá outras providências.

**A DIRETORIA COLEGIADA DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS,**

Tendo em vista o disposto no § 4º do art. 10 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, bem como, no inciso III, do art. 4º e inciso II, do art. 10, ambos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, considerando a necessidade de revisão das diretrizes para a cobertura assistencial instituída pela Resolução CONSU nº 10, de 4 de novembro de 1998, alterada pela CONSU nº 15, de 23 de março de 1999 e a necessidade de adequação e aprimoramento da nomenclatura e

formatação, bem como de inclusão e exclusão de itens constantes no Rol de Procedimentos estabelecido pela Resolução Normativa – RN nº 82, de 29 de setembro de 2004, em reunião realizada em 8 de janeiro de 2007, adota a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

## CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Esta Resolução atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória da atenção à saúde nos planos privados de assistência a saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e naqueles adaptados conforme a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passando a se constituir em um rol de ações em saúde, na forma dos Anexos I e II desta Resolução Normativa.

Parágrafo único. Atualiza-se também o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde de Alta Complexidade, compreendendo uma seleção extraída do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde identificada no Anexo I, que pode ser objeto de cobertura parcial temporária - CPT nos casos de doenças e lesões preexistentes - DLP, conforme o disposto em resolução específica.

Art. 2º O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, atualizado por esta Resolução Normativa é composto por dois Anexos:

I – o Anexo I lista os procedimentos e eventos de cobertura mínima obrigatória, respeitando-se a segmentação contratada;

II – o Anexo II contém as Diretrizes de Utilização necessárias para a cobertura obrigatória de alguns procedimentos identificados no Anexo I.

.....  
.....

Ministério da Saúde  
Gabinete do Ministro

### **PORTARIA Nº 2.418, DE 02 DE DEZEMBRO DE 2005**

Regulamenta, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS.

**O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE**, no uso de suas atribuições, e  
Considerando o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento que visa assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da

assistência ao parto e ao puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania;

Considerando que vários estudos da medicina baseados em evidências científicas apontam que o acompanhamento da parturiente reduz a duração do trabalho de parto, o uso de medicações para alívio da dor e o número de cesáreas, a depressão pós-parto e se constitui em apoio para amamentação; e

Considerando a Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, que altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, resolve:

Art. 1º Regulamentar, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS.

§ 1º Para efeito desta Portaria entende-se o pós-parto imediato como o período que abrange 10 dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.

§ 2º Fica autorizada ao prestador de serviços a cobrança, de acordo com as tabelas do SUS, das despesas previstas com acompanhante no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, cabendo ao gestor a devida formalização dessa autorização de cobrança na Autorização de Internação Hospitalar - AIH.

§ 3º No valor da diária de acompanhante, estão incluídos a acomodação adequada e o fornecimento das principais refeições.

Art. 2º Os hospitais públicos e conveniados com o SUS têm prazo de 6 (seis) meses para tomar as providências necessárias ao atendimento do disposto nesta Portaria.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

SARAIVA FELIPE

## **PROJETO DE LEI N.º 3.569, DE 2015** (Do Sr. Luciano Ducci)

Acresce inciso ao art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para inserir o princípio da humanização da atenção à saúde entre os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS.

**NOVO DESPACHO:**  
APENSE-SE AO PL-4996/2016

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 7º.....

.....

*XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis*

*de assistência;*

*XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos; e*

*XIV - humanização das ações de atenção à saúde em todos os níveis.” (NR)*

Art. 2º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

## **JUSTIFICAÇÃO**

Vive-se em uma época dominada pela tecnologia, o que apresenta aspectos tanto positivos quanto negativos. No campo da saúde, é inegável que os avanços tecnológicos proporcionaram mudanças antes inimagináveis, como por exemplo a possibilidade de trocar partes do corpo por próteses artificiais. No entanto, é muito fácil e acontece com frequência que o deslumbramento com o novo nos faça deixar de lado outros aspectos importantes.

A arte de curar, exercida por médicos, enfermeiros e outros profissionais da saúde, é não apenas tratar, mas também a arte de conhecer o paciente, ouvi-lo e compreender seu sofrimento, e saber o que nele deve ser tratado. Uma das queixas mais frequentes entre pacientes é sobre a o distanciamento e a desumanização que se verifica hoje nas profissões da saúde.

É necessário que se comece a reverter essa situação o quanto antes. É necessário reumanizar a área da saúde, que trata das pessoas em momentos críticos em que se está mais fragilizado e mais necessitado de apoio. A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, elenca em seu artigo 7º os princípios e diretrizes a serem seguidos no âmbito da saúde. Lá estão, por exemplo, a universalidade, a integralidade, a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral, a igualdade. Todos são princípios importantíssimos, mas cremos que foi deixado de lado um princípio igualmente importante: o da humanização do atendimento.

Eis porque proponho, neste projeto de lei, que esse princípio seja incorporado ao texto legal e ao núcleo programático do SUS, e conto com os votos dos nobres pares para aprová-lo.

Sala das Sessões, em 10 de novembro de 2015.

**Luciano Ducci**  
**Deputado Federal**  
**PSB/PR**

**LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA**  
Coordenação de Organização da Informação Legislativa - CELEG  
Serviço de Tratamento da Informação Legislativa - SETIL  
Seção de Legislação Citada - SELEC

**LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**

Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

**DISPOSIÇÃO PRELIMINAR**

Art. 1º Esta Lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

.....  
**TÍTULO II**  
**DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**  
**DISPOSIÇÃO PRELIMINAR**  
.....

**CAPÍTULO II**  
**DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES**

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS, são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a

alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

### CAPÍTULO III DA ORGANIZAÇÃO, DA DIREÇÃO E DA GESTÃO

Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde - SUS, seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

.....

.....

## **PROJETO DE LEI N.º 4.126, DE 2015** **(Do Sr. Felipe Bornier)**

Normatiza o direito ao parto humanizado na rede pública de saúde e dá outras providências.

**DESPACHO:**  
APENSE-SE À(AO) PL-6567/2013.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º - Esta Lei assegura a todas gestantes o direito de receber assistência especializada em atendimentos conforme as regras do parto humanizado a serem utilizadas pela rede pública de saúde.

Art. 2º - São princípios do parto humanizado ou da assistência humanizada durante o parto:

I - a harmonização entre segurança e bem-estar da gestante, assim como do nascituro;

II - a interferência adequada por parte das equipes de cuidado;

III - a possibilidade pela escolha da utilização dos métodos menos invasivos e mais naturais;

IV - o fornecimento de informações à gestante, assim como ao pai, sempre que possível, dos métodos e procedimentos mais adequados.

V – garantir a gestante o direito de optar pelos procedimentos no qual, resguardada a segurança do parto, lhe propiciem maior conforto e bem-estar, incluindo procedimentos médicos para alívio da dor.

Art. 3º - Será amparado o parto humanizado ou assistência humanizada ao parto, o atendimento que:

I – Garantir o acolhimento com classificação de risco;

II - não comprometer a segurança do processo, nem a saúde do recém-nascido;

III – somente possibilita adotar rotinas e procedimentos cuja extensão e conteúdo tenham sido objeto de revisão e avaliação científica por parte da Organização Mundial de Saúde (OMS) ou de outras instituições de excelência reconhecida;

IV - manter liberdade de movimento durante o trabalho de parto;

V - escolher a posição física que lhe seja desejável durante o trabalho de parto;

Paragrafo Único - Ressalvada prescrição médica em contrário, será favorecido o contato físico precoce entre a mãe e o recém-nascido após o nascimento, especialmente para fins de amamentação.

Art. 4º - Diagnosticada a gravidez, a gestante terá direito à elaboração de um Controle Individual de Parto (CIP), no qual deverão ser indicados:

I - o hospital ou postos de saúde onde será prestada a assistência pré-natal, com atenção e indicação pela gestante, nos termos da Lei;

II - a equipe responsável pela assistência pré-natal;

III – indicação com antecedência, do hospital no qual o parto será preferencialmente realizado;

IV - as rotinas e procedimentos escolhidos ao parto pela gestante.

V - presença, durante todo o processo, ou parte dele, de um acompanhante livremente escolhido pela gestante;

VI - a utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor;

VII - a administração de medicação, de anestésias, para alívio da dor em parto normal, bem como peridurais ou raquidianas;

VIII – a metodologia pela qual serão monitorados os batimentos cardíacos fetais.

Parágrafo Único - A elaboração do Controle Individual de Parto (CIP) deverá ser precedida de avaliação das equipes de cuidado da gestante, na qual serão identificados os fatores de risco da gravidez, podendo ser restringidas por laudo médico, à assegurar a segurança da gestante.

Art. 5º - Durante a elaboração do Controle Individual de Parto (CIP), a gestante deverá ser assistida pela equipe de cuidado, que deverá esclarecê-la de forma clara, precisa e objetiva sobre as implicações de cada uma das suas disposições de vontade.

Art. 6º - O Ministério da Saúde publicará, periodicamente, protocolos descrevendo as rotinas e procedimentos de assistência ao parto, descritos de modo conciso, claro e objetivo, bem como dados estatísticos atualizados sobre as modalidades de parto e os procedimentos adotados por opção da gestante.

Parágrafo único - Os protocolos tratados neste artigo serão informados a todos os médicos, enfermeiros e demais funcionários habilitados pelo SUS para a realização de partos e ao atendimento à gestante, além das instituições que mantenham cursos de medicina, enfermagem ou administração hospitalar.

Art. 7º - Será objeto de justificção por escrito, firmada pelo chefe da equipe responsável pelo parto, à adoção de qualquer dos procedimentos que os protocolos mencionados nesta Lei classifiquem como:

I - desnecessários ou prejudiciais à saúde da gestante ou parturiente ou ao nascituro;

II - eficácia carente de evidência científica;

III - suscetíveis de causar dano quando aplicados de forma generalizada ou rotineira.

Parágrafo único - A justificção de que trata este artigo será averbada ao prontuário médico após a entrega de cópia à gestante ou a seu cônjuge, companheiro ou parente.

Art. 8º – Por meio de regulamentação própria, o Ministério da Saúde deverá estipular as condições em que o parto domiciliar poderá ser realizado por decisão voluntária da gestante.

Parágrafo único - Deverá conter em expreso no Controle Individual de Parto (CIP), a manifestação da gestante diante da decisão voluntaria do *caput*.

Art. 9º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

## JUSTIFICATIVA

Quando se fala em humanização da assistência ao parto, porém, há muito mais coisas em jogo do que a beleza das instalações e a gentileza no trato com as parturientes. Envolve também uma mudança de atitude: respeitar os desejos das mulheres.

“Existem dois tipos de humanismo: o que eu chamo de humanismo superficial, no qual o quarto é bonito e a mãe é tratada de maneira amável, mas a taxa de intervenções não diminui, e o que eu chamo de humanismo profundo no qual a profunda fisiologia do nascimento é honrada”, observa a antropóloga norte-americana Robbie Davis-Floyd num artigo publicado pela revista *Midwifery Today* em 2007.

Mas a que intervenções exatamente ela se refere? Os procedimentos hospitalares realizados rotineiramente durante o parto são necessários para ajudar no processo natural, de modo a garantir a manutenção da saúde da mãe e do bebê, certo?

Errado. Essa é a primeira questão difícil de compreender: pesquisas científicas mostram que muitas das intervenções médicas praticadas atualmente no parto normal são, na verdade, desnecessárias e prejudiciais. No entanto, continuam sendo feitas. Por quê? Boa pergunta...

O uso rotineiro de enema (lavagem intestinal), de raspagem dos pelos púbicos, de infusão intravenosa (soro) e da posição supina (mulher deitada de barriga para cima) durante o trabalho de parto estão entre as condutas consideradas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS). Apesar disso, fazem parte do protocolo de assistência de muitos hospitais e maternidades, sendo realizadas todos os dias, de forma indiscriminada.

O mesmo vale para os procedimentos com o recém-nascido: na maioria dos hospitais, logo após o nascimento, os bebês têm as vias aéreas aspiradas pelo pediatra com o uso de sonda, mesmo aqueles que nascem saudáveis e que seriam capazes de eliminar por conta própria as secreções. Por outro lado, o contato pele a pele com a mãe, fundamental para o estabelecimento do vínculo, e a amamentação na primeira hora de vida, preconizada pela OMS, muitas vezes não são priorizados pela equipe.

No parto humanizado, por outro lado, nenhum procedimento é rotineiro: as intervenções são feitas de forma criteriosa e apenas quando realmente necessário.

A segunda questão complexa diz respeito à participação de cada um dos atores na cena do parto. Em nossa cultura, quem costuma ocupar o papel principal é

o médico, que “estudou para isso”, como se ouve muito por aí. Nessa visão, cabe à mulher uma posição passiva. A última palavra é do profissional, pois o parto é um “ato médico”.

O movimento de humanização do parto, que cresce em várias partes do mundo, tem uma visão diferente: a mulher é protagonista do próprio parto e deve participar ativamente das decisões, em parceria com os profissionais que lhe dão assistência.

No parto humanizado, a mulher é incentivada a se informar e a fazer suas próprias escolhas. Seus desejos são acolhidos e respeitados. Incluindo o desejo e o direito de ter um acompanhante. Direito que é garantido por lei federal, mas é descumprido em 64% dos casos no Brasil.

O Projeto de Lei que submeto a apreciação desta Casa tem por objetivo propor que as gestantes possam se submeter ao parto humanizado na rede pública de saúde. O parto humanizado é uma nova forma de lidar com a gestante respeitando sua natureza e sua vontade, onde ela e seu filho que está para nascer são os protagonistas.

Tão importante quanto os procedimentos médicos também é a atenção e cuidado com o delicado momento em que mãe e filho estão vivendo.

Será através do Controle Individual de Parto, o CIP, que a gestante poderá exercer o que militantes do parto humanizado chamam de "direito à decisão informada", isto é, o direito de decidir sobre os "procedimentos eletivos" do processo de parto depois de ser devidamente esclarecida a respeito das implicações de cada uma das opções disponíveis. É evidente que tal direito de decisão não será ilimitado, devendo observar os cuidados requeridos pelo estado de saúde da gestante e os riscos inerentes à gravidez.

Desse modo, conto com o apoio dos nobres pares para aprovação deste projeto de lei, de modo a melhorar a acessibilidade das gestantes em âmbito geral, normatizando em uma única lei as varias regras dispersas em protocolos e portarias que dificilmente são de conhecimento e também cumpridas em nosso País.

Sala das Sessões, em 16 de dezembro de 2015.

Deputado **FELIPE BORNIER**  
PSD/RJ

# PROJETO DE LEI N.º 4.662, DE 2016

(Da Sra. Angela Albino)

Altera as Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

**DESPACHO:**  
APENSE-SE À(AO) PL-5304/2013.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º. Esta Lei altera as Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e nº 9.656, de 3 de junho de 1998 para permitir a presença de um acompanhante e uma doula no período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato em serviços obstétricos da rede própria ou conveniada ao Sistema Único de Saúde e nos ligados aos planos e seguros privados de assistência à saúde.

Art. 2º O caput e o § 1º do artigo 19-J da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passam a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de um acompanhante e de uma doula durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

§ 1º. O acompanhante e a doula de que trata o *caput* deste artigo serão indicados pela parturiente”.(NR)

Art. 3º. O inciso III do art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescido da seguinte alínea:

“Art. 12.....

III .....

.....

c) cobertura de despesas com um acompanhante e uma doula indicados pela parturiente no período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato”.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação

## JUSTIFICAÇÃO

O presente Projeto de Lei tem por escopo aperfeiçoar a assistência e humanização do parto assegurando as parturientes o direito de serem acompanhadas pelas doulas que são mulheres que dão suporte físico e emocional a outras mulheres antes, durante e após o parto.

Doula é uma palavra de origem grega que significa mulher servente, que serve. São mulheres capacitadas para dar apoio continuado a outras mulheres, (e aos seus companheiros e/ou outros familiares) proporcionando conforto físico, apoio emocional e suporte cognitivo antes, durante e após o nascimento de seus filhos.

Para Nolan:

Doula é uma mulher sem formação técnica na área da saúde que orienta e acompanha a nova mãe durante o parto e nos cuidados do bebê, seu papel é segurar a mão da mulher, respirar com ela, prover encorajamento e tranqüilidade. A doula presta constante apoio à parturiente e a seu acompanhante, esclarece a respeito da evolução do trabalho de parto, aconselha as posições mais confortáveis durante as contrações, promove técnicas de respiração e relaxamento, proporciona contato físico e, ainda, oferece apoio psicológico. (Nolan M. Supporting women in labour: the doula's role. Mod'Midwife 1995;5(3):12-5. Tradução Livre)

O trabalho da doula não se limita apenas à sala de parto, seu papel vai além. Fomenta o resgate da cultura do cuidado, da confiança e da manutenção da saúde das mulheres e dos bebês, sendo que este deva ser a base da saúde de toda uma sociedade.

Durante o parto, a doula funciona como uma interface entre a equipe de atendimento e o casal, explicando os complicados termos médicos e os procedimentos hospitalares e atenua a eventual frieza da equipe de atendimento em um momento tão significativo e de tão profundas repercussões futuras.

A gravidez e o parto são eventos sociais ímpares, dos quais fazem parte a mulher, seu parceiro, seus familiares e a comunidade. A organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde de vários países entre eles o Brasil (portaria 28 de maio de 2003) reconhecem e incentivam a presença da doula.

Diversos e numerosos são os estudos que demonstram as vantagens deste acompanhamento, não só para a mulher que está gestando e parindo, mas também para o bebê que está nascendo, para os profissionais responsáveis pela assistência na gestação, parto e puerpério e também para o Sistema de Saúde, visto que os resultados destes estudos demonstram que com o acompanhamento feito por uma doula, além de oferecer um serviço de maior qualidade, reduz-se as taxas de cesárea, de pedidos de analgesia, do tempo de internação das mães e dos bebês, aumenta a satisfação da mulher com o parto e aumenta a taxa de amamentação.

Segundo o estudo publicado por Klaus e Kennel<sup>1</sup> a presença de doulas no trabalho de parto e parto apresentam redução de: a) 50% nos índices de cesárias; b) 25% na duração do trabalho de parto; c) 60% nos pedidos de analgesia peridural; d) 30% no uso de analgesia peridural; e) 40% no uso de ocitocina e 40% no uso de fórceps.

Para a Organização Mundial da Saúde:

"O apoio físico e empático contínuo oferecido por uma única pessoa durante o trabalho de parto traz muitos benefícios, incluindo um trabalho de parto mais curto, um volume significativamente menor de medicações e analgesia epidural, menos escores de Apgar abaixo de 7 e menos partos operatórios." (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. OMS. Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: OMS, 1996)

Dito isto, entende-se oportuno destacar o pionerismo do estado de Santa Catarina que, atento as diretrizes de humanização do parto editou, a Lei nº 16.869, no dia de 15.01.2016, assegurando as parturientes a presença de doulas durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, nas maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares congêneres da rede pública e privada.

Diante do exposto, considerando a importância da matéria como forma de aperfeiçoar a assistência e humanização do parto, solicito o apoio dos meus pares para a aprovação e rápida tramitação do presente Projeto de Lei.

Sala das Sessões, em 08 de março de 2016.

Deputada ANGELA ALBINO

---

<sup>1</sup> Klaus M, Kennel J. *“Mothering the mother: how a doula can help you to have a shorter, easier and healthier birth.”* Hardcover

**LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA**  
 Coordenação de Organização da Informação Legislativa - CELEG  
 Serviço de Tratamento da Informação Legislativa - SETIL  
 Seção de Legislação Citada - SELEC

**LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**

Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

.....  
**TÍTULO II**  
**DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**  
**DISPOSIÇÃO PRELIMINAR**  
 .....

.....  
**CAPÍTULO IV**  
**DA COMPETÊNCIA E DAS ATRIBUIÇÕES**  
 .....

.....  
**Seção II**  
**Da Competência**  
 .....

Art. 19. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.

.....  
**CAPÍTULO V**  
**DO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA**  
[\(Capítulo acrescido pela Lei nº 9.836 de 23/9/1999\)](#)  
 .....

Art. 19-A. As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei. [\(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999\)](#)

Art. 19-B. É instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde - SUS, criado e definido por esta Lei, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com o qual funcionará em perfeita integração. [\(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999\)](#)

Art. 19-C. Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. [\(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999\)](#)

Art. 19-D. O SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País. [\(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999\)](#)

Art. 19-E. Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações. [\(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999\)](#)

Art. 19-F. Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional. [\(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999\)](#)

Art. 19-G. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado.

§ 1º O Subsistema de que trata o *caput* deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

§ 2º O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento

necessário em todos os níveis, sem discriminações.

§ 3º As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde. [\(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999\)](#)

Art. 19-H. As populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso. [\(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999\)](#)

#### CAPÍTULO VI DO SUBSISTEMA DE ATENDIMENTO E INTERNAÇÃO DOMICILIAR [\(Capítulo acrescido pela Lei nº 10.424, de 15/4/2002\)](#)

Art. 19-I. São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar.

§ 1º Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio.

§ 2º O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora.

§ 3º O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família. [\(Artigo acrescido pela Lei nº 10.424, de 15/4/2002\)](#)

#### CAPÍTULO VII DO SUBSISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DURANTE O TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO [\(Capítulo acrescido pela Lei nº 11.108, de 7/4/2005\)](#)

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. [\(“Caput” do artigo artigo acrescido pela Lei nº 11.108, de 7/4/2005\)](#)

§ 1º O acompanhante de que trata o *caput* deste artigo será indicado pela parturiente. [\(Parágrafo acrescido pela Lei nº 11.108, de 7/4/2005\)](#)

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo. [\(Parágrafo acrescido pela Lei nº 11.108, de 7/4/2005\)](#)

§ 3º Ficam os hospitais de todo o País obrigados a manter, em local visível de suas dependências, aviso informando sobre o direito estabelecido no *caput* deste artigo. [\(Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.895, de 18/12/2013\)](#)

Art. 19-L [\(VETADO na Lei nº 11.108, de 7/4/2005\)](#)

#### CAPÍTULO VIII DA ASSISTÊNCIA TERAPÊUTICA E DA INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIA EM SAÚDE [\(Capítulo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação\)](#)

Art. 19-M. A assistência terapêutica integral a que se refere a alínea *d* do inciso I do art. 6º consiste em:

I - dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravamento à saúde a ser tratado ou, na falta do protocolo, em conformidade com o disposto no art. 19-P;

II - oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do Sistema Único de Saúde -

SUS, realizados no território nacional por serviço próprio, conveniado ou contratado. [Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação](#)

Art. 19-N. Para os efeitos do disposto no art. 19-M, são adotadas as seguintes definições:

I - produtos de interesse para a saúde: órteses, próteses, bolsas coletoras e equipamentos médicos;

II - protocolo clínico e diretriz terapêutica: documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravamento à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS. [Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação](#)

Art. 19-O. Os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas deverão estabelecer os medicamentos ou produtos necessários nas diferentes fases evolutivas da doença ou do agravamento à saúde de que tratam, bem como aqueles indicados em casos de perda de eficácia e de surgimento de intolerância ou reação adversa relevante, provocadas pelo medicamento, produto ou procedimento de primeira escolha.

Parágrafo único. Em qualquer caso, os medicamentos ou produtos de que trata o *caput* deste artigo serão aqueles avaliados quanto à sua eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade para as diferentes fases evolutivas da doença ou do agravamento à saúde de que trata o protocolo. [Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação](#)

Art. 19-P. Na falta de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, a dispensação será realizada:

I - com base nas relações de medicamentos instituídas pelo gestor federal do SUS, observadas as competências estabelecidas nesta Lei, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite;

II - no âmbito de cada Estado e do Distrito Federal, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores estaduais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Bipartite;

III - no âmbito de cada Município, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores municipais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada no Conselho Municipal de Saúde. [Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação](#)

Art. 19-Q. A incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS.

§ 1º A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, cuja composição e regimento são definidos em regulamento, contará com a participação de 1 (um) representante indicado pelo Conselho Nacional de Saúde e de 1 (um) representante, especialista na área, indicado pelo Conselho Federal de Medicina.

§ 2º O relatório da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS levará em consideração, necessariamente:

I - as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo, acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso;

II - a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas, inclusive no que se refere aos atendimentos domiciliar, ambulatorial ou hospitalar, quando cabível. [Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação](#)

Art. 19-R. A incorporação, a exclusão e a alteração a que se refere o art. 19-Q serão efetuadas mediante a instauração de processo administrativo, a ser concluído em prazo não superior a 180 (cento e oitenta) dias, contado da data em que foi protocolado o pedido, admitida a sua prorrogação por 90 (noventa) dias corridos, quando as circunstâncias exigirem.

§ 1º O processo de que trata o *caput* deste artigo observará, no que couber, o disposto na Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999, e as seguintes determinações especiais:

I - apresentação pelo interessado dos documentos e, se cabível, das amostras de produtos, na forma do regulamento, com informações necessárias para o atendimento do disposto no § 2º do art. 19-Q;

II - (VETADO);

III - realização de consulta pública que inclua a divulgação do parecer emitido pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS;

IV - realização de audiência pública, antes da tomada de decisão, se a relevância da matéria justificar o evento.

§ 2º ( VETADO). *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação)*

Art. 19-S. *(VETADO na Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação)*

Art. 19-T. São vedados, em todas as esferas de gestão do SUS:

I - o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento, produto e procedimento clínico ou cirúrgico experimental, ou de uso não autorizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA;

II - a dispensação, o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento e produto, nacional ou importado, sem registro na Anvisa. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação)*

Art. 19-U. A responsabilidade financeira pelo fornecimento de medicamentos, produtos de interesse para a saúde ou procedimentos de que trata este Capítulo será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação)*

TÍTULO III  
DOS SERVIÇOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE  
CAPÍTULO I  
DO FUNCIONAMENTO

Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

**LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998**

Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**

Faço saber que o CONGRESSO NACIONAL decreta e eu sanciono a seguinte

Lei:

Art. 12. São facultadas a oferta, contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas: *(“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

I - quando incluir atendimento ambulatorial:

a) cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente; *(Alínea com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

c) cobertura de tratamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes; *(Alínea acrescida pela Lei nº 12.880, de 12/11/2013, publicada no DOU, Edição Extra, de*

13/11/2013, em vigor 180 dias após sua publicação)

II - quando incluir internação hospitalar:

a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos; (Alínea com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)

b) cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente; (Alínea com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)

c) cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;

d) cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar; (Alínea com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)

e) cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro; e (Alínea com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)

f) cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos;

g) cobertura para tratamentos antineoplásicos ambulatoriais e domiciliares de uso oral, procedimentos radioterápicos para tratamento de câncer e hemoterapia, na qualidade de procedimentos cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em âmbito de internação hospitalar; (Alínea acrescida pela Lei nº 12.880, de 12/11/2013, publicada no DOU, Edição Extra, de 13/11/2013, em vigor 180 dias após sua publicação)

III - quando incluir atendimento obstétrico:

a) cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto;

b) inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção; (Alínea com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)

IV - quando incluir atendimento odontológico:

a) cobertura de consultas e exames auxiliares ou complementares, solicitados pelo odontólogo assistente;

b) cobertura de procedimentos preventivos, de dentística e endodontia;

c) cobertura de cirurgias orais menores, assim consideradas as realizadas em ambiente ambulatorial e sem anestesia geral;

V - quando fixar períodos de carência:

a) prazo máximo de trezentos dias para partos a termo;

b) prazo máximo de cento e oitenta dias para os demais casos;

c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência; (Alínea acrescida pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)

VI - reembolso, em todos os tipos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada; (Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)

VII - inscrição de filho adotivo, menor de doze anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo consumidor adotante.

§ 1º Após cento e vinte dias da vigência desta Lei, fica proibido o oferecimento de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei fora das segmentações de que trata este artigo, observadas suas respectivas condições de abrangência e contratação.

(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)

§ 2º A partir de 3 de dezembro de 1999, da documentação relativa à contratação de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações de que trata este artigo, deverá constar declaração em separado do consumidor, de que tem conhecimento da existência e disponibilidade do plano referência, e de que este lhe foi oferecido. (Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)

§ 3º (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)

§ 4º As coberturas a que se referem as alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II deste artigo serão objeto de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, revisados periodicamente, ouvidas as sociedades médicas de especialistas da área, publicados pela ANS. (Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.880, de 12/11/2013, publicada no DOU, Edição Extra, de 13/11/2013, em vigor 180 dias após sua publicação)

§ 5º O fornecimento previsto nas alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II deste artigo dar-se-á, por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, diretamente ao paciente ou ao seu representante legal, podendo ser realizado de maneira fracionada por ciclo, observadas as normas estabelecidas pelos órgãos reguladores e de acordo com prescrição médica. (Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.880, de 12/11/2013, publicada no DOU, Edição Extra, de 13/11/2013, em vigor 180 dias após sua publicação)

Art. 13. Os contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei têm renovação automática a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação. (“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)

Parágrafo único. Os produtos de que trata o *caput*, contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas: (Parágrafo único com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)

I - a recontagem de carências; (Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)

II - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, salvo por fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência; e (Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)

a) a recontagem de carências;

b) a suspensão do contrato e a denúncia unilateral, salvo por fraude ou não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, a cada ano de vigência do contrato;

c) a denúncia unilateral durante a ocorrência de internação do titular.

III - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular. (Inciso acrescido dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)

## LEI Nº 16.869, DE 15 DE JANEIRO DE 2016

Dispõe sobre a presença de doulas durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, e estabelece outras providências.

### O GOVERNADOR DO ESTADO DE SANTA CATARINA

Faço saber a todos os habitantes deste Estado que a Assembleia Legislativa decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º As maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares congêneres, da rede pública e privada do Estado de Santa Catarina, ficam obrigados a permitir a presença de doulas durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, sempre que solicitadas pela parturiente, sem ônus e sem vínculos empregatícios com os estabelecimentos acima especificados.

§ 1º Para os efeitos desta Lei e em conformidade com a qualificação da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), código 3221-35, doulas são acompanhantes de parto escolhidas livremente pelas gestantes e parturientes que visam prestar suporte contínuo à gestante no ciclo gravídico puerperal, favorecendo a evolução do parto e bem-estar da gestante, com certificação ocupacional em curso para essa finalidade.

§ 2º A presença das doulas não se confunde com a presença do acompanhante instituído pela Lei federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005.

§ 3º As maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares congêneres, da rede pública e privada do Estado de Santa Catarina farão a sua forma de admissão das doulas, respeitando preceitos éticos, de competência e das suas normas internas de funcionamento, com a apresentação dos seguintes documentos:

I – carta de apresentação contendo nome completo, endereço, número do CPF, RG, contato telefônico e correio eletrônico;

II – cópia de documento oficial com foto;

III – enunciar procedimentos e técnicas que serão utilizadas no momento do trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, bem como descrever o planejamento das ações que serão desenvolvidas durante o período de assistência;

IV – termo de autorização assinado pela gestante para a atuação da doula no momento do trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

Art. 2º É vedada às doulas a realização de procedimentos médicos ou clínicos, bem como procedimentos de enfermagem e da enfermagem obstétrica, entre outros.

Art. 3º O descumprimento de qualquer dispositivo desta Lei sujeitará o infrator à uma das seguintes penalidades:

I – advertência, na primeira ocorrência;

II – sindicância administrativa; e

III – denúncia ao órgão competente.

Parágrafo único. Competirá ao órgão gestor da saúde da localidade em que estiver situado o estabelecimento a aplicação das penalidades de que trata este artigo, conforme estabelecer a legislação própria, que disporá, ainda, sobre a aplicação dos recursos delas decorrentes.

Art. 4º Decorrido o prazo de 6 (seis) meses, após a publicação desta Lei, o descumprimento de suas disposições sujeitará o infrator às sanções previstas no art. 3º desta Lei.

Art. 5º O Chefe do Poder Executivo regulamentará esta Lei, nos termos do inciso III do art. 71 da Constituição do Estado, no prazo de 60 (sessenta) dias após a sua publicação.

Art. 6º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Florianópolis, 15 de janeiro de 2016.

JOÃO RAIMUNDO COLOMBO  
Governador do Estado

## **PROJETO DE LEI N.º 4.996, DE 2016** (Do Senado Federal)

**PLS nº 378/2014**

**Ofício (SF) nº 402/2016**

Acrescenta inciso XIV ao art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para dispor sobre a humanização das relações e dos processos de atenção e gestão em saúde, e estabelece o direito do usuário a acompanhante durante o atendimento ou a internação nos serviços de saúde e a visita aberta na internação.

**NOVO DESPACHO:  
APENSE-SE AO PL-6567/2013**

O **Congresso Nacional** decreta:

**Art. 1º** O art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), passa a vigorar acrescido do seguinte inciso XIV:

“Art. 7º .....

.....  
XIV – humanização das relações e dos processos de atenção e gestão em saúde.” (NR)

**Art. 2º** Todo usuário tem direito a acompanhante durante o tempo de sua permanência em atendimento ou internação nos serviços de saúde, conforme regulamento.

§ 1º O acompanhante será pessoa de livre escolha do usuário, assegurada a possibilidade de revezamento.

§ 2º O serviço de saúde deve proporcionar condições adequadas para a permanência do acompanhante, inclusive em tempo integral, quando assim permitirem as condições de segurança assistencial.

**Art. 3º** As unidades de internação e serviços congêneres devem assegurar visita aberta e diária, conforme regulamento, admitida a possibilidade de revezamento dos visitantes.

Parágrafo único. Para os efeitos desta Lei, considera-se visita aberta aquela cujo horário é ampliado de modo a permitir o contato do usuário com sua rede sócio-familiar.

**Art. 4º** Aplica-se o disposto nesta Lei aos serviços de saúde públicos e privados, devendo os casos de impossibilidade de cumprimento das disposições ser devidamente justificados em prontuário, com cópia para os acompanhantes ou visitantes que tiverem seu direito restringido.

**Art. 5º** Esta Lei entra em vigor após decorridos 180 (cento e oitenta) dias de sua publicação oficial.

Senado Federal, em 12 de abril de 2016.

Senador Renan Calheiros  
Presidente do Senado Federal

**LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA**  
Coordenação de Organização da Informação Legislativa - CELEG  
Serviço de Tratamento da Informação Legislativa - SETIL  
Seção de Legislação Citada - SELEC

**LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**

Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

.....  
TÍTULO II

DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

CAPÍTULO II  
DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS, são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
  - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
  - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

CAPÍTULO III  
DA ORGANIZAÇÃO, DA DIREÇÃO E DA GESTÃO

Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde - SUS, seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

**PROJETO DE LEI N.º 7.867, DE 2017**  
**(Da Sra. Jô Moraes)**

Dispõe sobre medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério.

**DESPACHO:**  
APENSE-SE À(AO) PL-7633/2014.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º. A presente Lei tem por objeto a adoção de medidas de proteção contra a violência obstétrica e divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério.

Art. 2º. A atenção à gravidez, parto, abortamento e puerpério adotará os princípios de boas práticas com enfoque na humanização, de acordo com as normas regulamentadoras.

Parágrafo único. É obrigatória a elaboração do plano de parto.

Art. 3º. Considera-se violência obstétrica todo ato praticado por membro da equipe de saúde, do hospital ou por terceiros, em desacordo com as normas regulamentadoras ou que ofenda verbal ou fisicamente as mulheres gestantes, parturientes ou puérperas.

Art. 4º. Para efeitos da presente Lei considerar-se-á ofensa verbal ou física, dentre outras:

I – tratar a gestante ou parturiente de forma agressiva, não empática, grosseira, zombeteira, ou de qualquer outra forma que a faça se sentir mal;

II – ironizar ou recriminar a parturiente por qualquer comportamento como gritar, chorar, ter medo, vergonha ou dúvidas;

III – ironizar ou recriminar a mulher por qualquer característica ou ato físico;

IV – não responder a queixas e dúvidas da mulher gestante, parturiente ou puérpera;

V – tratar a mulher de forma inferior, dando-lhe comandos e nomes infantilizados e diminutivos;

VI – induzir a gestante ou parturiente a optar pelo parto cirúrgico na ausência de indicação baseada em evidências e sem o devido esclarecimento quanto a riscos para a mãe e a criança;

VII – recusar atendimento ao parto;

VIII – promover a transferência da gestante ou parturiente sem confirmação prévia da existência de vaga e garantia de atendimento ou de tempo suficiente para que esta chegue ao local em segurança;

IX – impedir que a mulher seja acompanhada por alguém de sua preferência durante o trabalho de parto, parto, abortamento e pós-parto;

X – impedir a mulher de se comunicar pessoalmente ou por meio de telefone;

XI – submeter a mulher a procedimentos dolorosos, desnecessários ou humilhantes em desacordo com as normas regulamentadoras;

XII – deixar de aplicar anestesia na parturiente em desacordo com as normas regulamentadoras;

XIII – realizar a episiotomia indiscriminadamente, em desacordo com as normas regulamentadoras;

XIV – manter algemadas as detentas em trabalho de parto;

XV – realizar qualquer procedimento sem pedir permissão ou esclarecer, de modo acessível, a sua necessidade;

XVI – demorar injustificadamente para alojar a puérpera em seu leito;

XVII – submeter a mulher e/ou recém-nascido a procedimentos com o fim exclusivo de treinar estudantes;

XVIII – submeter o recém-nascido saudável a procedimentos de rotina antes de colocá-lo em contato pele a pele com a mãe e de permitir o aleitamento;

XIX – impedir o alojamento conjunto e a amamentação por livre demanda, salvo em situações clinicamente justificadas;

XX – não informar a mulher e o casal sobre o direito a métodos e técnicas anticonceptivos reversíveis ou não;

XXI – obstar o livre acesso do outro genitor para acompanhar a puérpera e o recém-nascido.

Art. 5º. Os estabelecimentos de saúde deverão expor cartazes informativos contendo as condutas elencadas nos incisos I a XXI do art. 4º desta Lei.

§ 1º. Equiparam-se aos estabelecimentos de saúde, para os efeitos desta Lei, os postos, centros e unidades básicas de saúde, casas de parto, maternidades, hospitais e consultórios médicos especializados no atendimento à saúde da mulher.

§ 2º. Os cartazes devem informar, ainda, os órgãos e trâmites para encaminhar denúncias de violência obstétrica.

Art. 6º. O descumprimento dessa lei sujeitará os infratores às penas previstas na legislação da esfera sanitária, penal e civil.

Art. 7º. Esta Lei entra em vigor na centos e oitenta dias após a data de sua publicação.

## **JUSTIFICAÇÃO**

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 confere, em seu art. 6º, direito à saúde, ao lazer, a proteção à maternidade e à infância e à convivência familiar, a todos os brasileiros.

O parto é o momento em que se identifica a consonância de direitos de várias naturezas: direitos humanos, à saúde e de proteção à maternidade. No entanto, é neste instante especial na vida da mulher e das famílias que ocorre um dos mais revoltantes tipos de violência, a violência obstétrica.

Recentemente foi sancionada no Estado de Santa Catarina a Lei nº 17.097/2017 que cria mecanismos de divulgação e combate a violência obstétrica e traz a delimitação de ações que podem ser consideradas violência obstétrica. De autoria da ex-deputada federal Ângela Albino (PCdoB/SC), a lei traz, dentro da competência estadual, inúmeras inovações que podem lastrear os trabalhos legislativos federais. Logo após a sanção, o Ministério Público de Santa Catarina lançou campanha contra a violência obstétrica, o que vem ocorrendo em outros estados.

Por acreditarmos que a violência obstétrica é um conceito muito amplo, achamos importante categorizar todos os procedimentos, físicos ou não, aos quais as mulheres são submetidas na gestação, trabalho de parto, parto, pós-parto e abortamento em descordo com os princípios da humanização e da medicina baseada em evidências.

O dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres, “Parirás com dor”, de 2012, trouxe inúmeros dados importantes para contribuir para este debate. O documento apresenta pesquisa realizada em 2010 sobre mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado, em parceria entre Fundação Perseu Abramo e SESC.

Os resultados revelaram que 25% das mulheres entrevistadas sofreram algum tipo de agressão durante a gestação, em consultas pré-natais ou no parto. Tais agressões, praticadas por profissionais de saúde, vão de repreensões, humilhações e gritos à recusa de alívio da dor (apesar de medicamento indicado), realização de exames dolorosos e contraindicados, passando por xingamentos grosseiros com viés discriminatório quanto à classe social ou cor da pele (VENTURI et al., 2010).

Traz também exemplos de legislações latino-americanas, em especial, a argentina e a venezuelana. Informa que elas são bastante semelhantes no que tange à definição factual de violência obstétrica: a apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde, que se expressa em um trato desumanizador, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais.

Prossegue pontuando que a violência obstétrica pode conter, em sua manifestação (havendo a necessidade, portanto, de considerar cada caso individualmente), os tipos de violência física e sexual, no caso de uma episiotomia consentida, por exemplo, ou física, sexual e psicológica, se não houver consentimento da mulher em submeter-se ao procedimento.

É necessário, portanto, que a legislação reforce o importante papel de as autoridades sanitárias adotarem medidas de informação e proteção à gestante, parturiente e puérpera para promover as boas práticas em todas as etapas do cuidado com as mulheres, protegendo-as contra a violência obstétrica.

Ante o exposto, esperamos contar com o apoio dos nobres colegas para o aperfeiçoamento e aprovação da matéria.

Sala das Sessões, em 13 de junho de 2017.

Deputada JÔ MORAES

**LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA**  
Coordenação de Organização da Informação Legislativa - CELEG

**CONSTITUIÇÃO**  
**DA**  
**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**1988**  
**PREÂMBULO**

Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembléia Nacional Constituinte para instituir um Estado democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte Constituição da República Federativa do Brasil.

.....  
**TÍTULO II**  
**DOS DIREITOS E GARANTIAS FUNDAMENTAIS**

**CAPÍTULO I**  
**DOS DIREITOS E DEVERES INDIVIDUAIS E COLETIVOS**

.....  
**CAPÍTULO II**  
**DOS DIREITOS SOCIAIS**

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. ([\*Artigo com redação dada pela Emenda Constitucional nº 90, de 2015\*](#))

Art. 7º São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social:

I - relação de emprego protegida contra despedida arbitrária ou sem justa causa, nos termos de lei complementar, que preverá indenização compensatória, dentre outros direitos;

II - seguro-desemprego, em caso de desemprego involuntário;

III - fundo de garantia do tempo de serviço;

IV - salário mínimo, fixado em lei, nacionalmente unificado, capaz de atender às suas necessidades vitais básicas e às de sua família com moradia, alimentação, educação, saúde, lazer, vestuário, higiene, transporte e previdência social, com reajustes periódicos que lhe preservem o poder aquisitivo, sendo vedada sua vinculação para qualquer fim;

V - piso salarial proporcional à extensão e à complexidade do trabalho;

VI - irredutibilidade do salário, salvo o disposto em convenção ou acordo coletivo;

VII - garantia de salário, nunca inferior ao mínimo, para os que percebem remuneração variável;

VIII - décimo terceiro salário com base na remuneração integral ou no valor da aposentadoria;

IX - remuneração do trabalho noturno superior à do diurno;

X - proteção do salário na forma da lei, constituindo crime sua retenção dolosa;

XI - participação nos lucros, ou resultados, desvinculada da remuneração, e, excepcionalmente, participação na gestão da empresa, conforme definido em lei;

XII - salário-família pago em razão do dependente do trabalhador de baixa renda nos termos da lei; ([\*Inciso com redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998\*](#))

XIII - duração do trabalho normal não superior a oito horas diárias e quarenta e quatro semanais, facultada a compensação de horários e a redução da jornada, mediante acordo ou convenção coletiva de trabalho;

XIV - jornada de seis horas para o trabalho realizado em turnos ininterruptos de

revezamento, salvo negociação coletiva;

XV - repouso semanal remunerado, preferencialmente aos domingos;

XVI - remuneração do serviço extraordinário superior, no mínimo, em cinquenta por cento à do normal;

XVII - gozo de férias anuais remuneradas com, pelo menos, um terço a mais do que o salário normal;

XVIII - licença à gestante, sem prejuízo do emprego e do salário, com a duração de cento e vinte dias;

XIX - licença-paternidade, nos termos fixados em lei;

XX - proteção do mercado de trabalho da mulher, mediante incentivos específicos, nos termos da lei;

XXI - aviso prévio proporcional ao tempo de serviço, sendo no mínimo de trinta dias, nos termos da lei;

XXII - redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança;

XXIII - adicional de remuneração para as atividades penosas, insalubres ou perigosas, na forma da lei;

XXIV - aposentadoria;

XXV - assistência gratuita aos filhos e dependentes desde o nascimento até 5 (cinco) anos de idade em creches e pré-escolas; [\*\(Inciso com redação dada pela Emenda Constitucional nº 53, de 2006\)\*](#)

XXVI - reconhecimento das convenções e acordos coletivos de trabalho;

XXVII - proteção em face da automação, na forma da lei;

XXVIII - seguro contra acidentes de trabalho, a cargo do empregador, sem excluir a indenização a que este está obrigado, quando incorrer em dolo ou culpa;

XXIX - ação, quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho, com prazo prescricional de cinco anos para os trabalhadores urbanos e rurais, até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho; [\*\(Inciso com redação dada pela Emenda Constitucional nº 28, de 2000\)\*](#)

a) [\*\(Alínea revogada pela Emenda Constitucional nº 28, de 2000\)\*](#)

b) [\*\(Alínea revogada pela Emenda Constitucional nº 28, de 2000\)\*](#)

XXX - proibição de diferença de salários, de exercício de funções e de critério de admissão por motivo de sexo, idade, cor ou estado civil;

XXXI - proibição de qualquer discriminação no tocante a salário e critérios de admissão do trabalhador portador de deficiência;

XXXII - proibição de distinção entre trabalho manual, técnico e intelectual ou entre os profissionais respectivos;

XXXIII - proibição de trabalho noturno, perigoso ou insalubre a menores de dezoito e de qualquer trabalho a menores de dezesseis anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de quatorze anos; [\*\(Inciso com redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998\)\*](#)

XXXIV - igualdade de direitos entre o trabalhador com vínculo empregatício permanente e o trabalhador avulso.

Parágrafo único. São assegurados à categoria dos trabalhadores domésticos os direitos previstos nos incisos IV, VI, VII, VIII, X, XIII, XV, XVI, XVII, XVIII, XIX, XXI, XXII, XXIV, XXVI, XXX, XXXI e XXXIII e, atendidas as condições estabelecidas em lei e observada a simplificação do cumprimento das obrigações tributárias, principais e acessórias, decorrentes da relação de trabalho e suas peculiaridades, os previstos nos incisos I, II, III, IX, XII, XXV e XXVIII, bem como a sua integração à previdência social. [\*\(Parágrafo único com redação dada pela Emenda Constitucional nº 72, de 2013\)\*](#)

## LEI Nº 17.097, DE 17 DE JANEIRO DE 2017

Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina.

**O GOVERNADOR DO ESTADO DE SANTA CATARINA** Faço saber a todos os habitantes deste Estado que a Assembleia Legislativa decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º A presente Lei tem por objeto a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina e divulgação da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal.

Art. 2º Considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, por um familiar ou acompanhante que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período puerpério.

.....  
 .....  
**PROJETO DE LEI N.º 8.219, DE 2017**  
**(Do Sr. Francisco Floriano)**

"Dispõe sobre a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após".

**DESPACHO:**  
 APENSE-SE À(AO) PL-7867/2017.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º. Esta Lei dispõe sobre a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após

Art. 2º. A violência obstétrica é a imposição de intervenções danosas à integridade física e psicológica das mulheres nas instituições e por profissionais em que são atendidas, bem como o desrespeito a sua autonomia.

Art. 3º. Constitui violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais da saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após:

I - negar atendimento à mulher ou impor dificuldades ao atendimento em postos de saúde onde são realizados o acompanhamento pré-natal;

II – proferir comentários constrangedores à mulher, por sua cor, raça, etnia, idade, escolaridade, religião ou crença, condição socioeconômica, estado civil ou situação conjugal, orientação sexual, número de filhos, etc;

III - ofender, humilhar, xingar, insultar ou debochar da mulher ou sua família;

IV - negligenciar o atendimento de qualidade;

V – impedir a presença de um acompanhante de sua escolha durante todo o período de duração do trabalho de parto, parto e pós parto;

VI – submeter a cesariana sem indicação clínica e sem consentimento da mulher;

VII - impedir ou retardar o contato do bebê com a mulher logo após o parto, impedir o alojamento conjunto mãe e bebê, levando o recém-nascido para berçários sem nenhuma necessidade médica, apenas por conveniência da instituição;

VIII - impedir ou dificultar o aleitamento materno (impedindo amamentação na primeira hora de vida, afastando o recém nascido de sua mãe, deixando-o em berçários onde são introduzidas mamadeiras e chupetas etc.).

IX - Realizar procedimento cirúrgico sem o conhecimento e consentimento da mulher.

Pena - detenção, de seis meses a dois anos, e multa

Art. 3º. O procedimento médico denominado episiotomia é inadequado e violento, devendo ser praticado, exclusivamente, nos casos de sofrimento do bebê ou complicação no parto que coloque em risco a vida e a saúde da mãe e do bebê, devendo ser motivada no prontuário médico da mulher.

Pena - detenção, de um ano a dois anos, e multa

Art. 4º. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

### **JUSTIFICATIVA**

O objetivo desse Projeto de lei é impedir que a mulher em trabalho de parto ou logo em seguida sofra qualquer tipo de constrangimento ou tratamento vexatório por parte dos médicos e outros profissionais da saúde.

No mundo inteiro, muitas mulheres sofrem abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde. Tal tratamento não apenas viola os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso, mas também ameaça o direito à vida, à saúde, à integridade física e à não-discriminação.

Durante o pré-natal, parto e mesmo pouco tempo depois de dar à luz, mulheres são vítimas de agressões sutis, disfarçadas de protocolos médicos e, muitas vezes, carregadas de discriminações.

Vale ressaltar que, de acordo com pesquisa feita pela Fundação Perseu Abramo, 1(uma) em cada 4 (quatro) brasileira é vítima de violência obstétrica. (Fonte: Correio Braziliense, Saúde, 09/07/2017, p. 6)

Os abusos vão desde pressão psicológica a realização de procedimentos cirúrgicos desnecessários e sem consentimento da mulher.

Esse tipo de comportamento médico e de profissionais da saúde é odioso e covarde, pois gera uma sensação de insegurança na mulher num momento de maior fragilidade que é a hora do parto. É um sofrimento calado, de temor, pois naquele momento, a mulher não pode controlar o que ocorre ao seu redor durante o parto. Precisa confiar na equipe médica e nos profissionais de saúde que estão participando do parto.

Infelizmente, ainda existe no país uma cultura de que a mulher tem que sofrer durante o parto e a gestação, senão “não é mãe”.

Conforme alerta a promotora de justiça do Ministério Público de São Paulo e diretora do Ministério Público Democrático Fabiana Dal’Mais. “Além do preconceito contra a mulher, a violência obstétrica também passa por uma falha na formação dos profissionais de saúde”.

Ressalta que, existem procedimentos que já foram extintos pela organização mundial de saúde (OMS) desde a década de 1990, por serem considerados agressivos, no entanto, ainda são práticas freqüentes em hospitais públicos do país. É o caso da episiotomia (corte feito na região do períneo para facilitar a passagem do bebê).

Essa técnica é indicada pela OMS apenas em caso de sofrimento da criança ou complicação no parto que coloque a vida da mulher e do bebê em risco. O problema é que a prática é realizada de forma indiscriminada, principalmente, por médicos pouco experientes ou com formação deficitária que trabalham, muitas vezes, como plantonista em hospitais públicos nos pequenos centros.

É preciso atentar para a questão de que, a violência obstétrica traz em si uma discriminação de gênero e, como tal, deve ser combatida assim como vem sendo a violência doméstica através da aplicação da Lei Maria da Penha, a tipificação do crime de feminicídio no Código Penal e a declaração da OMS sobre violência obstétrica caminham no sentido de proteger a integridade física e a dignidade da mulher.

Toda mulher tem direito ao melhor padrão atingível de saúde, o qual inclui o direito a um cuidado de saúde digno e respeitoso.

Por ser de relevância social, peço o apoio dos nobres pares à aprovação deste Projeto de lei.

Sala das Sessões, em 09 de agosto de 2017.

---

Deputado FRANCISCO FLORIANO (DEM/RJ)

## **PROJETO DE LEI N.º 9.372, DE 2017** **(Do Sr. Angelim)**

Autoriza o Poder Executivo a instituir cursos de humanização no atendimento às gestantes.

**DESPACHO:**  
APENSE-SE À(AO) PL-6567/2013.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Fica o Poder Executivo autorizado a instituir a oferta obrigatória de cursos de capacitação dos profissionais da área da obstetrícia na humanização do

atendimento às gestantes na ocorrência do parto e pós-parto, a fim de proporcionar melhores condições no auxílio das pacientes e reduzir as ocorrências incongruentes entre o profissional e a gestante.

Art. 2º A implantação dos cursos de capacitação a que refere o Art. 1º será vinculada aos cursos de graduação em medicina e enfermagem, na Especialização e Residência em Obstetrícia.

Art. 3º A carga horária deverá ser de 6 horas com aulas práticas e 6 horas com aulas teóricas, podendo ser intercaladas semanalmente ou mensalmente.

Art. 4º A matriz curricular deverá ser constituída pelo Ministério da Educação (MEC) em conjunto com os profissionais e entidades ligadas à saúde, bem como o próprio Ministério da Saúde.

Parágrafo único. Os conceitos básicos de humanização e defesa da vida da gestante e do nascituro deverão compor a matriz curricular.

Art. 5º O planejamento, bem como os conteúdos a serem abordados na disciplina em questão ficarão a critério do corpo docente da instituição de ensino, devendo abordar princípios éticos e o necessário consentimento da gestante.

Art. 6º Esta Lei entra em vigor na data da sua publicação.

## JUSTIFICATIVA

Anualmente a Câmara dos Deputados realiza o “Parlamento Jovem”, uma simulação da atividade parlamentar em que estudantes do ensino médio ou técnico participam de debates e votações, aprovando no final seus “projetos de lei”.

Em 2017 foram selecionados 78 representantes dos 26 estados e do Distrito Federal, com idade entre 16 e 22 anos, que desenvolveram seus trabalhos nas dependências do Centro de Formação, Treinamento e Aperfeiçoamento da Câmara dos Deputados (Cefor), em plenários de comissões e no Plenário Ulysses Guimarães.

O programa também estimula, nas escolas, a discussão de temas como política, cidadania e participação popular e **considero da maior importância para os jovens esta** vivência do processo democrático mediante a participação em uma jornada parlamentar na Câmara dos Deputados, com diplomação, posse e exercício do mandato.

O Estado do Acre foi representado pela jovem Arielle Farias da Cruz, que elaborou o projeto que ora apresento com algumas pequenas modificações para melhor adequá-lo ao processo legislativo. Ao formalizar o PL quero prestar uma homenagem à Arielle e ao Parlamento Jovem, além de estimular a participação dos jovens na política, tão importante para o nosso futuro.

A seguir reproduzo trecho da justificativa elaborada pela Arielle quando da apresentação de sua proposta:

*“Os índices de ações agressivas (físicas e psicológicas) dos profissionais do setor da saúde obstétrica com as gestantes durante o acontecimento do parto é um aspecto preocupante e recorrente no nosso país. Tal fator é atribuído à inexistência da capacitação humanizada dos profissionais da área da saúde,*

*fazendo com que assim muitas mulheres vivenciem situações de constrangimento, humilhação e dor no parto e pós-parto, ocasionados pela falta de ética e compromisso destes especialistas. Entretanto, para resolver tal impasse é necessário (...) a Humanização no Atendimento as Gestantes (...). Numerosos estudos no nosso país relatam que, nos hospitais públicos e privados, boa parte das mulheres é submetida a um serviço de atendimento precário, que visa tratar as pacientes como um produto, não respeitando as suas necessidades e vontades fisiológicas. Em decorrência disto, há o descumprimento dos direitos básicos da mulher grávida. A insegurança, a ausência do respeito, a privação de sono, a falta de acesso às informações e a utilização de medicamentos e procedimentos indutivos sem o consentimento da mulher, são alguns dos fatores que resultam em uma série de consequências traumáticas para esta. Certamente, essas negligências associam-se a precariedade do ambiente hospitalar em conjunto com os profissionais especialistas em obstetrícia (...). É previsto que o Projeto de Lei em questão possa servir como uma contribuição para o aumento da qualidade da saúde da mulher gestante no nosso país, visando o constante desenvolvimento de técnicas que possam possibilitar uma melhor comodidade para a mãe e o nascituro. Sendo assim, se tivermos profissionais mais capacitados tecnicamente e intelectualmente, iremos conquistar, em um futuro próximo, indivíduos dotados de competências humanizadas e especializadas em garantir o bem-estar de todos...”.*

Independentemente do julgamento que se possa fazer sobre a iniciativa, sem dúvidas que sua tramitação trará à luz dois debates de grande relevância para nossa atividade legislativa: a humanização dos partos nos hospitais e a participação cidadã dos jovens na atividade parlamentar, razão pela qual conto com o apoio dos Nobres Pares para sua aprovação.

Sala das Sessões, em 18 de dezembro de 2017.

**ANGELIM**  
Deputado Federal  
PT/AC

## **PROJETO DE LEI N.º 9.749, DE 2018** **(Do Sr. Rômulo Gouveia)**

Altera a Lei 8.069, de 13 de julho de 1990, que "dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências" para permitir à gestante e à parturiente o acompanhamento por uma pessoa de sua preferência e uma enfermeira obstétrica autônoma durante o período do pré-natal, do trabalho de parto e do pós-parto imediato.

**DESPACHO:**  
 APENSE-SE À(AO) PL-5304/2013.

**O Congresso Nacional decreta:**

Art. 1º Esta lei altera a lei 8.069, de 13 de julho de 1990, que “dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências” para permitir à gestante e à parturiente o acompanhamento por uma pessoa de sua preferência e uma enfermeira obstétrica autônoma durante o período do pré-natal, do trabalho de parto e do pós-parto imediato.

Art. 2º. O § 6º do art. 8º da Lei 8.069, de 13 de julho de 1990 passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 8º.....

§ 6º. A gestante e a parturiente têm direito ao acompanhamento e uma enfermeira obstétrica autônoma durante o período do pré-natal, do trabalho de parto e do pós-parto imediato.” (NR)

Art. 3º. Esta lei entra em vigor cento e oitenta dias após sua publicação oficial.

**JUSTIFICAÇÃO**

A recente edição da Lei 13.257, de 8 de março de 2016, que “dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância” representou grande aperfeiçoamento a vários diplomas legais, em especial ao Estatuto da Criança e do Adolescente. Uma alteração extremamente positiva foi explicitar o direito ao acompanhamento por pessoa da preferência da gestante ou parturiente.

No entanto, tem sido exaltado o benefício da atuação da Enfermeira Obstétrica ao longo do período pré-natal, parto e puerpério imediato, em especial no sentido de humanizar o cuidado e proporcionar menos dor e mais tranquilidade no processo de nascimento. As Enfermeiras Obstétricas são

profissionais autônomas cuja atuação obedece à Lei 7.498, de 25 de junho de 1986, regulamentada pelo Decreto 94.406, de 8 de junho 1987 e pela Resolução do Conselho Federal de Enfermagem 516, de 2016, que “normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro Obstetra e Obstetriz na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e outros locais onde ocorra essa assistência”. Salientamos que essas profissionais são inclusive capacitadas para realizarem partos normais sem distócias. No entanto, o que propomos aqui é a participação exclusiva como apoio para a mulher, proporcionando a ela, além de segurança, a orientação quanto a métodos e técnicas para alívio da dor, considerando que ela já terá participado de toda a preparação para o parto.

No entanto, constata-se que ao chegar ao local do parto, é comum que o estabelecimento exija que se faça a opção pelo acompanhante, geralmente familiar, ou pela profissional. Abrir mão da participação de uma pessoa capacitada que já desenvolveu vínculos profundos durante a gestação é extremamente prejudicial.

Assim, cogitamos permitir que Enfermeiras Obstétricas sejam autorizadas a participar de todo o processo de gestação e do momento do parto além do acompanhante. Ao modificar o Estatuto da Criança e do Adolescente, a determinação se torna plenamente aplicável tanto a serviços da esfera pública quanto da privada.

Acreditamos que a medida vai se mostrar extremamente valiosa para garantir melhores condições para as parturientes e vai resultar em crianças vindo ao mundo em situação mais favorável, com menos trauma e medo, o que certamente se refletirá positivamente em toda sua vida futura.

Por estas razões, solicitamos a inestimável contribuição dos ilustres Pares para aprofundar o debate e contribuir para o aperfeiçoamento da proposta.

Sala das Sessões, em 13 de março de 2018.

Deputado **RÔMULO GOUVEIA**

**PSD/PB**

**LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA**  
 Coordenação de Organização da Informação Legislativa - CELEG  
 Serviço de Tratamento da Informação Legislativa - SETIL  
 Seção de Legislação Citada - SELEC

**LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990**

Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

LIVRO I  
PARTE GERAL

.....  
TÍTULO II  
DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS

CAPÍTULO I  
DO DIREITO À VIDA E À SAÚDE

Art. 7º A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.

Art. 8º É assegurado a todas as mulheres o acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo e, às gestantes, nutrição adequada, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde. (*[“Caput” do artigo com redação dada pela Lei nº 13.257, de 8/3/2016](#)*)

§ 1º O atendimento pré-natal será realizado por profissionais da atenção primária. (*[Parágrafo com redação dada pela Lei nº 13.257, de 8/3/2016](#)*)

§ 2º Os profissionais de saúde de referência da gestante garantirão sua vinculação, no último trimestre da gestação, ao estabelecimento em que será realizado o parto, garantido o direito de opção da mulher. (*[Parágrafo com redação dada pela Lei nº 13.257, de 8/3/2016](#)*)

§ 3º Os serviços de saúde onde o parto for realizado assegurarão às mulheres e aos seus filhos recém-nascidos alta hospitalar responsável e contrarreferência na atenção primária, bem como o acesso a outros serviços e a grupos de apoio à amamentação. (*[Parágrafo com redação dada pela Lei nº 13.257, de 8/3/2016](#)*)

§ 4º Incumbe ao poder público proporcionar assistência psicológica à gestante e à mãe, no período pré e pós-natal, inclusive como forma de prevenir ou minorar as consequências do estado puerperal. (*[Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.010, de 3/8/2009](#)*)

§ 5º A assistência referida no § 4º deste artigo deverá ser prestada também a gestantes e mães que manifestem interesse em entregar seus filhos para adoção, bem como a gestantes e mães que se encontrem em situação de privação de liberdade. (*[Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.010, de 3/8/2009 e com redação dada pela Lei nº 13.257, de 8/3/2016](#)*)

§ 6º A gestante e a parturiente têm direito a 1 (um) acompanhante de sua

preferência durante o período do pré-natal, do trabalho de parto e do pós-parto imediato. [\(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.257, de 8/3/2016\)](#)

§ 7º A gestante deverá receber orientação sobre aleitamento materno, alimentação complementar saudável e crescimento e desenvolvimento infantil, bem como sobre formas de favorecer a criação de vínculos afetivos e de estimular o desenvolvimento integral da criança. [\(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.257, de 8/3/2016\)](#)

§ 8º A gestante tem direito a acompanhamento saudável durante toda a gestação e a parto natural cuidadoso, estabelecendo-se a aplicação de cesariana e outras intervenções cirúrgicas por motivos médicos. [\(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.257, de 8/3/2016\)](#)

§ 9º A atenção primária à saúde fará a busca ativa da gestante que não iniciar ou que abandonar as consultas de pré-natal, bem como da puérpera que não comparecer às consultas pós-parto. [\(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.257, de 8/3/2016\)](#)

§ 10. Incumbe ao poder público garantir, à gestante e à mulher com filho na primeira infância que se encontrem sob custódia em unidade de privação de liberdade, ambiência que atenda às normas sanitárias e assistenciais do Sistema Único de Saúde para o acolhimento do filho, em articulação com o sistema de ensino competente, visando ao desenvolvimento integral da criança. [\(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.257, de 8/3/2016\)](#)

Art. 9º O Poder Público, as instituições e os empregadores propiciarão condições adequadas ao aleitamento materno, inclusive aos filhos de mães submetidas a medida privativa de liberdade.

§ 1º Os profissionais das unidades primárias de saúde desenvolverão ações sistemáticas, individuais ou coletivas, visando ao planejamento, à implementação e à avaliação de ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável, de forma contínua. [\(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.257, de 8/3/2016\)](#)

§ 2º Os serviços de unidades de terapia intensiva neonatal deverão dispor de banco de leite humano ou unidade de coleta de leite humano. [\(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.257, de 8/3/2016\)](#)

## LEI Nº 13.257, DE 8 DE MARÇO DE 2016

Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Esta Lei estabelece princípios e diretrizes para a formulação e a implementação de políticas públicas para a primeira infância em atenção à especificidade e à relevância dos primeiros anos de vida no desenvolvimento infantil e no desenvolvimento do ser humano, em consonância com os princípios e diretrizes da Lei nº 8.069, de 13 de julho de

1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente); altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente); altera os arts. 6º, 185, 304 e 318 do Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal); acrescenta incisos ao art. 473 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943; altera os arts. 1º, 3º, 4º e 5º da Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008; e acrescenta parágrafos ao art. 5º da Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012.

Art. 2º Para os efeitos desta Lei, considera-se primeira infância o período que abrange os primeiros 6 (seis) anos completos ou 72 (setenta e dois) meses de vida da criança.

.....  
 .....  
**LEI Nº 7.498, DE 25 DE JUNHO DE 1986**

Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA,**

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

Art. 1º É livre o exercício da enfermagem em todo o território nacional, observadas as disposições desta Lei.

Art. 2º A enfermagem e suas atividades auxiliares somente podem ser exercidas por pessoas legalmente habilitadas e inscritas no Conselho Regional de Enfermagem com jurisdição na área onde ocorre o exercício.

Parágrafo único. A enfermagem é exercida privativamente pelo Enfermeiro, pelo Técnico de Enfermagem, pelo Auxiliar de Enfermagem e pela Parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação.

.....  
 .....  
**DECRETO Nº 94.406, DE 8 DE JUNHO DE 1987**

Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, usando das atribuições que lhe confere o artigo 81, item III, da Constituição, e tendo em vista o disposto no artigo 25 da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986,

DECRETA:

Art. 1º. O exercício da atividade de enfermagem, observadas as disposições da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e respeitados os graus de habilitação, é privativo de Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem e Parteiro e só será permitido ao profissional inscrito no Conselho Regional de Enfermagem da respectiva região.

Art. 2º. As instituições e serviços de saúde incluirão a atividade de enfermagem no seu planejamento e programação.

.....  
 .....  
**RESOLUÇÃO COFEN Nº 516 DE 24 DE JUNHO DE 2016**

Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de

Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e outros locais onde ocorra essa assistência; estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetrix no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, e dá outras providências.

O Conselho Federal de Enfermagem – COFEN, no uso das atribuições que lhes são conferidas pela Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, e pelo Regimento Interno da Autarquia, aprovado pela Resolução COFEN nº 421, de 15 de fevereiro de 2012.

CONSIDERANDO o que dispõe o artigo 5º, inciso XIII, da Constituição da República Federativa do Brasil;

CONSIDERANDO a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício de Enfermagem e dá outras providências; e o Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que a regulamenta;

CONSIDERANDO que a alteração da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS;

CONSIDERANDO o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde;

CONSIDERANDO os princípios fundamentais e as normas do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, aprovado pela Resolução COFEN nº 311 de 08 de fevereiro de 2007;

CONSIDERANDO a Resolução COFEN nº 195, de 18 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a solicitação de exames complementares por Enfermeiros;

CONSIDERANDO a Resolução COFEN nº 358, de 15 de outubro de 2009, que dispõe sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambiente, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências;

CONSIDERANDO a Resolução COFEN nº 389/2011, de 18 de outubro de 2011, que atualiza no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para registro de títulos de pós-graduação lato e stricto sensu;

CONSIDERANDO que a Portaria GM nº 2.815, de 29 de maio de 1998, MS, inclui na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) e na Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), o Grupo de Procedimentos Parto Normal sem Distócia realizado por Enfermeiro Obstetra, e a Assistência ao Parto sem Distócia por Enfermeiro Obstetra, visando a redução da morbimortalidade materna e perinatal;

CONSIDERANDO a Portaria GM/MS nº 985, de 05 de agosto de 1999, que cria os Centros de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para atendimento da mulher no ciclo gravídico-puerperal;

CONSIDERANDO que a Portaria SAS/MS nº 743, de 20 de dezembro de 2005, define que somente os profissionais portadores do diploma ou certificado de Enfermeiro (a) Obstetra estão autorizados a emitir laudos de AIH para o procedimento código 35.080.01.9 – parto normal sem distócia realizado por Enfermeiro (a) Obstetra, do grupo 35.150.01.7 da tabela do SIH/SUS;

CONSIDERANDO a Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde no Âmbito do Sistema

Único de Saúde- SUS;

CONSIDERANDO a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui no âmbito do SUS, a Rede Cegonha;

CONSIDERANDO a Portaria GM/ MS Nº 529, de 01 de abril de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP);

CONSIDERANDO a Portaria nº 904, de 29 de maio de 2013, que estabelece 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;

CONSIDERANDO a Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), nº 36, de 03 de junho de 2008, que dispõe sobre Regulamento Técnico para funcionamento de serviços de atenção obstétrica e neonatal;

CONSIDERANDO a Portaria MS-SAS Nº 371, de 7 de maio de 2014, que institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS);

CONSIDERANDO a Resolução Normativa RN da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS Nº 368, de 6 de janeiro de 2015, que dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar;

CONSIDERANDO os critérios mínimos de qualificação proposto pela Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiros Obstetras – ABENFO, no ano de 1998, no documento Critérios para Elaboração de Projeto de Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica, em parceria com o Ministério da Saúde;

CONSIDERANDO as Recomendações sobre a Formação em Enfermagem Obstétrica aprovadas pelo Plenário do Cofen em sua 462ª ROP, realizada em 18 de março de 2015;

CONSIDERANDO a necessidade de atualizar as normatizações existentes no âmbito do COFEN, relacionadas a atuação do Enfermeiro na assistência a gestação, parto e puerpério, para garantir a qualidade da assistência obstétrica;

CONSIDERANDO a deliberação do Plenário na 478ª Reunião Ordinária, realizada em junho de 2016, e todos os documentos acostados aos autos dos Processos Administrativos Cofen nºs 477/2013 e 379/2015;

RESOLVE:

Art. 1º Normatizar a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e demais locais onde ocorra essa assistência e estabelecer critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetrix no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem.

§1º Os profissionais referenciados no caput do presente artigo deverão atuar nos estabelecimentos também referidos no caput deste artigo, conforme regulamentações da profissão e normativas do Ministério da Saúde.

§2º É vedado ao Obstetrix o exercício de atividades de Enfermagem fora da área obstétrica, exceto em casos de urgência, na qual, efetivamente haja iminente e grave risco de morte, não podendo tal exceção aplicar-se às situações previsíveis e rotineiras.

§3º Para a atuação do Enfermeiro generalista nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto, e para o Registro de Título de Obstetrix e o de pós-graduação Stricto ou Lato Sensu, de Enfermeiro Obstetra no Conselho Federal de

Enfermagem, além do disposto na Resolução COFEN nº 389/2011, de 20 de outubro de 2011, estabelece os seguintes critérios mínimos de qualificação para a prática de obstetrícia, a ser comprovada através de documento oficial da autoridade que expediu o diploma ou certificado, desde que habilitados após o dia 13 de abril de 2015. (*Redação dada pela Resolução Cofen nº 524/2016*).

- I- Realização de no mínimo, 15 (quinze) consultas de Enfermagem pré-natais;
- II- Realização de no mínimo, 20 (vinte) partos com acompanhamento completo do trabalho de parto, parto e pós-parto;
- III- Realização de, no mínimo, 15 (quinze) atendimentos ao recém-nascido na sala de parto.

Art. 2º Para os fins determinados no artigo anterior, são considerados Centro de Parto Normal e/ou Casa de Parto, unidades destinadas à assistência ao parto de risco habitual, pertencente ou não ao estabelecimento hospitalar. Quando pertencente a rede hospitalar pode ser intra-hospitalar ou peri-hospitalar; quando não pertencente a rede hospitalar pode ser comunitária ou autônoma;

Parágrafo único. O Centro de Parto Normal e/ou Casa de Parto destinam-se à assistência ao parto e nascimento de risco habitual, conduzido pelo Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra ou Obstetiz, da admissão até a alta. Deverão atuar de forma integrada às Redes de Atenção à Saúde, garantindo atendimento integral e de qualidade, baseado em evidências científicas e humanizado, às mulheres, seus recém-nascidos e familiares e/ou acompanhantes.

## **PROJETO DE LEI N.º 10.209, DE 2018**

### **(Do Sr. Marco Antônio Cabral)**

Dispõe sobre o acesso ao uso de anestésias peridural e raquidiana nos partos realizados pelo Sistema Único de Saúde e da outras providências.

**DESPACHO:**  
APENSE-SE AO PL-4126/2015.

**O CONGRESSO NACIONAL** decreta:

Art. 1º. Toda gestante ou parturiente que realizar o parto pelo Sistema Único de Saúde poderá requerer o uso de anestesia peridural ou raquidiana durante o trabalho de parto, independente do tipo de parto que desejar.

Art. 2º. A utilização das anestésias previstas nesta lei deverá ser precedida de avaliação médica da gestante, na qual serão identificados os fatores de risco da gravidez, reavaliados a cada contato da gestante com o sistema de saúde durante a assistência pré-natal, inclusive quando do atendimento preliminar ao trabalho de parto e o uso de uma

dessas anestésias durante o trabalho de parto.

Art. 3º. A gestante ou parturiente receberá todas as informações necessárias a respeito das anestésias disponibilizadas, incluindo, mas não se limitando, ao modo de aplicação, efeitos colaterais, duração de seus efeitos e qualquer outra informação que a parturiente requerer ou o médico responsável pelo parto julgar pertinente para fins de informação.

§1º. As disposições de vontade manifestadas pela gestante ou parturiente só poderão ser contrariadas quando assim o exigirem a segurança do parto ou a saúde da mãe ou do recém-nascido.

§ 2º. Na hipótese de risco de vida ou à saúde da gestante ou do nascituro, o médico responsável poderá restringir as opções ou mesmo impedir o uso de anestésias previstas nesta lei, desde que sua decisão seja devidamente fundamentada, demonstrando de forma clara, precisa e objetiva as implicações da disposição de vontade da gestante ou parturiente que forem contraindicadas pelo médico responsável.

§ 3º. A justificativa de que trata o §2º será averbada ao prontuário médico após a entrega de cópia à gestante ou ao seu cônjuge, companheiro ou parente.

Art. 4º. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

### **JUSTIFICATIVA**

Atualmente o acesso à anestesia no Sistema Único de Saúde (SUS) é garantido pelo art. 3º, V, da Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, emitida pelo Ministério da Saúde.

De forma bastante sucinta, a teoria da hierarquização das normas coloca as leis e atos normativos em uma “ordem” dentro do ordenamento jurídico visando o respeito e harmonia entre elas para evitar qualquer tipo de conflito ou desconformidade entre os atos publicados. Desta forma, quando duas normas sobre o mesmo tema são colocadas em análise concomitantemente, é necessário que alguns critérios como hierarquia, especificidade sobre a matéria, dentre outros, sejam levados em consideração para se decidir qual norma, de fato, mais se adequa ao caso concreto e, por consequência, será utilizada.

Ante o exposto, é importante salientar que as portarias emitidas estão em um patamar abaixo das leis promulgadas pelas Casas Legislativas. Em que pese o uso cada vez mais corriqueiro das portarias nos órgãos do Poder Executivo e sua crescente importância em temas diversos, é fundamental que determinadas matérias sejam albergadas por atos normativos de hierarquia superior devido à sua importância.

É o caso da matéria deste projeto de lei que visa garantir, por lei, o pleno acesso ao uso de anestésias (mais especificamente a peridural e raquidiana) quando da realização de partos utilizando a rede do SUS. Ainda que seja algo já garantido pelo Ministério da Saúde, resguardar tal direito em uma lei é uma forma de proteger as gestantes e parturientes que tenham intenção em fazer uso de anestesia durante seus trabalhos de parto. A título ilustrativo, poderia o Ministério da Saúde suspender, modificar ou extinguir tal portaria, caso seja o seu melhor entendimento. Tomar tal medida não é tão simples quando o texto legal estiver amparado em uma lei aprovada e promulgada pelo Congresso Nacional.

Os direitos à saúde e ao acesso universal gratuito à rede pública de saúde são garantidos por nossa Constituição e este projeto de lei visa dar maior garantia de aplicação destes direitos a todas as gestantes e parturientes que utilizarem o SUS para realizarem os trabalhos de acompanhamento de gestação e parto propriamente dito.

Brasília, 9 de maio de 2018.

**MARCO ANTÔNIO CABRAL**  
Deputado Federal MDB/RJ

**LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA**  
Coordenação de Organização da Informação Legislativa - CELEG  
Serviço de Tratamento da Informação Legislativa - SETIL  
Seção de Legislação Citada - SELEC

### **PORTARIA Nº 1.820, DE 13 DE AGOSTO DE 2009**

Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde.

O **MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE**, no uso das atribuições previstas no inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando os arts. 6º e 196 da Constituição Federal;

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde a organização e funcionamento dos serviços correspondentes; e

Considerando a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS, de 2003, do Ministério da Saúde; e

Considerando a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS, de 2007, do Ministério da Saúde, resolve:

Art. 1º Dispor sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde nos termos da legislação vigente.

Art. 2º Toda pessoa tem direito ao acesso a bens e serviços ordenados e organizados para garantia da promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde.

§ 1º O acesso será preferencialmente nos serviços de Atenção Básica integrados por centros de saúde, postos de saúde, unidades de saúde da família e unidades básicas de saúde ou similares mais próximos de sua casa.

§ 2º Nas situações de urgência/emergência, qualquer serviço de saúde deve

receber e cuidar da pessoa bem como encaminhá-la para outro serviço no caso de necessidade.

§ 3º Em caso de risco de vida ou lesão grave, deverá ser assegurada a remoção do usuário, em tempo hábil e em condições seguras para um serviço de saúde com capacidade para resolver seu tipo de problema.

§ 4º O encaminhamento às especialidades e aos hospitais, pela Atenção Básica, será estabelecido em função da necessidade de saúde e indicação clínica, levando-se em conta a gravidade do problema a ser analisado pelas centrais de regulação.

§ 5º Quando houver alguma dificuldade temporária para atender as pessoas é da responsabilidade da direção e da equipe do serviço, acolher, dar informações claras e encaminhá-las sem discriminação e privilégios.

Art. 3º Toda pessoa tem direito ao tratamento adequado e no tempo certo para resolver o seu problema de saúde.

Parágrafo único. É direito da pessoa ter atendimento adequado, com qualidade, no tempo certo e com garantia de continuidade do tratamento, para isso deve ser assegurado:

I - atendimento ágil, com tecnologia apropriada, por equipe multiprofissional capacitada e com condições adequadas de atendimento;

II - informações sobre o seu estado de saúde, de maneira clara, objetiva, respeitosa, compreensível quanto a:

a) possíveis diagnósticos;

b) diagnósticos confirmados;

c) tipos, justificativas e riscos dos exames solicitados;

d) resultados dos exames realizados;

e) objetivos, riscos e benefícios de procedimentos diagnósticos, cirúrgicos, preventivos ou de tratamento;

f) duração prevista do tratamento proposto;

g) quanto a procedimentos diagnósticos e tratamentos invasivos ou cirúrgicos;

h) a necessidade ou não de anestesia e seu tipo e duração;

i) partes do corpo afetadas pelos procedimentos, instrumental a ser utilizado, efeitos colaterais, riscos ou consequências indesejáveis;

j) duração prevista dos procedimentos e tempo de recuperação;

k) evolução provável do problema de saúde;

l) informações sobre o custo das intervenções das quais a pessoa se beneficiou;

m) outras informações que forem necessárias;

III - toda pessoa tem o direito de decidir se seus familiares e acompanhantes deverão ser informados sobre seu estado de saúde;

IV - registro atualizado e legível no prontuário, das seguintes informações:

a) motivo do atendimento e/ou internação;

b) dados de observação e da evolução clínica;

c) prescrição terapêutica;

d) avaliações dos profissionais da equipe;

e) procedimentos e cuidados de enfermagem;

f) quando for o caso, procedimentos cirúrgicos e anestésicos, odontológicos, resultados de exames complementares laboratoriais e radiológicos;

g) a quantidade de sangue recebida e dados que garantam a qualidade do sangue, como origem, sorologias efetuadas e prazo de validade;

h) identificação do responsável pelas anotações;

i) outras informações que se fizerem necessárias;

V - o acesso à anestesia em todas as situações em que for indicada, bem como a medicações e procedimentos que possam aliviar a dor e o sofrimento;

VI - o recebimento das receitas e prescrições terapêuticas, devem conter:

a) o nome genérico das substâncias prescritas;  
 b) clara indicação da dose e do modo de usar.  
 c) escrita impressa, datilografada ou digitada, ou em caligrafia legível;  
 d) textos sem códigos ou abreviaturas;  
 e) o nome legível do profissional e seu número de registro no conselho profissional; e

f) a assinatura do profissional e a data;

VII - recebimento, quando prescritos, dos medicamentos que compõem a farmácia básica e, nos casos de necessidade de medicamentos de alto custo deve ser garantido o acesso conforme protocolos e normas do Ministério da Saúde;

VIII - o acesso à continuidade da atenção no domicílio, quando pertinente, com estímulo e orientação ao autocuidado que fortaleça sua autonomia e a garantia de acompanhamento em qualquer serviço que for necessário;

IX - o encaminhamento para outros serviços de saúde deve ser por meio de um documento que contenha:

a) caligrafia legível ou datilografada ou digitada ou por meio eletrônico;

b) resumo da história clínica, possíveis diagnósticos, tratamento realizado, evolução e o motivo do encaminhamento;

c) linguagem clara evitando códigos ou abreviaturas;

d) nome legível do profissional e seu número de registro no conselho profissional, assinado e datado; e

e) identificação da unidade de saúde que recebeu a pessoa, assim como da Unidade que está sendo encaminhada.

Art. 4º Toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos.

Parágrafo único. É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência, garantindo-lhe:

I - identificação pelo nome e sobrenome civil, devendo existir em todo documento do usuário e usuária um campo para se registrar o nome social, independente do registro civil sendo assegurado o uso do nome de preferência, não podendo ser identificado por número, nome ou código da doença ou outras formas desrespeitosas ou preconceituosas;

## **PROJETO DE LEI N.º 10.987, DE 2018**

### **(Do Sr. Carlos Henrique Gaguim)**

Autoriza o Poder Executivo a instituir cursos de humanização no atendimento às gestantes.

**DESPACHO:**  
 APENSE-SE À(AO) PL-9372/2017.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Fica o Poder Executivo autorizado a instituir a oferta obrigatória de cursos de capacitação dos profissionais da área da obstetrícia na humanização do atendimento às gestantes na ocorrência do parto e pós-parto, a fim de proporcionar melhores condições no auxílio das pacientes e reduzir as ocorrências incongruentes entre o profissional e a gestante.

Art. 2º A implantação dos cursos de capacitação a que refere o Art. 1º será vinculada aos cursos de graduação em medicina e enfermagem, na Especialização e Residência em Obstetrícia.

Art. 3º A carga horária deverá ser de 6 horas com aulas práticas e 6 horas com aulas teóricas, podendo ser intercaladas semanalmente ou mensalmente.

Art. 4º A matriz curricular deverá ser constituída pelo Ministério da Educação (MEC) em conjunto com os profissionais e entidades ligadas à saúde, bem como o próprio Ministério da Saúde. Parágrafo único. Os conceitos básicos de humanização e defesa da vida da gestante e do nascituro deverão compor a matriz curricular.

Art. 5º O planejamento, bem como os conteúdos a serem abordados na disciplina em questão ficarão a critério do corpo docente da instituição de ensino, devendo abordar princípios éticos e o necessário consentimento da gestante.

Art. 6º Esta Lei entra em vigor na data da sua publicação.

#### **JUSTIFICATIVA**

Anualmente a Câmara dos Deputados realiza o “Parlamento Jovem”, uma simulação da atividade parlamentar em que estudantes do ensino médio ou técnico participam de debates e votações, aprovando no final seus “projetos de lei”. Em 2017 foram selecionados 78 representantes dos 26 estados e do Distrito Federal, com idade entre 16 e 22 anos, que desenvolveram seus trabalhos nas dependências do Centro de Formação, Treinamento e Aperfeiçoamento da Câmara dos Deputados (Cefor), em plenários de comissões e no Plenário Ulysses Guimarães.

O programa também estimula, nas escolas, a discussão de temas como política, cidadania e participação popular e considero da maior importância para os jovens esta vivência do processo democrático mediante a participação em uma jornada parlamentar na Câmara dos Deputados, com diplomação, posse e exercício do mandato.

O Estado do Acre foi representado pela jovem Arielle Farias da Cruz, que elaborou o projeto que ora apresento com algumas pequenas modificações para melhor adequá-lo ao processo legislativo.

Ao formalizar o PL quero prestar uma homenagem à Arielle e ao Parlamento Jovem, além de estimular a participação dos jovens na política, tão importante para o nosso futuro.

A seguir reproduzo trecho da justificativa elaborada pela Arielle quando da apresentação de sua proposta: “Os índices de ações agressivas (físicas e psicológicas) dos profissionais do setor da saúde obstétrica com as gestantes durante o acontecimento do parto é um aspecto preocupante e recorrente no nosso país.

Tal fator é atribuído à inexistência da capacitação humanizada dos profissionais da área da saúde, fazendo com que assim muitas mulheres vivenciem situações de

constrangimento, humilhação e dor no parto e pós-parto, ocasionados pela falta de ética e compromisso destes especialistas.

Entretanto, para resolver tal impasse é necessário (...) a Humanização no Atendimento as Gestantes (...). Numerosos estudos no nosso país relatam que, nos hospitais públicos e privados, boa parte das mulheres é submetida a um serviço de atendimento precário, que visa tratar as pacientes como um produto, não respeitando as suas necessidades e vontades fisiológicas.

Em decorrência disto, há o descumprimento dos direitos básicos da mulher grávida.

A insegurança, a ausência do respeito, a privação de sono, a falta de acesso às informações e a utilização de medicamentos e procedimentos indutivos sem o consentimento da mulher, são alguns dos fatores que resultam em uma série de consequências traumáticas para esta.

Certamente, essas negligências associam-se a precariedade do ambiente hospitalar em conjunto com os profissionais especialistas em obstetrícia (...).

É previsto que o Projeto de Lei em questão possa servir como uma contribuição para o aumento da qualidade da saúde da mulher gestante no nosso país, visando o constante desenvolvimento de técnicas que possam possibilitar uma melhor comodidade para a mãe e o nascituro. Sendo assim, se tivermos profissionais mais capacitados tecnicamente e intelectualmente, iremos conquistar, em um futuro próximo, indivíduos dotados de competências humanizadas e especializadas em garantir o bem-estar de todos...”.

Independentemente do julgamento que se possa fazer sobre a iniciativa, sem dúvidas que sua tramitação trará à luz dois debates de grande relevância para nossa atividade legislativa: a humanização dos partos nos hospitais e a participação cidadã dos jovens na atividade parlamentar.

Por todo o exposto, contamos com o apoio dos Nobres Pares desta Casa para a aprovação do Projeto de Lei em tela.

Sala das Sessões, em 20 de NOVEMBRO de 2018.

**Deputado CARLOS HENRIQUE GAGUIM**

## **PROJETO DE LEI N.º 446, DE 2019** **(Do Sr. Valmir Assunção)**

Altera a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990.

**DESPACHO:**  
APENSE-SE À(AO) PL-5304/2013.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O *caput* do artigo 19-J da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante e de uma doula durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato”.(NR)

Art. 2º. O artigo 19-J da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 passa a vigorar acrescido do seguinte § 2º, renumerando-se os demais:

“§ 2º. Em todos os casos, é vedado às doulas a realização de procedimentos médicos ou clínicos, bem como procedimentos de enfermagem e da enfermeira obstétrica como monitoração de batimentos cardíacos fetais, administração de medicamentos, prescrever métodos não farmacológicos entre outros.

Art. 3º. Esta lei entra em vigor cento e oitenta dias após sua publicação.

## JUSTIFICAÇÃO

A humanização do parto constitui uma estratégia que reduz o gravíssimo problema social e de saúde pública que é a morte materna. Várias iniciativas já adotadas, como a permissão, inscrita na Lei Orgânica de Saúde, do acompanhamento à gestante, têm provado ser extremamente eficazes para conferir segurança e tranquilidade em momentos cruciais como parto e puerpério.

Da mesma forma que a presença do acompanhante, vem sendo comprovado o imenso benefício da atuação de doulas na preparação para o parto e durante sua realização. Surgem dia a dia estudos demonstrando a efetividade de seu trabalho, que concorre para a diminuição das taxas de cesarianas e da duração do parto, por exemplo.

A doula vem sendo cada vez mais valorizada na medida em que proporciona à gestante e ao casal suporte emocional e físico, transmite apoio e conforto. A natureza de seu trabalho é diversa do profissional de saúde, médico ou enfermeiro obstétrico, que se encarrega dos procedimentos técnicos. É também diferente do papel do acompanhante, que na maior parte das vezes

encontra-se extremamente envolvido do ponto de vista emocional.

A doula atua junto à parturiente, apoiando-a no o intuito de reduzir a dor por meio da aplicação de métodos e técnicas não farmacológicas de alívio, como exercícios ou relaxamento. Assim, é imprescindível que observe as rotinas dos profissionais de saúde no momento em que se realiza o parto, atuando estritamente dentro de sua esfera de competência.

Assim, propomos a presente iniciativa que, além de permitir a presença da doula em todos os partos, além do acompanhante, delimita sua esfera de atuação. Diante da relevância da proposta, pedimos o apoio dos ilustres Pares para sua rápida aprovação e incorporação ao arcabouço legal brasileiro.

Sala das Sessões, em 5 de fevereiro de 2019.

**Deputado Valmir Assunção  
PT/BA**

**LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA**

Coordenação de Organização da Informação Legislativa - CELEG  
Serviço de Tratamento da Informação Legislativa - SETIL  
Seção de Legislação Citada - SELEC

**LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**

Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

**DISPOSIÇÃO PRELIMINAR**

Art. 1º Esta Lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

.....  
**TÍTULO II  
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
DISPOSIÇÃO PRELIMINAR**

.....  
**CAPÍTULO IV  
DA COMPETÊNCIA E DAS ATRIBUIÇÕES**

.....  
**Seção II**

## Da Competência

Art. 19. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.

### CAPÍTULO V DO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA *(Capítulo acrescido pela Lei nº 9.836 de 23/9/1999)*

Art. 19-A. As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei. *(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999)*

Art. 19-B. É instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde - SUS, criado e definido por esta Lei, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com o qual funcionará em perfeita integração. *(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999)*

Art. 19-C. Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. *(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999)*

Art. 19-D. O SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País. *(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999)*

Art. 19-E. Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações. *(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999)*

Art. 19-F. Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional. *(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999)*

Art. 19-G. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado.

§ 1º O Subsistema de que trata o *caput* deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

§ 2º O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações.

§ 3º As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde. *(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999)*

Art. 19-H. As populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso. *(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999)*

### CAPÍTULO VI DO SUBSISTEMA DE ATENDIMENTO E INTERNAÇÃO DOMICILIAR *(Capítulo acrescido pela Lei nº 10.424, de 15/4/2002)*

Art. 19-I. São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar.

§ 1º Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio.

§ 2º O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora.

§ 3º O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família. ([Artigo acrescido pela Lei nº 10.424, de 15/4/2002](#))

CAPÍTULO VII  
DO SUBSISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DURANTE O  
TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO  
([Capítulo acrescido pela Lei nº 11.108, de 7/4/2005](#))

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. (["Caput" do artigo artigo acrescido pela Lei nº 11.108, de 7/4/2005](#))

§ 1º O acompanhante de que trata o *caput* deste artigo será indicado pela parturiente. ([Parágrafo acrescido pela Lei nº 11.108, de 7/4/2005](#))

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo. ([Parágrafo acrescido pela Lei nº 11.108, de 7/4/2005](#))

§ 3º Ficam os hospitais de todo o País obrigados a manter, em local visível de suas dependências, aviso informando sobre o direito estabelecido no *caput* deste artigo. ([Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.895, de 18/12/2013](#))

Art. 19-L ([VETADO na Lei nº 11.108, de 7/4/2005](#))

CAPÍTULO VIII  
DA ASSISTÊNCIA TERAPÊUTICA E DA INCORPORAÇÃO  
DE TECNOLOGIA EM SAÚDE  
([Capítulo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação](#))

Art. 19-M. A assistência terapêutica integral a que se refere a alínea *d* do inciso I do art. 6º consiste em:

I - dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado ou, na falta do protocolo, em conformidade com o disposto no art. 19-P;

II - oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do Sistema Único de Saúde - SUS, realizados no território nacional por serviço próprio, conveniado ou contratado. ([Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação](#))

Art. 19-N. Para os efeitos do disposto no art. 19-M, são adotadas as seguintes definições:

I - produtos de interesse para a saúde: órteses, próteses, bolsas coletoras e equipamentos médicos;

II - protocolo clínico e diretriz terapêutica: documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS. [\(Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação\)](#)

Art. 19-O. Os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas deverão estabelecer os medicamentos ou produtos necessários nas diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que tratam, bem como aqueles indicados em casos de perda de eficácia e de surgimento de intolerância ou reação adversa relevante, provocadas pelo medicamento, produto ou procedimento de primeira escolha.

Parágrafo único. Em qualquer caso, os medicamentos ou produtos de que trata o *caput* deste artigo serão aqueles avaliados quanto à sua eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade para as diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que trata o protocolo. [\(Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação\)](#)

Art. 19-P. Na falta de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, a dispensação será realizada:

I - com base nas relações de medicamentos instituídas pelo gestor federal do SUS, observadas as competências estabelecidas nesta Lei, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite;

II - no âmbito de cada Estado e do Distrito Federal, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores estaduais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Bipartite;

III - no âmbito de cada Município, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores municipais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada no Conselho Municipal de Saúde. [\(Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação\)](#)

Art. 19-Q. A incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS.

§ 1º A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, cuja composição e regimento são definidos em regulamento, contará com a participação de 1 (um) representante indicado pelo Conselho Nacional de Saúde e de 1 (um) representante, especialista na área, indicado pelo Conselho Federal de Medicina.

§ 2º O relatório da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS levará em consideração, necessariamente:

I - as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo, acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso;

II - a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas, inclusive no que se refere aos atendimentos domiciliar, ambulatorial ou hospitalar, quando cabível. [\(Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação\)](#)

Art. 19-R. A incorporação, a exclusão e a alteração a que se refere o art. 19-Q serão efetuadas mediante a instauração de processo administrativo, a ser concluído em prazo não superior a 180 (cento e oitenta) dias, contado da data em que foi protocolado o pedido,

admitida a sua prorrogação por 90 (noventa) dias corridos, quando as circunstâncias exigirem.

§ 1º O processo de que trata o *caput* deste artigo observará, no que couber, o disposto na Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999, e as seguintes determinações especiais:

I - apresentação pelo interessado dos documentos e, se cabível, das amostras de produtos, na forma do regulamento, com informações necessárias para o atendimento do disposto no § 2º do art. 19-Q;

II - (VETADO);

III - realização de consulta pública que inclua a divulgação do parecer emitido pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS;

IV - realização de audiência pública, antes da tomada de decisão, se a relevância da matéria justificar o evento.

§ 2º ( VETADO). [\*\(Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação\)\*](#)

Art. 19-S. [\*\(VETADO na Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação\)\*](#)

Art. 19-T. São vedados, em todas as esferas de gestão do SUS:

I - o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento, produto e procedimento clínico ou cirúrgico experimental, ou de uso não autorizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA;

II - a dispensação, o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento e produto, nacional ou importado, sem registro na Anvisa. [\*\(Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação\)\*](#)

Art. 19-U. A responsabilidade financeira pelo fornecimento de medicamentos, produtos de interesse para a saúde ou procedimentos de que trata este Capítulo será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite. [\*\(Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação\)\*](#)

TÍTULO III  
DOS SERVIÇOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE  
CAPÍTULO I  
DO FUNCIONAMENTO

Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

.....

.....

**PROJETO DE LEI N.º 878, DE 2019**  
**(Da Sra. Talíria Petrone e outros)**

Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências.

**DESPACHO:**

APENSE-SE À(AO) PL-7633/2014.
-------------------------------

O Congresso Nacional decreta:

TÍTULO I

DAS DIRETRIZES E DOS PRINCÍPIOS INERENTES AOS DIREITOS DA MULHER DURANTE A GESTAÇÃO, PRÉ-PARTO, PARTO E PUERPÉRIO

Art. 1º - Toda gestante tem direito à assistência humanizada durante a gestação, pré-parto, perda gestacional, parto e puerpério, na rede de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e em estabelecimento privado de saúde suplementar.

Art. 2º - Para os efeitos desta Lei, a assistência humanizada à gestação, ao pré-parto, a perda gestacional, ao parto e ao puerpério é aquela preceituada pelas recomendações do Manual de Boas Práticas de Atenção ao Parto e o Nascimento da Organização Mundial de Saúde, a Política Nacional de Humanização (PNH), as Portarias 569/2000, 1.067/2005 e 1.459/2011 do Ministério da Saúde, e em conformidade com as orientações da Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - RDC nº 36/2008, considerando precipuamente:

I - não comprometer ou oferecer risco à saúde da parturiente ou do recém-nascido, nem à segurança do processo fisiológico de parto;

II – adotar, exclusivamente, rotinas e procedimentos cuja extensão e conteúdo tenham sido objeto de revisão e avaliação científica por parte da Organização Mundial da Saúde (OMS) ou de outras instituições de excelência reconhecida, em cumprimento ao art. 19-Q § 2º, inciso I da Lei nº 8.080/90;

III - garantir à gestante o direito de optar pelos procedimentos que lhe propiciem maior conforto e bem-estar, incluindo a disponibilização de métodos não farmacológicos e farmacológicos para o alívio da dor;

IV – garantir à gestante o direito de escolher as circunstâncias em que o parto deverá ocorrer, considerando local, posição do parto, uso de intervenções e equipe de assistência, seja este vivenciado em diferentes tipos de estabelecimentos de saúde, tais como: hospital, maternidade, centro de parto normal, ou ainda em domicílio;

V – garantir a presença, junto à parturiente, de um(a) acompanhante, a ser por aquela indicado(a), durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

Art. 3º - São princípios da assistência humanizada no parto e no nascimento:

I - mínima interferência por parte da equipe de saúde;

II - preferência pela utilização dos métodos menos invasivos e mais naturais, de escolha da parturiente;

III - fornecimento de informações adequadas e completas à mulher, assim como a(o) acompanhante, referente aos métodos e procedimentos disponíveis para o atendimento à gestação, pré-parto, parto e puerpério;

IV – harmonização entre segurança e bem-estar da mulher e do concepto.

Art. 4º - Toda mulher, em relação à gestação, trabalho de parto, perda gestacional, parto,

e puerpério, tem direito:

I – a ser tratada com respeito, de modo individual e personalizado, garantindo-se à mulher a preservação de sua intimidade durante todo o processo assistencial, bem como o respeito em relação às suas crenças e cultura;

II – a ser considerada, em relação ao processo de nascimento, como uma pessoa em sua integralidade, respeitando-se o direito à liberdade, dignidade, autonomia e autoridade moral e ética para decidir voluntariamente como protagonista de seu próprio parto;

III – ao parto natural, respeitadas as fases biológica e psicológica do processo de nascimento, evitando-se práticas invasivas e medicalizadas sem que haja uma justificativa clínica de acordo com o processo de saúde-doença da parturiente ou do concepto;

IV – a ser informada sobre a evolução de seu parto e o estado de saúde de seu filho ou de sua filha, garantindo-se sua autonomia para autorizar as diferentes atuações dos e das profissionais envolvidos no atendimento ao parto;

V - a ser informada sobre as diferentes intervenções médico-hospitalares que podem ocorrer durante esses processos, de maneira que possa optar livremente quando existirem diferentes alternativas;

VI – a ser informada, desde a gestação, sobre os benefícios da lactação e receber apoio para amamentar o recém-nascido desde a primeira meia hora de vida;

VII - a não ser submetida a exames e procedimentos cujos propósitos sejam investigação, treinamento e aprendizagem, sem que estes estejam devidamente autorizados por Comitê de Ética para Pesquisas com Humanos e pela própria mulher mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

VIII – a estar acompanhada por uma pessoa de sua confiança e livre escolha durante o pré-parto, parto e puerpério, nos termos da Lei nº 11.108/2005;

IX – a ter a seu lado o recém-nascido em alojamento conjunto durante a permanência no estabelecimento de saúde, e a acompanhá-lo presencial e continuamente quando este necessitar de cuidados especiais, inclusive em unidade de terapia intensiva neonatal;

Art. 5º - Diagnosticada a gravidez, a mulher terá direito à elaboração de um Plano Individual de Parto, no qual serão indicadas as disposições de sua vontade, nele devendo constar:

I - as equipes responsáveis e os estabelecimentos onde será prestada a assistência ao pré-natal e ao parto, nos termos da Lei 11.634/2007;

II - o local ou estabelecimento de saúde de sua escolha onde o parto deverá ocorrer;

III - a equipe responsável pelo parto, quando possível, ou as diferentes equipes disponíveis em regime de plantão;

IV - a contratação de profissionais que prestam serviços de auxílio ao parto e/ou à assistência ao parto, ou sua participação voluntária, que terão autorização para executar ações complementares às da equipe de atendimento ao trabalho de parto no estabelecimento de saúde.

Art. 6º - No Plano Individual de Parto a gestante manifestará sua vontade em relação:

I – à presença ou não, durante todo o trabalho de parto ou em parte dele, de um(a) acompanhante livremente indicado por ela, nos termos da Lei 11.108/2005;

II – à presença de acompanhante nas consultas preparatórias para o parto e/ou nas consultas de pré-

natal;

III – à utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor;

IV – à realização de analgesia farmacológica para alívio da dor com administração de anestésicos, após ser a parturiente informada sobre os riscos e benefícios de tal procedimento para o binômio mãe-filho(a);

V – ao modo como serão monitorados os batimentos cardíofetais;

VI – ao uso de posição verticalizada no parto;

VII – ao alojamento conjunto.

Art. 7º - Durante a elaboração do Plano Individual de Parto, a gestante deverá ser informada, de forma clara, precisa e objetiva pela equipe de saúde sobre as principais rotinas e procedimentos de assistência ao parto, assim como as implicações de cada um deles para o seu bem-estar físico e emocional e o da criança.

Art. 8º - As disposições de vontade constantes do Plano Individual de Parto somente poderão ser alteradas se, comprovadamente, durante o trabalho de parto, forem necessárias intervenções para garantir a saúde da mãe e/ou do conceito em condições de urgência ou emergência que indiquem risco de morte materna e/ou fetal, devendo somente ser realizadas após o consentimento da mulher.

Art. 9º - Toda e qualquer alteração das disposições de vontade constantes do Plano Individual de Parto que for praticada durante o atendimento ao trabalho de parto deve ser registrada no prontuário da gestante pelo(a) médico(a) responsável, mediante justificativa clínica do procedimento adotado.

Art. 10 - Ficam obrigatoriamente sujeitas à justificativa clínica, com a respectiva anotação no prontuário:

I - a administração de enemas;

II - a administração de ocitocina sintética;

III - os esforços de puxo prolongados e dirigidos durante o período expulsivo;

IV - a amniotomia;

V - a episiotomia;

VI - a tração ou remoção manual da placenta;

VII – a adoção de dieta zero durante o trabalho de parto.

Art. 11 - No atendimento à mulher durante o pré-parto, parto e puerpério, é vedado aos profissionais integrantes da equipe de assistência à saúde:

I – realizar procedimentos desnecessários ou contraindicados pelas Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento, preconizadas pela Organização Mundial da Saúde - OMS;

II - constranger ou submeter a mulher a procedimento ou intervenção desnecessário, com a justificativa de que sua negação causará risco à sua saúde ou a de seu conceito;

III – adotar procedimentos de eficácia carente de evidência científica, classificados nas categorias C e D das Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento, ou que sejam suscetíveis para causar dano quando aplicados de forma generalizada ou rotineira.

Art. 12 – Durante todo o pré-parto e parto é permitido à mulher:

I – movimentar-se livremente, devendo ser estimulada a deambular e verticalizar;

II - escolher a posição que lhe pareça mais confortável;

III - ingerir líquidos e alimentos leves.

Art. 13 – Caracteriza-se a violência obstétrica como a apropriação do corpo e dos processos naturais relacionados a gestação, pré-parto, perda gestacional, parto e puerpério pelos(as) profissionais de saúde, por meio do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, que cause a perda da autonomia e capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.

Parágrafo único. Para efeitos da presente Lei, considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo(a) profissional da equipe de saúde que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes em trabalho de parto, e no pós-parto/puerpério.

Art. 14. Consideram-se ofensas verbais ou físicas, dentre outras, as seguintes condutas:

I - tratar a mulher de forma agressiva, não empática, com a utilização de termos que ironizem os processos naturais do ciclo gravídico-puerperal e/ou que desvalorizem sua subjetividade, dando-lhe nomes infantilizados ou diminutivos, tratando-a como incapaz;

II - fazer comentários constrangedores à mulher referentes a preconceitos socialmente disseminados, especialmente a questões de cor, etnia, idade, escolaridade, religião, cultura, crenças, condição socioeconômica, estado civil ou situação conjugal;

III - ironizar ou censurar a mulher por comportamentos que externem sua dor física ou psicológica e suas necessidades humanas básicas, tais como gritar, chorar, amedrontar-se, sentir vergonha ou dúvidas; ou ainda por qualquer característica ou ato físico tais como: obesidade, pêlos, estrias, evacuação, dentre outros;

IV – preterir ou ignorar queixas e solicitações feitas pela mulher atendida durante o ciclo gravídico-puerperal, referentes ao cuidado e à manutenção de suas necessidades humanas básicas;

V - induzir a mulher a aceitar uma cirurgia cesariana sem que seja necessária, mentindo sobre riscos imaginários, hipotéticos e não comprovados, e ocultando os devidos esclarecimentos quanto aos riscos à vida e à saúde da mulher e do conceito, inerentes ao procedimento cirúrgico;

VI - realizar cirurgia cesariana sem recomendação real e clínica, sem estar baseada em evidências científicas, a fim de atender aos interesses e conveniência do(a) médico(a);

VII - agendar cirurgia cesariana sem indicação real e clínica de cirurgia eletiva, mesmo nos casos em que tal procedimento cirúrgico se mostre necessário para o desfecho positivo do nascimento, porém impedindo o início fisiológico do trabalho de parto, a fim de atender aos interesses e conveniência do(a) médico(a);

VIII - recusar ou retardar o atendimento oportuno e eficaz à mulher em qualquer fase do ciclo gravídico-puerperal, desconsiderando a necessidade de urgência da assistência à mulher nesses casos;

IX - promover a transferência da internação da mulher sem a análise e a confirmação prévia de haver vaga e garantia de atendimento, bem como tempo suficiente para que esta chegue ao local;

X - impedir que a mulher seja acompanhada por pessoa de sua preferência durante todo o pré-parto,

parto e puerpério, ou impedir o trabalho de um(a) profissional contratado(a) pela mulher para auxiliar a equipe de assistência à saúde;

XI - proibir ou dificultar que a mulher se comunique com pessoas externas ao serviço de saúde, privando-lhe da liberdade de telefonar ou receber telefonemas, caminhar, conversar com familiares, amigos e acompanhantes, e receber visitas em quaisquer horários e dias;

XII - submeter a mulher a procedimentos predominantemente invasivos, dolorosos, desnecessários ou humilhantes, tais como:

a) induzi-la a calar-se diante do desejo de externar suas emoções e reações;

b) manter a mulher em posição ginecológica ou litotômica, supina ou horizontal, quando houver meios para realização do parto verticalizado;

c) atender a mulher com a porta aberta, interferindo em sua privacidade;

d) realizar exames de toque cervical repetidos, ou agressivos e dolorosos, ou realizados por diversos profissionais, sem o prévio esclarecimento de sua necessidade e a prévia autorização da mulher;

e) proceder à lavagem intestinal (enema ou clister), sem justificativa clínica;

f) proceder à raspagem de pelos pubianos (tricotomia);

g) romper, de forma precoce e/ou artificial as membranas ou a bolsa das águas (amniotomia) para acelerar o tempo do parto;

h) utilizar ocitocina sintética para acelerar o tempo do parto;

i) proceder à dilatação manual do colo uterino para acelerar o tempo do parto;

j) manter a mulher em esforços físicos e cardiorrespiratórios com puxos prolongados e dirigidos durante o período expulsivo;

k) incentivar ou conduzir a mulher a realizar Manobra de Valsalva;

l) praticar Manobra de Kristeller;

m) acelerar os mecanismos de parto, mediante rotação e tração da cabeça ou da coluna cervical do concepto após a saída da cabeça fetal;

n) aceleração o terceiro período do parto mediante tração ou remoção manual da placenta, impedindo o tempo fisiológico da dequitação/delivramento.

XIII – Realizar a episiotomia quando esta não for considerada clinicamente necessária, enfatizando-se, para efeitos desta Lei, que tal procedimento é vedado se realizado para aceleração do período expulsivo por conveniência do profissional que presta assistência ao parto, ou de proteção prévia do períneo para evitar lacerações, não sendo tais justificativas clínico-obstétricas aceitas;

XIV – Realizar episiotomia, quando considerada clinicamente necessária, sem esclarecer a mulher sobre a necessidade do procedimento e receber seu consentimento verbal;

XV – Realizar episiotomia sem analgesia e episiorrafia sem adequada ou suficiente analgesia;

XVI - Amarrar as pernas da mulher durante o período expulsivo, mantendo-a em confinamento simbólico na posição horizontal, ginecológica ou litotômica, sem que ela assim queira se posicionar para parir e sem que tenha sido devidamente orientada sobre os benefícios da posição vertical;

XVII - Manter algemadas, durante o trabalho de parto, parto e puerpério, as mulheres que cumprem pena privativa de liberdade;

XVIII - Realizar quaisquer outros procedimentos sem prévia orientação dada à mulher e sem a obtenção de sua permissão, sendo exigido que o profissional utilize comunicação simples e eficiente para esclarecê-la;

XIX - Submeter a criança saudável à aspiração de rotina, higienização, injeções e outros procedimentos na primeira hora de vida, sem que antes tenha sido colocada em contato pele-a-pele com a mãe e recebido estímulo para mamar, inclusive em parto cirúrgico;

XX – Impedir ou retardar o contato da criança com a mulher logo após o parto, ou impedir o alojamento conjunto, separando a criança de sua mãe e impossibilitando a amamentação em livre demanda na primeira meia hora de vida, salvo se um deles necessitar de cuidados especiais;

XXI – Impedir a mulher de acompanhar presencial e continuamente o recém-nascido quando este necessitar de cuidados especiais no estabelecimento de saúde, inclusive em unidade de terapia intensiva neonatal;

XXII - Tratar o pai da criança ou o(a) acompanhante de escolha da mulher como visita, obstruindo ou dificultando seu livre acesso para acompanhar a mulher e a criança a qualquer hora do dia e da noite.

Art. 15 – Todas as disposições desta Lei se aplicam integralmente no atendimento à mulher em situação de perda gestacional e no parto de natimorto, sendo as mulheres, nesses casos, consideradas como parturientes para todos os fins desta Lei.

Parágrafo único. Nos casos do caput deste artigo, será também considerada violência obstétrica a coação com a finalidade de confissão e denúncia à polícia.

Art. 16 – A criança recém-nascida tem direito:

I – ao nascimento digno e seguro, e à oportunidade de desenvolvimento saudável desde o primeiro momento de vida;

II – a ser mantida ligada à placenta pelo cordão umbilical por, no mínimo, cinco minutos, a fim de garantir o suprimento de sangue e nutrientes necessários, devendo o cordão umbilical ser cortado somente após a cessação da pulsação espontânea, salvo nos casos de urgente necessidade de intervenção para cuidados especiais;

III – a ser entregue à sua mãe para contato pele-a-pele e amamentação em livre demanda imediatamente após nascer e durante a primeira meia hora de vida;

IV – a não ser separada de sua mãe para realização de procedimentos de rotina, devendo a realização de quaisquer exames ser feita com a criança no colo de sua mãe, salvo nos casos especiais devidamente justificados ou em que haja necessidade de sua remoção para cuidados urgentes e especiais;

V – a não receber leite artificial ou equivalente, quando conseguir mamar, nem receber medicamentos ou substâncias sem autorização da mãe, durante todo o período de permanência no estabelecimento de saúde;

VI – a ser amamentada em livre demanda e ser acompanhada presencial e continuamente por sua mãe para contato pele-a-pele quando este necessitar de cuidados especiais no estabelecimento de saúde, sem restrição de horário ou dias da semana, inclusive em unidade de terapia intensiva neonatal;

## TÍTULO II

### DA ERRADICAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Art. 17 – Todos os casos de violência obstétrica praticados pelos profissionais da equipe de saúde serão relatados à ouvidoria dos serviços de saúde e às Comissões de Monitoramento dos Índices de Cesarianas e de Boas Práticas Obstétricas - CMICBPO, e constituem infração à legislação sanitária federal, implicando obrigatoriamente na aplicação das penalidades previstas nesta Lei ao estabelecimento de saúde.

§ 1º - Os e as profissionais de saúde que praticarem atos de violência obstétrica ficam pessoalmente sujeitos à responsabilização civil e criminal decorrente de suas condutas.

§ 2º - Os casos de violência obstétrica serão também notificados aos Conselhos Regionais de Medicina e de Enfermagem, para os devidos encaminhamentos e aplicações de penalidades administrativas aos profissionais envolvidos.

Art. 18 – Todos os estabelecimentos de saúde que prestarem atendimento ao parto e nascimento deverão expor cartazes informativos contendo as condutas humanizadas elencadas nas diretrizes desta Lei.

§ 1º - Os cartazes previstos no caput deste artigo deverão conter informação referente aos órgãos para a denúncia de ocorrência de violência obstétrica, além de orientações sobre como a mulher agredida deve proceder nesses casos.

§ 2º - Equiparam-se aos estabelecimentos hospitalares, para os efeitos desta Lei, as unidades básicas de saúde, as maternidades, os centros de parto normal, os consultórios médicos e de enfermagem, sejam públicos ou da iniciativa privada, e o ambiente domiciliar por ocasião de parto em casa.

Art. 19 - Ficam as escolas e universidades que ministram curso de formação de profissionais da área de saúde, médicos(as), enfermeiros(as), obstetrias e equipes administrativas hospitalares obrigadas a implementar em suas diretrizes curriculares conteúdos disciplinares relativos ao atendimento à saúde da mulher e do conceito, nos termos desta Lei.

Art. 20 - Os direitos e a proteção à vida de mulheres no ciclo gravídico-puerperal e de seus recém-nascidos de que trata esta Lei, mais especificamente de gestantes, parturientes, puérperas e seus neonatos, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos, grau de gravidade ou qualquer outra.

Art. 21 – As disposições constantes desta Lei aplicam-se ao Sistema Único de Saúde e a toda a rede de saúde suplementar e filantrópica do país, bem como aos serviços de saúde prestados de forma autônoma.

Art. 22 - Mulheres, crianças, homens e famílias devem ter preservados seus direitos sexuais e reprodutivos, observando-se, especialmente, o seguinte:

I – prestação de informações adequadas sobre gestação, parto e puerpério saudáveis, e sobre os direitos de que trata esta Lei, durante a assistência prestada por profissional individualmente ou por equipe multidisciplinar;

II - autonomia para escolher onde, como e com quem a parturiente quer parir seus filhos e suas filhas, sendo respeitados seus direitos de livre escolha dos profissionais que lhes assistam, do local para parir e de sua diversidade de interesses, cultura e formas de viver;

III - acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde no que tange ao atendimento obstétrico no pré-natal, no parto e no pós-parto imediato e tardio;

IV – tratamento digno e com respeito, principalmente durante o trabalho de parto;

V – a presença e o acompanhamento de, no mínimo, uma pessoa de sua escolha, na assistência de todo o ciclo gravídico-puerperal, independente do sexo, gênero ou relação interpessoal da pessoa escolhida como acompanhante, conforme determinado na Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005;

VI – proteção contra quaisquer formas de abuso e violência, principalmente formas de violência simbólica contra a mulher e o neonato durante o parto e o nascimento;

VII - direito à assistência de saúde humanizada durante seu ciclo gravídico-puerperal, podendo esta assistência ser realizada no domicílio, na unidade básica, em casa de parto, centro de parto normal ou hospital-maternidade, oferecida por equipe multiprofissional ou de forma individual por um(a) profissional técnico(a) e legalmente qualificado(a);

VIII - acesso ao atendimento de urgência, emergência e de referência e contrarreferência nos serviços de saúde maternos e infantis, mesmo quando a necessidade do atendimento tenha se originado em local diferente do ambiente hospitalar, ambulatorial ou básico, incluindo seu domicílio, casa de parto e centro de parto normal.

Art. 23 - A assistência oferecida no trabalho de parto, em instituição obstétrica de qualquer modalidade ou por qualquer profissional da área obstétrica, no âmbito institucional ou domiciliar, público ou privado, deve adotar as seguintes características de rotinas e tecnologias:

I - proporcionar um ambiente desmedicalizado e humanizado, que priorize a visão do parto como um evento fisiológico, não devendo ser praticadas intervenções desnecessárias.

II - garantir que todas as intervenções e os procedimentos adotados durante a assistência à mulher, ao feto e ao neonato fundamentem-se em evidências científicas atualizadas, excetuando-se as intervenções ou procedimentos de leve ou baixa tecnologia e que não provoquem alterações deletérias às condições fisiológicas do binômio mãe-filho(a).

III - garantir respeito à intimidade e à privacidade da parturiente;

IV - respeitar o tempo biológico da parturição, considerando que cada mãe e filho(a) possuem um tempo próprio fisiológico, sendo proibida a prática de intervenções abusivas para reduzir o tempo do trabalho de parto, sem indicação clínica.

Art. 24 - O Poder Executivo Federal, em conjunto com instituições de ensino e de saúde, e entidades representantes da sociedade civil, devem praticar regularmente as estratégias promovidas pela Organização Mundial de Saúde, segundo compromissos nacionais e internacionais de promover os direitos humanos e de executar metas de Pactos pela Vida e de redução da mortalidade materna e perinatal.

§ 1º - São estratégias prioritárias a qualificação e a educação permanente de profissionais para promover uma assistência obstétrica de qualidade e realizada por pessoal qualificado.

§ 2º - O parágrafo primeiro do artigo 24 desta Lei não exclui o direito de opção da mulher por um parto domiciliar, devendo os profissionais e os serviços de saúde atender a mulher e a seu neonato em casos de complicações e sempre que solicitados.

### TÍTULO III

#### DO CONTROLE DOS ÍNDICES DE CESARIANAS E DAS BOAS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS

Art. 25 – Os índices de cesarianas nas instituições ou estabelecimentos obstétricos públicos ou privados de saúde suplementar não deve ultrapassar a média, preconizada pela Organização Mundial da Saúde, pactuada com o Poder Executivo Federal em valores e períodos definidos pelo Ministério

da Saúde, exceto em hospitais-maternidades de renomada referência setorial que possuam maior demanda de atendimentos de alto risco, que deverão pactuar oficialmente seus próprios índices.~

Art. 26 – Serão criadas e regulamentadas por meio de portaria as Comissões de Monitoramento do Índice de Cesarianas e das Boas Práticas Obstétricas –CMICBPO, representativas das esferas estadual, municipal e institucional, compreendendo esta última qualquer instituição ou estabelecimento obstétrico público ou privado de saúde suplementar.

§ 1º - Cada uma das CMICBPO terá por finalidade realizar o controle, o monitoramento e a mobilização social de profissionais e instituições para a redução dos índices de cesariana no país.

§ 2º - As CMICBPO municipais e as institucionais serão coordenadas, em seu âmbito, pela respectiva CMICBPO estadual.

§ 3º - Cada CMICBPO terá a seguinte composição mínima:

I – um(a) presidente, representado(a) por profissional de saúde de nível superior da gestão estadual, municipal ou institucional;

II – um(a) secretário(a), representado(a) por profissional de saúde de nível médio ou superior, oriundo(a) dos quadros das Secretarias estadual e municipal de saúde;

III – um(a) representante popular da área de saúde ou correlata, com atuação na área de direitos humanos e na desmedicalização em saúde, representando a comunidade, a coletividade e a sociedade civil.

§ 4º - As CMICBPO poderão ter, se for o caso, 02 Secretários(as), 02 Representantes Populares e 02 Membros Diretores, sendo que estes dois últimos deverão ser profissionais da assistência obstétrica.

§ 5º - As CMICBPO são formadas pelo mínimo de 03 (três) e máximo de 07 (sete) integrantes.

§ 6º - Os membros das CMICBPO serão escolhidos democraticamente pelos gestores estadual, municipal e institucional, para permanência pelo prazo de vinte e quatro meses, podendo tal prazo ser renovado por uma única vez.

§ 7º - O caráter participativo na CMICBPO é voluntário e sem fins lucrativos, podendo ser remanejados profissionais de instituições, órgãos, setores e secretarias conforme sua carga horária de trabalho.

§ 8º - As CMICBPO começam a ser formadas a partir da promulgação desta Lei e permanecerão vigentes até que o país adeque suas taxas nacionais de cesariana aos valores preconizados pela OMS, e reduzam a índices mínimos os eventos de violência obstétrica, atendendo a padrões internacionais de qualidade dos serviços obstétricos.

§ 9º - Os membros das CMICBPO devem reunir-se periodicamente nos níveis institucional, municipal e estadual, em caráter ordinário a ser estabelecido conforme rotina e calendário previamente agendado e pactuado, e em caráter extraordinário, quando necessário e solicitado por seus Presidentes, bem como em encontros nacionais, sempre que convocados pelo Ministério da Saúde.

§ 10 - As reuniões dos membros das CMICBPO ocorrerão de forma independente e interdependente, devendo haver reuniões individuais nas instituições, e coletivas nas secretarias municipais e, ao final de cada período, nas secretarias estaduais, para elaboração, apresentação e divulgação, por meio de relatório consolidado, dos dados referentes aos índices de cesarianas averiguados, com posterior encaminhamento ao Ministério da Saúde.

§ 11 - No relatório de que trata o parágrafo 10 do artigo 26 desta Lei deverão constar ações que

devem ser desenvolvidas ou que já estão implantadas para monitorar, avaliar, controlar e mobilizar, por meio de educação permanente, os profissionais das instituições estaduais e municipais que ultrapassaram o limite de que trata o artigo 25 desta Lei.

§ 12 - As instituições que ultrapassarem o valor limite de índices de cesarianas no período avaliado pela CMICBPO serão comunicadas em caráter de alerta, devendo esta oferecer suporte gerencial para auxiliar a instituição na redução de seus índices, cabendo-lhe realizar parcerias com entidades de classe e filantrópicas, associações científicas e profissionais, universidades, órgãos públicos, dentre outros que compõem a Rede Social de Apoio.

§ 13 - Em caso de continuidade, pelo terceiro período consecutivo, do limite ultrapassado, a CMICBPO notificará a instituição e iniciará uma sindicância para investigar as causas clínico-obstétricas e os profissionais responsáveis pelos índices elevados.

§ 14 - Para a completa execução da sindicância de que trata o parágrafo 13 deste artigo, a CMICBPO deverá entrevistar as próprias mulheres nas quais foram realizadas as cirurgias, incluindo a necessidade de visitas domiciliares, bem como os(as) profissionais que as praticaram, incluindo a necessidade de visitas a clínicas, consultórios e ambulatórios prenatalistas.

§ 15 - Ao final da sindicância, a CMICBPO produzirá um relatório pormenorizado, público e de livre acesso, que identifique as causas, os(as) profissionais responsáveis, os fatores de risco e os dados epidemiológicos relacionados à elevação dos índices de cesarianas na instituição, contendo, se for o caso, relatos de práticas de eventos violentos contrários à humanização do parto. Tal relatório deve conter recomendações, ações e metas que auxiliem o sindicato a reduzir seus índices de cesarianas e a violência obstétrica, todos de acordo com as Boas Práticas para a Humanização do Nascimento e com as determinações apresentadas por esta Lei.

§ 16 - A instituição, o município ou o Estado sindicado por sua CMICBPO deve atender às determinações desta nos prazos estabelecidos, tendo o período de 90 (noventa) dias para reduzir inicialmente seus índices de cesarianas, findo o qual a instituição será novamente monitorada em, caso a instituição sindicada não tiver apresentado redução em seus índices, a CMICBPO respectiva deverá encaminhar denúncia, por escrito e fundamentada, ao Ministério Público, em instância competente, indicando, conforme o caso, uma das seguintes punições:

I - suspensão temporária de financiamento público para a realização de cesarianas, para instituições pertencentes ao Sistema Único de Saúde (SUS) ou a ele vinculadas, por um prazo inicial de 30 (trinta) dias, podendo esta suspensão ser mantida por tempo indefinido ou revogada, de acordo com parecer circunstanciado da CMICBPO;

II - proibição temporária de realização de cesarianas, para instituições privadas ou filantrópicas, por um prazo inicial de 30 dias, podendo esta proibição ser mantida indefinidamente ou revogada, de acordo com parecer da CMICBPO.

Art. 27 - Para o cumprimento desta Lei, a CMICBPO:

I - realizará monitoramento constante dos registros cirúrgicos e do descumprimento dos princípios e das diretrizes obstétricas previstas nesta Lei;

II - afixará cópia das decisões e atos do Ministério Público e/ou do Poder Judiciário em local público e visível da instituição;

III – solicitará auxílio técnico de entidades da sociedade civil e conselhos profissionais.

#### TÍTULO IV DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 28 - A observação dos dispositivos desta Lei pelos e pelas profissionais e instituições de saúde e o atendimento aos princípios nela expostos independem da criação e início de funcionamento das Comissões de Monitoramento do Índice de Cesarianas e das Boas Práticas Obstétricas – CMICBPO.

Art. 29 - As instituições e os/as profissionais que não cumprirem o estabelecido nesta Lei responderão no âmbito civil, penal e administrativo por suas ações e/ou omissões.

Art. 30 - O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implantação desta Lei.

Art. 31 - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

## **JUSTIFICATIVA**

O período de gravidez é uma fase celebrada na vida de muitas pessoas, muitas vezes inclusive romantizada, como se não envolvesse dores e dificuldade. Nos últimos anos, a sociedade passou a discutir algo que por muito tempo ficou nas sombras: o quanto as mulheres e seus familiares são vítimas de violência obstétrica. Uma em cada quatro mulheres sofreram durante o período de a gestação, pré-parto, perda gestacional, parto e puerpério.<sup>2</sup> Estima-se haver ainda um grande número de subnotificações, pois várias das situações de agressões, realização de procedimentos desnecessários e agendamentos de cesarianas sem necessidade que eram naturalizados pelas grávidas.

Dados e informações constantes do dossiê elaborado em 2012 pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres alertam que o Brasil lidera o ranking mundial de cesarianas e propõem uma redução nessa taxa para que o país possa se adequar às recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), que estabelecem que até 15% dos nascimentos podem ser operatórios.

A morte materna é considerada uma morte prevenível e que em 90% dos casos poderia ser evitada se as mulheres tivessem atendimento adequado. No entanto, o Brasil não conseguiu atingir o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio em relação à morte materna, em grande medida por força do racismo institucional que faz com que 60% das mulheres que morrem de morte materna sejam negras.

Por isso, torna-se ainda mais importante termos em conta que dentre os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável e da Agenda 2030 assumidos como compromissos internacionais pelo Brasil, têm-se o objetivo de para acabar com todas as formas de discriminação e violência contra mulheres e meninas, ODS 5.1 e 5.2. Para tanto, é imprescindível reconhecer as diversas dimensões da violência enfrentada por mulheres no parto. Combater a violência obstétrica representa assegurar a saúde mental e o bem-estar, ODS 3.4, da mulher, é empenhar-se pela redução da mortalidade materna, ODS 3.1, bem como assegurar o direito fundamental, ODS 16.1 e 16.10, das mulheres por a vida digna com seus partos sendo realizados de forma respeitosa e humanizada e garantir o bem-estar dos neonatos.

A realidade mostra que mulheres foram e continuam sendo submetidas a procedimentos cirúrgicos sem justificativa clínica e sem esclarecimento adequado acerca dos riscos e complicações inerentes a tais procedimentos.

Em que pese à existência de regulamentações técnicas do Poder Executivo acerca do funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal, aplicáveis aos serviços de saúde no país que exercem atividades de atenção obstétrica e neonatal, sejam públicos, privados, civis ou militares, o cenário de violência obstétrica mostra-se constante, ao passo em que o bom atendimento obstétrico é

---

<sup>2</sup> Pesquisa divulgada pela Fundação Perseu Abramo – SESC, 2010.

considerado raro e não faz parte da rotina da assistência ao parto.

Há de ser feito, pois, um esforço concentrado para combater a violência obstétrica praticada pelos profissionais da saúde, que se traduz em toda a sorte de violações, dentre as quais podemos citar: negligência, imprudência, abuso sexual, violência física e verbal, ameaças, repreensões, humilhação, realização de exames dolorosos e contraindicados, passando por xingamentos grosseiros com viés discriminatório quanto à classe social ou cor da pele, por exemplo.

Aliado ao acima exposto, corroboram com a presente iniciativa:

- a) A Declaração ou Carta de Fortaleza/Ceará, de 1985, com as “Recomendações da Organização Mundial de Saúde sobre o Nascimento” quanto às boas práticas;
- b) O direito humano da parturiente no que tange à sua integridade pessoal, liberdade e consciência, protegido pela Convenção Americana de Direitos Humanos (Pacto de San Jose da Costa Rica) de 22/11/1969, ratificada pelo Brasil em 25/09/1992, especialmente abarcando os seguintes direitos: direito à liberdade pessoal; direito à libertada de consciência; direito à proteção da família;
- c) A Portaria Ministerial nº 569, de 01/06/2000, que institui no Sistema Único de Saúde (SUS) o Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento, bem como a Portaria Interministerial nº 2.669, de 03/11/2009, que define metas e objetivos para a redução da mortalidade materna e infantil no Pacto pela Vida;
- d) O Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, de 08/03/2004;
- e) A Portaria da Presidência da República nº 1.459, de 24/06/2011, que institui no Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha,
- f) A Portaria nº 1.459/2011 do Ministério da Saúde, que instituiu o programa nacional “Rede Cegonha”, cujos princípios e objetivos são adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, e da assistência à criança;
- g) A iniciativa “Hospitais Amigos da Criança” da Unicef/ONU e do Programa Nacional “Amamenta Brasil” instituído pela Portaria nº 2.799/2008 do Ministério da Saúde;
- h) A Lei 11.108/2005, denominada Lei do Acompanhante.

Pela relevância da temática e, ainda, como forma de coibir toda e qualquer violência contra a mulher, conto com os nobres Pares para a aprovação deste Projeto de Lei, que busca tratar da humanização da assistência à mulher e ao conceito, bem como de seus direitos no ciclo gravídico-puerperal, quer seja pela realidade mostrada pelos relatos de óbitos de parturientes e seus bebês, quer seja pela dificuldade de colocar-se efetivamente em prática uma política nacional atenta às recomendações e tratados internacionais dos quais o Brasil faz parte.

Sala das Sessões, em 19 de fevereiro de 2019.

TALIRIA PETRONE  
Deputada Federal PSOL/RJ

AUREA CAROLINA  
Deputada Federal PSOL/MG

FERNANDA MELCHIONA  
Deputada Federal PSOL/RS

SAMIA BOMFIM  
Deputada Federal PSOL/SP

DAVID MIRANDA  
Deputado Federal PSOL/RJ

**LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA**  
Coordenação de Organização da Informação Legislativa - CELEG  
Serviço de Tratamento da Informação Legislativa - SETIL  
Seção de Legislação Citada - SELEC

**PORTARIA Nº 569, DE 1º DE JUNHO DE 2000**

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais,

Considerando que o acesso das gestantes e recém-nascidos a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto, puerpério e período neonatal são direitos inalienáveis da cidadania;

Considerando a necessidade de ampliar os esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna, perinatal e neonatal registradas no país;

Considerando a necessidade de adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência neonatal;

Considerando a necessidade de complementar as medidas já adotadas pelo Ministério da Saúde no sentido de aprimorar a assistência à saúde da gestante, como a implantação das redes de assistência à gestação de alto risco, o incremento do custeio e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes;

Considerando a necessidade de prosseguir na política de estimular o aprimoramento do sistema de assistência à saúde da gestante, integrando e regulando o atendimento à gestação e ao parto nos níveis ambulatorial básico e especializado, o acompanhamento pré-natal, o atendimento pré e inter-hospitalar, o atendimento hospitalar e ainda o controle de leitos obstétricos, como forma de garantir a integralidade assistencial;

Considerando a necessidade de adotar medidas que possibilitem o avanço da organização e regulação do sistema de assistência à gestação e ao parto, estabelecendo ações que integrem todos os níveis desta assistência, definindo mecanismos de regulação e criando os fluxos de referência e contra-referência que garantam o adequado atendimento à gestante, ao parto e ao recém-nascido;

Considerando a necessidade de estimular o processo de regulação da assistência obstétrica e neonatal baseado na implantação de Centrais de Regulação Obstétrica e Neonatal nos níveis estadual, regional e municipal, como um instrumento ordenador e orientador da atenção à saúde da gestante e do recém-nascido, com o princípio fundamental de incrementar o desenvolvimento da capacidade do poder público de gerir o sistema e de responder, de forma rápida, qualificada e integrada, às demandas de saúde oriundas deste grupo populacional específico, em seus diferentes níveis e etapas do processo assistencial, resolve:

Art. 1º Instituir o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único. O Programa objeto deste Artigo será executado de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, municípios e do Distrito Federal e tem por objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a estas ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Art. 2º Estabelecer os seguintes princípios e diretrizes para a estruturação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento:

a-toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;

b-toda gestante tem direito ao acompanhamento pré-natal adequado de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo I desta Portaria;

c-toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;

d-toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo II desta Portaria;

e-todo recém-nascido tem direito à adequada assistência neonatal;

f-as autoridades sanitárias dos âmbitos federal, estadual e municipal são responsáveis pela garantia dos direitos enunciados nas alíneas acima.

.....  
 .....  
**PORTARIA Nº 1.067, DE 4 DE JULHO DE 2005**

Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências.

Tornado insubsistente pelo(a) Portaria 2.442/2005/MS

Suspensão(a), por até 30 dias conforme Portaria 1.187/2005/MS

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e Considerando os resultados da análise da situação da atenção obstétrica e neonatal no Brasil, realizada por grupo técnico instituído por meio da Portaria nº 151/GM, de 4 de fevereiro de 2004;

Considerando a proposta para melhoria da qualidade da atenção obstétrica e neonatal no País, elaborada pelo referido grupo técnico;

Considerando a necessidade de ampliar os esforços para alcance das metas estabelecidas pelo Pacto Nacional pela redução da Mortalidade Materna e Neonatal, lançado pelo Ministério da Saúde no ano de 2004;

Considerando que a atenção obstétrica e neonatal humanizada e de qualidade é direito da mulher e do recém-nascido;

Considerando a necessidade de adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência neonatal;

Considerando a necessidade de estimular o aprimoramento do sistema de atenção à saúde da mulher e do recém-nascido, integrando e regulando o atendimento à gestação, ao parto e ao nascimento, nos níveis ambulatorial básico e especializado, o atendimento pré e inter-hospitalar, o atendimento hospitalar e ainda o controle de leitos obstétricos e neonatais, como forma de garantir a integralidade da atenção; e

Considerando a necessidade de adotar medidas que possibilitem o avanço da organização e a regulação do sistema de atenção à gestação e ao parto, estabelecendo ações que integrem todos os níveis de complexidade, definindo mecanismos de regulação e criando os fluxos de referência e contra-referência que garantam o adequado atendimento à gestante, à parturiente, à puérpera e ao recém-nascido, resolve:

Art. 1º Instituir a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único. A Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal será executada conjuntamente pelo Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal e tem por objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a essas ações, o incremento da qualidade da assistência obstétrica e neonatal, bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Art. 2º Estabelecer os seguintes princípios e diretrizes para a estruturação da Política de Atenção Obstétrica e Neonatal:

I - toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;

II - toda gestante tem direito ao acompanhamento pré-natal adequado de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo I desta Portaria;

III - toda gestante tem direito de conhecer e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;

IV - toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que essa seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo I desta Portaria;

V - todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura;

VI - toda mulher e recém-nascido em situação de intercorrência obstétrica e neonatal tem direito a atendimento adequado e seguro de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo I desta Portaria;

VII - as autoridades sanitárias dos âmbitos federal, estadual e municipal são responsáveis pela garantia dos direitos enunciados nos incisos acima; e

VIII - toda gestante tem o direito à presença de acompanhante durante o tra

.....  
 .....

### **PORTARIA Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011**

Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005, que garante as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do SUS;

Considerando a Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e à vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS;

Considerando que os indicadores de mortalidade materna e infantil no Brasil ainda são elevados, principalmente em relação aos países mais desenvolvidos;

Considerando o compromisso internacional assumido pelo Brasil de cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, em especial as metas quatro e cinco;

Considerando a Portaria nº 569/GM/MS, de 01 de junho de 2000 que institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, e nº 699, de 30 de março de 2006, que, respectivamente, "aprova as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde" e "regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão";

Considerando as prioridades, os objetivos e as metas do Pacto pela Vida, definidos pela Portaria nº 2669/GM/MS, de 03 de novembro de 2009, entre os quais está a redução da mortalidade materna e infantil;

Considerando o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, lançado em 08 de março de 2004, que visa monitorar a implementação de ações de proteção à saúde da criança e da mulher;

Considerando os compromissos firmados no Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e na Amazônia Legal, no âmbito do Compromisso para Acelerar a Redução da Desigualdade na Região Nordeste e na Amazônia Legal lançado pela Presidência da República em 2009;

Considerando a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção a Saúde no âmbito do SUS;

Considerando a reunião de pactuação na CIT ocorrida em 28 de abril de 2011;

Considerando a necessidade de adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança, resolve:

Art. 1º (Revogado pela Portaria 3/2017/MS)

Art. 2º (Revogado pela Portaria 3/2017/MS)

.....  
.....  
**RESOLUÇÃO-RDC Nº 36, DE 3 DE JUNHO DE 2008**

Dispõe sobre Regulamento Técnico para  
Funcionamento dos Serviços de Atenção  
Obstétrica e Neonatal.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso da atribuição que lhe confere o inciso IV do art. 11 do Regulamento aprovado pelo Decreto Nº 3.029, de 16 de abril de 1999, e tendo em vista o disposto no inciso II e nos §§ 1º e 3º do art.54 do Regimento Interno aprovado nos termos do Anexo I da Portaria Nº 354 da Anvisa, de 11 de agosto de 2006, republicada no DOU de 21 de agosto de 2006, em reunião realizada em 29 de maio de 2008, e considerando as disposições constitucionais e a Lei Federal n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que trata das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde como direito fundamental do ser humano;

considerando o disposto na Lei n. 9.782, de 26 de janeiro de 1999, que define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e dá outras providências, e que em seu artigo 7º, parágrafos II e XIV estabelece a competência da Anvisa para regulamentar, controlar e fiscalizar produtos e serviços que envolvam risco à saúde pública;

considerando a Lei n. 9.656, de 03 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde e que, em seu Art. 17, § 3º, imputa responsabilidades às operadoras de planos de saúde, nos casos de descumprimento das normas sanitárias em vigor por prestadores de serviço de saúde, que façam parte de sua rede credenciada;

considerando o lançamento do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, em 08 de março de 2004, pela Presidência da República e o disposto na Portaria MS/GM n. 399, de 22 de fevereiro de 2006, que aprova o Pacto pela Saúde 2006 e estabelece como metas a redução da mortalidade infantil e materna;

considerando que parto e nascimento são acontecimentos de cunho familiar, social, cultural e preponderantemente fisiológico;

considerando a Política de Humanização do Parto e Nascimento, instituída pela Portaria GM/MS n. 569, de 01 de junho de 2000, e a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão da Saúde, implementada pelo Ministério da Saúde em 2003;

considerando a necessidade de instrumentalizar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e estabelecer parâmetros para funcionamento e avaliação dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal;

considerando que as ações de vigilância sanitária são indelegáveis e intransferíveis, exercidas por autoridade sanitária Federal, Estadual, do Distrito Federal e Municipal, que terá livre acesso aos estabelecimentos e aos ambientes sujeitos ao controle sanitário de que trata esse regulamento;

considerando a Portaria Anvisa n. 26, de 12 de janeiro de 2007, que instituiu o Grupo de Trabalho para discussão e apresentação de propostas para o funcionamento dos Serviços de Atenção ao Parto e Nascimento e a publicação da Consulta Pública da Anvisa n.109, de 14 de novembro de 2007, que definiu prazo de 90 dias para que fossem apresentadas críticas e sugestões relativas ao documento proposto, adota a seguinte Resolução da Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

Art. 1º Aprovar a Resolução que regulamenta o funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal e seus anexos.

Art. 2º Estabelecer que a construção, reforma ou adaptação na estrutura física dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal deve ser precedida de avaliação e aprovação do projeto físico junto à autoridade sanitária local, em conformidade com a RDC/Anvisa n.50, de 21 de fevereiro de 2002, e RDC/Anvisa n. 189, de 18 de julho de 2003.

Parágrafo único. Os itens da RDC/Anvisa n. 50, de 21 de fevereiro de 2002, referentes à atenção obstétrica e neonatal passam a vigorar conforme o Anexo II desta Resolução.

.....

.....

## LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990

Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

### O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

#### DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 1º Esta Lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

.....

#### TÍTULO II DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

.....

#### CAPÍTULO IV DA COMPETÊNCIA E DAS ATRIBUIÇÕES

.....

#### Seção II Da Competência

.....

Art. 19. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.

#### CAPÍTULO V DO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA *(Capítulo acrescido pela Lei nº 9.836 de 23/9/1999)*

Art. 19-A. As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei. *(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999)*

Art. 19-B. É instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde - SUS, criado e definido por esta Lei, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com o qual funcionará em perfeita integração. *(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999)*

Art. 19-C. Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. *(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999)*

Art. 19-D. O SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País. *(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999)*

Art. 19-E. Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações. *(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999)*

Art. 19-F. Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras,

educação sanitária e integração institucional. ([Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999](#))

Art. 19-G. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado.

§ 1º O Subsistema de que trata o *caput* deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

§ 2º O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações.

§ 3º As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde. ([Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999](#))

Art. 19-H. As populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso. ([Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999](#))

#### CAPÍTULO VI

##### DO SUBSISTEMA DE ATENDIMENTO E INTERNAÇÃO DOMICILIAR

([Capítulo acrescido pela Lei nº 10.424, de 15/4/2002](#))

Art. 19-I. São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar.

§ 1º Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio.

§ 2º O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora.

§ 3º O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família. ([Artigo acrescido pela Lei nº 10.424, de 15/4/2002](#))

#### CAPÍTULO VII

##### DO SUBSISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DURANTE O TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO

([Capítulo acrescido pela Lei nº 11.108, de 7/4/2005](#))

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. (["Caput" do artigo artigo acrescido pela Lei nº 11.108, de 7/4/2005](#))

§ 1º O acompanhante de que trata o *caput* deste artigo será indicado pela parturiente. ([Parágrafo acrescido pela Lei nº 11.108, de 7/4/2005](#))

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo. ([Parágrafo acrescido pela Lei nº 11.108, de 7/4/2005](#))

§ 3º Ficam os hospitais de todo o País obrigados a manter, em local visível de suas dependências, aviso informando sobre o direito estabelecido no *caput* deste artigo. ([Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.895, de 18/12/2013](#))

Art. 19-L ([VETADO na Lei nº 11.108, de 7/4/2005](#))

#### CAPÍTULO VIII

##### DA ASSISTÊNCIA TERAPÊUTICA E DA INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIA EM SAÚDE

([Capítulo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação](#))

Art. 19-M. A assistência terapêutica integral a que se refere a alínea *d* do inciso I do art. 6º consiste em:

I - dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado ou, na falta do protocolo, em conformidade com o disposto no art. 19-P;

II - oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do Sistema Único de Saúde - SUS, realizados no território nacional por serviço próprio, conveniado ou contratado. [Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação](#)

Art. 19-N. Para os efeitos do disposto no art. 19-M, são adotadas as seguintes definições:

I - produtos de interesse para a saúde: órteses, próteses, bolsas coletoras e equipamentos médicos;

II - protocolo clínico e diretriz terapêutica: documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS. [Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação](#)

Art. 19-O. Os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas deverão estabelecer os medicamentos ou produtos necessários nas diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que tratam, bem como aqueles indicados em casos de perda de eficácia e de surgimento de intolerância ou reação adversa relevante, provocadas pelo medicamento, produto ou procedimento de primeira escolha.

Parágrafo único. Em qualquer caso, os medicamentos ou produtos de que trata o *caput* deste artigo serão aqueles avaliados quanto à sua eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade para as diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que trata o protocolo. [Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação](#)

Art. 19-P. Na falta de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, a dispensação será realizada:

I - com base nas relações de medicamentos instituídas pelo gestor federal do SUS, observadas as competências estabelecidas nesta Lei, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite;

II - no âmbito de cada Estado e do Distrito Federal, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores estaduais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Bipartite;

III - no âmbito de cada Município, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores municipais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada no Conselho Municipal de Saúde. [Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação](#)

Art. 19-Q. A incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS.

§ 1º A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, cuja composição e regimento são definidos em regulamento, contará com a participação de 1 (um) representante indicado pelo Conselho Nacional de Saúde e de 1 (um) representante, especialista na área, indicado pelo Conselho Federal de Medicina.

§ 2º O relatório da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS levará em consideração, necessariamente:

I - as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo, acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso;

II - a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas, inclusive no que se refere aos atendimentos domiciliar, ambulatorial ou

hospitalar, quando cabível. [\(Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação\)](#)

Art. 19-R. A incorporação, a exclusão e a alteração a que se refere o art. 19-Q serão efetuadas mediante a instauração de processo administrativo, a ser concluído em prazo não superior a 180 (cento e oitenta) dias, contado da data em que foi protocolado o pedido, admitida a sua prorrogação por 90 (noventa) dias corridos, quando as circunstâncias exigirem.

§ 1º O processo de que trata o *caput* deste artigo observará, no que couber, o disposto na Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999, e as seguintes determinações especiais:

I - apresentação pelo interessado dos documentos e, se cabível, das amostras de produtos, na forma do regulamento, com informações necessárias para o atendimento do disposto no § 2º do art. 19-Q;

II - (VETADO);

III - realização de consulta pública que inclua a divulgação do parecer emitido pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS;

IV - realização de audiência pública, antes da tomada de decisão, se a relevância da matéria justificar o evento.

§ 2º (VETADO). [\(Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação\)](#)

Art. 19-S. [\(VETADO na Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação\)](#)

Art. 19-T. São vedados, em todas as esferas de gestão do SUS:

I - o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento, produto e procedimento clínico ou cirúrgico experimental, ou de uso não autorizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA;

II - a dispensação, o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento e produto, nacional ou importado, sem registro na Anvisa. [\(Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação\)](#)

Art. 19-U. A responsabilidade financeira pelo fornecimento de medicamentos, produtos de interesse para a saúde ou procedimentos de que trata este Capítulo será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite. [\(Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação\)](#)

### TÍTULO III DOS SERVIÇOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

#### CAPÍTULO I DO FUNCIONAMENTO

Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

.....  
.....

#### **LEI Nº 11.108, DE 7 DE ABRIL DE 2005**

Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

**O VICE-PRESIDENTE DA REPÚBLICA**, no exercício do cargo de **PRESIDENTE DA REPÚBLICA**

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º O Título II "Do Sistema Único de Saúde" da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar acrescido do seguinte Capítulo VII "Do Subsistema de Acompanhamento

durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato", e dos arts. 19-J e 19-L:

**"CAPÍTULO VII  
DO SUBSISTEMA DE ACOMPANHAMENTO  
DURANTE O TRABALHO DE PARTO, PARTO  
E PÓS-PARTO IMEDIATO**

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente.

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo.

Art. 19-L. (VETADO)"

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 7 de abril de 2005; 184º da Independência e 117º da República.

JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA  
Luiz Paulo Teles Ferreira Barreto  
Humberto Sérgio Costa Lima

**LEI Nº 11.634, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2007**

Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Toda gestante assistida pelo Sistema Único de Saúde - SUS tem direito ao conhecimento e à vinculação prévia à:

I - maternidade na qual será realizado seu parto;

II - maternidade na qual ela será atendida nos casos de intercorrência pré-natal.

§ 1º A vinculação da gestante à maternidade em que se realizará o parto e na qual será atendida nos casos de intercorrência é de responsabilidade do Sistema Único de Saúde e dar-se-á no ato de sua inscrição no programa de assistência pré-natal.

§ 2º A maternidade à qual se vinculará a gestante deverá ser comprovadamente apta a prestar a assistência necessária conforme a situação de risco gestacional, inclusive em situação de puerpério.

Art. 2º O Sistema Único de Saúde analisará os requerimentos de transferência da gestante em caso de comprovada falta de aptidão técnica e pessoal da maternidade e cuidará da transferência segura da gestante.

Art. 3º A execução desta Lei correrá por conta de recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes suplementares.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 27 de dezembro de 2007; 186º da Independência e 119º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA  
Márcia Bassit Lameiro Costa Mazzoli

**PORTARIA Nº 2.669, DE 3 DE NOVEMBRO DE 2009**

Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto

pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010 - 2011.

O **MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE**, no uso de suas atribuições previstas no inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde, instituídas pela Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, segundo as quais o Pacto pela Vida se traduz no compromisso entre os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira;

Considerando que o monitoramento do Pacto pela Saúde deve ser orientado pelos indicadores, objetivos, metas e responsabilidades que compõem o Termo de Compromisso de Gestão, conforme instituído no art. 14 da Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006;

Considerando a Portaria nº 3.176/GM, de 24 de dezembro de 2008, que aprova orientações acerca da elaboração, da aplicação e do fluxo do Relatório Anual de Gestão; e

Considerando a decisão do Plenário da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de pactuação do documento "Interface dos Instrumentos do Sistema de Planejamento e dos Instrumentos de Pactuação do SUS", em reunião ocorrida dia 27 de agosto de 2009, resolve:

Art. 1º As prioridades do Pacto pela Saúde, no componente Pacto pela Vida, para o biênio 2010 - 2011 serão as seguintes:

I - atenção à saúde do idoso;

II - controle do câncer de colo de útero e de mama;

III - redução da mortalidade infantil e materna;

IV - fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite e aids;

V - promoção da saúde;

VI - fortalecimento da atenção básica;

VII - saúde do trabalhador;

VIII - saúde mental;

IX - fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência;

X - atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência; e

XI - saúde do homem.

Art. 2º Define-se o conjunto de prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, para o biênio 2010-2011, conforme Anexo a esta Portaria.

§ 1º As prioridades, objetivos, metas e indicadores dos Pactos pela Vida e de Gestão representarão o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que impactam nas condições de saúde da população.

§ 2º O documento de orientações acerca dos indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, estará disponível no endereço eletrônico: [www.saude.gov.br/sispacto](http://www.saude.gov.br/sispacto).

.....  
 .....  
**PORTARIA Nº 2.799, DE 18 DE NOVEMBRO DE 2008.**

Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS -, a Rede Amamenta Brasil.

---

Revogada pela Portaria 1920/2013/MS

---

O **MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE**, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art.87 da Constituição, e Considerando as prioridades, objetivos e

metas do Pacto pela Vida em 2008, definidos pela Portaria GM/MS nº 325, de 21 de fevereiro de 2008, entre os quais estabelece a redução da mortalidade materna e infantil;

Considerando a Política Nacional de Atenção Básica definida por meio da Portaria GM/MS nº 648, de 28 de março de 2006, que estabelece como princípios da Atenção Básica a universalidade, a acessibilidade, a integralidade, o vínculo, a responsabilização, a equidade, a humanização, a longitudinalidade e a coordenação do cuidado;

Considerando o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, lançado em 8 de março de 2004, que visa monitorar o cumprimento das ações de proteção à saúde da criança e da mulher;

Considerando o compromisso internacional assumido pelo Brasil de cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, em especial o quarto Objetivo, cuja meta é a redução em dois terços da mortalidade de crianças menores de cinco anos, no período de 1990 e 2015;

Considerando a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS/2006, que revela que os índices de aleitamento materno no Brasil estão bem abaixo do recomendado;

Considerando ser o aleitamento materno importante estratégia de vínculo entre mãe e filho e de proteção e promoção da saúde da criança e da mãe, cujo sucesso tem implicação direta na redução da mortalidade materna e infantil;

Considerando a existência da Iniciativa Hospital Amigo da Criança e da Rede de Bancos de Leite Humano como marcos importantes da promoção do aleitamento materno com foco na atenção hospitalar; e

Considerando a necessidade de fomentar as ações de promoção do aleitamento materno nas unidades básicas de saúde, postos de saúde, centros de saúde e unidades de saúde da família, resolve:

Art. 1º Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS -, a Rede Amamenta Brasil, com o objetivo de contribuir para a redução da mortalidade materna e infantil através do aumento dos índices de aleitamento materno no Brasil.

Parágrafo único. A Rede Amamenta Brasil se constitui numa estratégia de promoção, proteção e apoio à prática do aleitamento materno na Atenção Básica, por meio de revisão e supervisão do processo de trabalho interdisciplinar nas unidades básicas de saúde.

Art. 2º A Rede Amamenta Brasil será formada pelo conjunto das unidades básicas de saúde que cumprirem os critérios de inclusão definidos no Caderno de Tutores a ser publicados pela Rede.

.....  
 .....

## **PROJETO DE LEI N.º 1.217, DE 2019**

### **(Do Sr. Ricardo Izar)**

Altera a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, para dispor que as gestantes com deficiência auditiva terão acompanhamento de interprete de libras durante o pré-natal e o parto.

**DESPACHO:**  
 APENSE-SE À(AO) PL-6567/2013.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

**Art. 1º** Acrescenta-se o seguinte inciso XII ao § 4º do artigo 18 da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015:

“Art. 18.....

§4º.....

XII - acompanhamento da gestante com deficiência auditiva por intérprete de libras durante as consultas de pré-natal e no momento da realização do parto.  
.....” (NR)

**Art. 2º** Esta Lei entra em vigor após decorridos 120 dias de sua publicação oficial.

## JUSTIFICAÇÃO

Acessibilidade é essencial ao portador de deficiência, e no caso específico do portador de deficiência auditiva, a tradução por libras é o meio eficiente para romper a barreira da comunicação.

Essa parcela da população ainda enfrenta dificuldades para conseguir realizar atividades cotidianas e nos hospitais os problemas são ainda mais graves. Muitas vezes, as palavras do médico são muito técnicas, e isso deixa o deficiente auditivo muito confuso. São muitos os casos que o deficiente auditivo tem que escrever explicando para o médico que ele é surdo e mudo.

A acessibilidade é um direito que visa assegurar o máximo possível de autonomia, segurança, conforto e dignidade para quem dela usufrui. Podendo também ser vista como uma garantia, posto que também é um direito fundamental para o alcance dos demais direitos.

Entendemos que estamos em um século onde a inclusão e o respeito às diferenças estão marcadamente descritos em leis e cada vez mais sendo postos em prática, levando a população à melhoria de sua qualidade de vida, em função das melhores condições de acesso à educação, saúde, diagnóstico, tratamento, reabilitação, entre outros.

A portaria 569, de 1º de junho de 2000, do Ministério da Saúde, estabelece entre os princípios e diretrizes para estruturação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento:

“Toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério”.

O Art. 25 da Lei nº13.146, de 6 de julho de 2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência), prevê o seguinte:

“Art. 25. Os espaços dos serviços de saúde, tanto públicos quanto privados, devem assegurar o acesso da pessoa com deficiência, em conformidade com a legislação em vigor, mediante a remoção de barreiras, por meio de projetos arquitetônico, de

ambientação de interior e de **comunicação que atendam às especificidades das pessoas com deficiência física, sensorial, intelectual e mental.**”

Com a tradução por libras durante o acompanhamento médico no pré-natal e durante o parto, será dada oportunidade à gestante surda de melhor entender a explicação médica, bem como ter suas dúvidas sanadas durante o atendimento, o que gera resultados imediatos, proporcionando o desenvolvimento inclusivo e sustentável. Assim, com a implementação do projeto, pode-se dizer que as gestantes portadoras de deficiência auditiva alcançam o *status* de usuárias legítimas do SUS.

A presente proposição tem o objetivo de sensibilizar a sociedade sobre a importância do tema em questão, somar àquelas já existentes, contextualizar o tema abordado e contribuir para as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, favorecendo a inclusão do deficiente auditivo em todas as atividades sociais.

Sala das Sessões, em 27 de fevereiro de 2019.

Dep. **Ricardo Izar**  
Progressistas/SP

<p><b>LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA</b> Coordenação de Organização da Informação Legislativa - CELEG Serviço de Tratamento da Informação Legislativa - SETIL Seção de Legislação Citada - SELEC</p>
--

## LEI Nº 13.146, DE 6 DE JULHO DE 2015

Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).

### A PRESIDENTA DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

#### LIVRO I PARTE GERAL

.....

#### TÍTULO II DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS

.....

#### CAPÍTULO III DO DIREITO À SAÚDE

Art. 18. É assegurada atenção integral à saúde da pessoa com deficiência em todos os níveis de complexidade, por intermédio do SUS, garantido acesso universal e igualitário.

§ 1º É assegurada a participação da pessoa com deficiência na elaboração das políticas de saúde a ela destinadas.

§ 2º É assegurado atendimento segundo normas éticas e técnicas, que regulamentarão a atuação dos profissionais de saúde e contemplarão aspectos relacionados aos direitos e às especificidades da pessoa com deficiência, incluindo temas como sua dignidade e autonomia.

§ 3º Aos profissionais que prestam assistência à pessoa com deficiência, especialmente em serviços de habilitação e de reabilitação, deve ser garantida capacitação inicial e continuada.

§ 4º As ações e os serviços de saúde pública destinados à pessoa com deficiência devem assegurar:

- I - diagnóstico e intervenção precoces, realizados por equipe multidisciplinar;
- II - serviços de habilitação e de reabilitação sempre que necessários, para qualquer tipo de deficiência, inclusive para a manutenção da melhor condição de saúde e qualidade de vida;
- III - atendimento domiciliar multidisciplinar, tratamento ambulatorial e internação;
- IV - campanhas de vacinação;
- V - atendimento psicológico, inclusive para seus familiares e atendentes pessoais;
- VI - respeito à especificidade, à identidade de gênero e à orientação sexual da pessoa com deficiência;
- VII - atenção sexual e reprodutiva, incluindo o direito à fertilização assistida;
- VIII - informação adequada e acessível à pessoa com deficiência e a seus familiares sobre sua condição de saúde;
- IX - serviços projetados para prevenir a ocorrência e o desenvolvimento de deficiências e agravos adicionais;
- X - promoção de estratégias de capacitação permanente das equipes que atuam no SUS, em todos os níveis de atenção, no atendimento à pessoa com deficiência, bem como orientação a seus atendentes pessoais;
- XI - oferta de órteses, próteses, meios auxiliares de locomoção, medicamentos, insumos e fórmulas nutricionais, conforme as normas vigentes do Ministério da Saúde.

§ 5º As diretrizes deste artigo aplicam-se também às instituições privadas que participem de forma complementar do SUS ou que recebam recursos públicos para sua manutenção.

Art. 19. Compete ao SUS desenvolver ações destinadas à prevenção de deficiências por causas evitáveis, inclusive por meio de:

- I - acompanhamento da gravidez, do parto e do puerpério, com garantia de parto humanizado e seguro;
- II - promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, vigilância alimentar e nutricional, prevenção e cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição da mulher e da criança;
- III - aprimoramento e expansão dos programas de imunização e de triagem neonatal;
- IV - identificação e controle da gestante de alto risco.

Art. 20. As operadoras de planos e seguros privados de saúde são obrigadas a garantir à pessoa com deficiência, no mínimo, todos os serviços e produtos ofertados aos demais clientes.

Art. 21. Quando esgotados os meios de atenção à saúde da pessoa com deficiência no local de residência, será prestado atendimento fora de domicílio, para fins de diagnóstico e de tratamento, garantidos o transporte e a acomodação da pessoa com deficiência e de seu acompanhante.

Art. 22. À pessoa com deficiência internada ou em observação é assegurado o direito a acompanhante ou a atendente pessoal, devendo o órgão ou a instituição de saúde proporcionar condições adequadas para sua permanência em tempo integral.

§ 1º Na impossibilidade de permanência do acompanhante ou do atendente pessoal junto à pessoa com deficiência, cabe ao profissional de saúde responsável pelo tratamento justificá-la por escrito.

§ 2º Na ocorrência da impossibilidade prevista no § 1º deste artigo, o órgão ou a instituição de saúde deve adotar as providências cabíveis para suprir a ausência do acompanhante ou do atendente pessoal.

Art. 23. São vedadas todas as formas de discriminação contra a pessoa com deficiência, inclusive por meio de cobrança de valores diferenciados por planos e seguros privados de saúde, em razão de sua condição.

Art. 24. É assegurado à pessoa com deficiência o acesso aos serviços de saúde, tanto públicos como privados, e às informações prestadas e recebidas, por meio de recursos de tecnologia assistiva e de todas as formas de comunicação previstas no inciso V do art. 3º desta Lei.

Art. 25. Os espaços dos serviços de saúde, tanto públicos quanto privados, devem assegurar o acesso da pessoa com deficiência, em conformidade com a legislação em vigor, mediante a remoção de barreiras, por meio de projetos arquitetônico, de ambientação de interior e de comunicação que atendam às especificidades das pessoas com deficiência física, sensorial, intelectual e mental.

Art. 26. Os casos de suspeita ou de confirmação de violência praticada contra a pessoa com deficiência serão objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade policial e ao Ministério Público, além dos Conselhos dos Direitos da Pessoa com Deficiência.

Parágrafo único. Para os efeitos desta Lei, considera-se violência contra a pessoa com deficiência qualquer ação ou omissão, praticada em local público ou privado, que lhe cause morte ou dano ou sofrimento físico ou psicológico.

.....  
.....

**PORTARIA Nº 569, DE 1º DE JUNHO DE 2000**

Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais,

Considerando que o acesso das gestantes e recém-nascidos a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto, puerpério e período neonatal são direitos inalienáveis da cidadania;

Considerando a necessidade de ampliar os esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna, perinatal e neonatal registradas no país;

Considerando a necessidade de adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência neonatal;

Considerando a necessidade de complementar as medidas já adotadas pelo Ministério da Saúde no sentido de aprimorar a assistência à saúde da gestante, como a implantação das redes de assistência à gestação de alto risco, o incremento do custeio e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes;

Considerando a necessidade de prosseguir na política de estimular o aprimoramento do sistema de assistência à saúde da gestante, integrando e regulando o atendimento à gestação e ao parto nos níveis ambulatorial básico e especializado, o acompanhamento pré-natal, o atendimento pré e inter-hospitalar, o atendimento hospitalar e ainda o controle de leitos obstétricos, como forma de garantir a integralidade assistencial;

Considerando a necessidade de adotar medidas que possibilitem o avanço da organização e regulação do sistema de assistência à gestação e ao parto, estabelecendo ações que integrem todos os níveis desta assistência, definindo mecanismos de regulação e criando os fluxos de referência e contra-referência que garantam o adequado atendimento à gestante, ao parto e ao recém-nascido;

Considerando a necessidade de estimular o processo de regulação da assistência obstétrica e neonatal baseado na implantação de Centrais de Regulação Obstétrica e Neonatal nos níveis estadual, regional e municipal, como um instrumento ordenador e orientador da atenção à saúde da gestante e do recém-nascido, com o princípio fundamental de incrementar o desenvolvimento da capacidade do poder público de gerir o sistema e de responder, de forma rápida, qualificada e integrada, às demandas de saúde oriundas deste grupo populacional específico, em seus diferentes níveis e etapas do processo assistencial, resolve:

Art. 1º Instituir o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único. O Programa objeto deste Artigo será executado de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, municípios e do Distrito Federal e tem por objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a estas ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Art. 2º Estabelecer os seguintes princípios e diretrizes para a estruturação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento:

a - toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;

b - toda gestante tem direito ao acompanhamento pré-natal adequado de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo I desta Portaria;

c - toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;

d - toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo II desta Portaria;

e - todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura;

f - as autoridades sanitárias dos âmbitos federal, estadual e municipal são responsáveis pela garantia dos direitos enunciados nas alíneas acima.

.....  
 .....

## **PROJETO DE LEI N.º 2.446, DE 2019**

### **(Do Sr. Boca Aberta)**

Concede, à pessoa com deficiência auditiva gestante, o direito a um intérprete da Língua Brasileira de Sinais - LIBRAS, para acompanhar a consulta de pré-natal e o trabalho de parto.

**DESPACHO:**  
 APENSE-SE AO PL-1217/2019.

Artigo 1º - Os estabelecimentos públicos de saúde em todo o território nacional brasileiro deverão garantir à pessoa com deficiência auditiva gestante que assim solicitar o direito a um intérprete da Língua Brasileira de Sinais – LIBRAS, para acompanhar a consulta pré-natal e o trabalho de parto.

Artigo 2º - Ulterior disposição regulamentar desta Lei definirá o detalhamento técnico de sua execução.

Artigo 3º - As despesas decorrentes da execução desta lei correrão à conta de dotações orçamentárias próprias.

Artigo 4º - Esta Lei entra em vigor no prazo de 60 (sessenta) dias de sua publicação.

### **JUSTIFICATIVA**

Inicialmente, cumpre salientar que compete aos Estados legislar sobre assuntos referentes à proteção e defesa da saúde, bem como à integração social da pessoa com deficiência, conforme dispõe o artigo 24, incisos XII e XIV, da Constituição Federal.

Assim, com base na premissa aqui emitida, cabe a todas Unidades Federativas do Brasil legislar sobre a matéria que ora se discute.

A proposta concede à pessoa com deficiência auditiva gestante o direito a um intérprete da Língua Brasileira de Sinais – LIBRAS, para

acompanhar a consulta pré-natal e o trabalho de parto. Tem como objetivo principal propiciar um canal efetivo de diálogo entre paciente, médicos e enfermeiros, promovendo a inclusão social.

Desde o pré-natal, o intérprete irá contribuir para que a gestante se sinta mais segura, conseguindo se comunicar com toda a equipe médica.

Intérpretes que já realizaram esse trabalho narram a imensa felicidade em expressar, para os médicos e enfermeiros, o que a grávida sentia antes e depois de entrar na sala de parto.

Em última análise, o paciente deve saber efetivamente o que está sendo feito durante os procedimentos médicos.

Face o exposto, solicito o apoio dos nobres pares para uma rápida tramitação e aprovação da presente proposição.

Sala das Sessões, 23 de abril de 2019.

**Deputado Federal BOCA ABERTA  
(PROS/PR)**

**LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA**  
Coordenação de Organização da Informação Legislativa - CELEG  
Serviço de Tratamento da Informação Legislativa - SETIL  
Seção de Legislação Citada - SELEC

**CONSTITUIÇÃO  
DA  
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
1988**

**PREÂMBULO**

Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembléia Nacional Constituinte para instituir um Estado democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte Constituição da República Federativa do Brasil.

**TÍTULO III  
DA ORGANIZAÇÃO DO ESTADO**

## CAPÍTULO II DA UNIÃO

Art. 24. Compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre:

- I - direito tributário, financeiro, penitenciário, econômico e urbanístico;
- II - orçamento;
- III - juntas comerciais;
- IV - custas dos serviços forenses;
- V - produção e consumo;
- VI - florestas, caça, pesca, fauna, conservação da natureza, defesa do solo e dos recursos naturais, proteção do meio ambiente e controle da poluição;
- VII - proteção ao patrimônio histórico, cultural, artístico, turístico e paisagístico;
- VIII - responsabilidade por dano ao meio ambiente, ao consumidor, a bens e direitos de valor artístico, estético, histórico, turístico e paisagístico;
- IX - educação, cultura, ensino, desporto, ciência, tecnologia, pesquisa, desenvolvimento e inovação; *(Inciso com redação dada pela Emenda Constitucional nº 85, de 2015, republicada no DOU de 3/3/2015)*
- X - criação, funcionamento e processo do juizado de pequenas causas;
- XI - procedimentos em matéria processual;
- XII - previdência social, proteção e defesa da saúde;
- XIII - assistência jurídica e defensoria pública;
- XIV - proteção e integração social das pessoas portadoras de deficiência;
- XV - proteção à infância e à juventude;
- XVI - organização, garantias, direitos e deveres das polícias civis.

§ 1º No âmbito da legislação concorrente, a competência da União limitar-se-á a estabelecer normas gerais.

§ 2º A competência da União para legislar sobre normas gerais não exclui a competência suplementar dos Estados.

§ 3º Inexistindo lei federal sobre normas gerais, os Estados exercerão a competência legislativa plena, para atender a suas peculiaridades.

§ 4º A superveniência de lei federal sobre normas gerais suspende a eficácia da lei estadual, no que lhe for contrário.

## CAPÍTULO III DOS ESTADOS FEDERADOS

Art. 25. Os Estados organizam-se e regem-se pelas Constituições e leis que adotarem, observados os princípios desta Constituição.

§ 1º São reservadas aos Estados as competências que não lhes sejam vedadas por esta Constituição.

§ 2º Cabe aos Estados explorar diretamente, ou mediante concessão, os serviços locais de gás canalizado, na forma da lei, vedada a edição de medida provisória para a sua regulamentação. *(Parágrafo com redação dada pela Emenda Constitucional nº 5, de 1995)*

§ 3º Os Estados poderão, mediante lei complementar, instituir regiões metropolitanas, aglomerações urbanas e microrregiões, constituídas por agrupamentos de Municípios limítrofes, para integrar a organização, o planejamento e a execução de funções públicas de interesse comum.

# PROJETO DE LEI N.º 2.693, DE 2019

(Do Sr. Lafayette de Andrada)

Institui a Política Nacional de Atendimento à Gestante.

**DESPACHO:**  
APENSE-SE À(AO) PL-7633/2014.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta lei institui a Política Nacional de Atendimento à Gestante.

Art. 2º Fica instituída a Política Nacional de Atendimento à Gestante, com o objetivo de assegurar o direito à assistência, à saúde, ao parto de qualidade e à maternidade saudável, atendidos os seguintes princípios:

I - o respeito à dignidade humana da gestante;

II - a autonomia da vontade das gestantes e das famílias;

III - a humanização na atenção obstétrica;

IV - a transparência da equipe de saúde no sentido de fornecer à gestante todas as informações necessárias a respeito da gestação, das diversas formas de parto e da amamentação;

V - a obrigatoriedade da intervenção estatal no sentido de assegurar que todas as cautelas sejam tomadas para o bem-estar da gestante;

VI - a preferência pela utilização dos métodos menos invasivos e mais naturais;

VII - a atenção especial às gestantes em situação de vulnerabilidade social, inclusive violência doméstica;

VIII - a educação e a informação das gestantes quanto aos seus direitos e deveres, com vistas à melhoria da assistência obstétrica;

IX - a coibição e a repressão eficientes de todas as formas de arbitrariedade perpetradas contra as gestantes.

Art. 3º São direitos básicos das gestantes e dever do Estado:

I - a proteção da saúde entendida como o desfrute do mais alto nível de bem-estar físico, psíquico e social;

II - a realização de consultas médicas periódicas;

III - a realização de exames laboratoriais periódicos;

IV - a prestação de auxílios psicológico e assistencial;

V - a presença de um acompanhante em todos os procedimentos médicos e laboratoriais relacionados à gestação e ao parto;

VI - a elaboração de plano individual de parto;

VII - a efetiva prevenção e reparação de danos causados ao bem-estar das gestantes e das famílias;

VIII - o fornecimento de informações à gestante, assim como ao pai e demais familiares, sempre que possível, dos métodos e procedimentos mais adequados;

IX - a facilitação da defesa de seus direitos, assegurando-se o pleno acesso aos órgãos judiciais e administrativos.

Art. 4º O Ministério da Saúde publicará, periodicamente, protocolos descrevendo as rotinas e procedimentos de assistência à gestante, descritos de modo conciso, claro e objetivo, bem como dados estatísticos atualizados sobre as modalidades de parto e os procedimentos adotados por opção da gestante.

Art. 5º As unidades de saúde que prestam assistência à gestante, parturiente ou puérpera informarão as gestantes e parturientes destes direitos.

Art. 6º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata a Política Nacional de Atendimento à Gestante constarão da regulamentação desta Lei, a ser elaborada pelo Ministério da Saúde que poderá solicitar a colaboração de estados e municípios.

Parágrafo único. A elaboração da regulamentação pelo Ministério da Saúde das ações de que trata o *caput* deste artigo, sempre que possível, serão precedidas de audiências públicas que contarão com a participação de entidades da sociedade civil especializadas no assunto.

Art. 7º Esta Lei entra em vigor na data da sua publicação.

## **JUSTIFICAÇÃO**

O Brasil vem adotando ao longo dos anos, em compasso com as recomendações e protocolos da Organização Mundial de Saúde, uma série de medidas com o objetivo de proteger e cuidar das gestantes.

A humanização do atendimento à saúde da gestante, luta histórica de diversos setores da sociedade civil, foi um grande passo para reduzir as mortes tanto das mães quanto de seus filhos, e vem sendo implementada em diversas iniciativas.

O período de acompanhamento pré-natal, outra grande conquista, tornou-se imprescindível, pois permite que sejam detectados e corrigidos problemas que podem ter repercussões gravíssimas sobre a gestação.

Merece destaque, também, na atenção à gestante, a sanção em 2005, da Lei 11.108, que incluiu na Lei Orgânica da Saúde, o Capítulo VII, que trata do “Subsistema de Acompanhamento Durante o Trabalho de Parto, Parto e Pós-Parto Imediato”. Essa significativa medida legislativa passou a permitir a presença, junto à parturiente, de 1(um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

Já em 2007, aprovou-se a Lei 11.634, que garante à gestante o conhecimento prévio e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde.

A Rede Cegonha, programa do Governo Federal destinado a proporcionar às mulheres saúde, qualidade de vida e bem estar durante a gestação, parto, pós-parto e o desenvolvimento da criança, tornou-se, segundo a Organização Pan-Americana da Saúde, referência de programa bem sucedido e vem sendo copiado por vários países do mundo.

Louvamos as medidas já alcançadas e parabenizamos todos aqueles que as tornaram possíveis, mas, infelizmente, elas ainda são insuficientes uma vez que milhares de gestantes, principalmente as mais pobres, ainda não possuem um atendimento pleno e adequado na área de saúde, tanto na etapa pré-natal, no momento do parto e, principalmente, no pós-parto.

É grave o fato de que muitas não têm acesso a um mínimo de consultas médicas, exames laboratoriais periódicos, auxílio psicológico e

assistencial, a presença assegurada de um acompanhante em todos os procedimentos médicos e laboratoriais relacionados à gestação e ao parto e nem a um plano individual de parto.

Assim, à luz do art. 226 da Magna Carta, que preconiza que a família é a base da sociedade, merecendo especial atenção do Estado, é de suma importância que a legislação brasileira estabeleça uma política nacional para instituir princípios, direitos, deveres e mecanismos para um adequado atendimento à gestante.

É por essa razão primordial que a proteção familiar precisa ser garantida antes, durante e após o nascimento dos filhos. Todo o amparo estatal é necessário para que os pais se sintam confortáveis e protegidos pela legislação, para a garantia de uma maternidade saudável, em todas as suas fases.

Dessa forma, contamos com a participação dos nobres pares para apreciarem, contribuírem e, ao final, aprovarem uma Política Nacional de Apoio à Gestante para que as mães possam vivenciar a dádiva da concepção de um novo ser de forma plena e feliz.

Sala das Sessões, em 8 de maio de 2019.

Deputado LAFAYETTE DE ANDRADA  
PRB/MG

**LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA**

Coordenação de Organização da Informação Legislativa - CELEG  
Serviço de Tratamento da Informação Legislativa - SETIL  
Seção de Legislação Citada - SELEC

**CONSTITUIÇÃO  
DA  
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
1988**

**PREÂMBULO**

Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembléia Nacional Constituinte para instituir um Estado democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte Constituição da República Federativa do Brasil.

TÍTULO VIII  
DA ORDEM SOCIAL

---

CAPÍTULO VII  
DA FAMÍLIA, DA CRIANÇA, DO ADOLESCENTE, DO JOVEM E DO IDOSO  
*(Denominação do capítulo com redação dada pela Emenda Constitucional nº 65, de 2010)*

Art. 226. A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado.

§ 1º O casamento é civil e gratuita a celebração.

§ 2º O casamento religioso tem efeito civil, nos termos da lei.

§ 3º Para efeito da proteção do Estado, é reconhecida a união estável entre o homem e a mulher como entidade familiar, devendo a lei facilitar sua conversão em casamento.

§ 4º Entende-se, também, como entidade familiar a comunidade formada por qualquer dos pais e seus descendentes.

§ 5º Os direitos e deveres referentes à sociedade conjugal são exercidos igualmente pelo homem e pela mulher.

§ 6º O casamento civil pode ser dissolvido pelo divórcio. *(Parágrafo com redação dada pela Emenda Constitucional nº 66, de 2010)*

§ 7º Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.

§ 8º O Estado assegurará a assistência à família na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações.

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. *(“Caput” do artigo com redação dada pela Emenda Constitucional nº 65, de 2010)*

§ 1º O Estado promoverá programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente e do jovem, admitida a participação de entidades não governamentais, mediante políticas específicas e obedecendo aos seguintes preceitos: *(Parágrafo com redação dada pela Emenda Constitucional nº 65, de 2010)*

I - aplicação de percentual dos recursos públicos destinados à saúde na assistência materno-infantil;

II - criação de programas de prevenção e atendimento especializado para as pessoas portadoras de deficiência física, sensorial ou mental, bem como de integração social do adolescente e do jovem portador de deficiência, mediante o treinamento para o trabalho e a convivência, e a facilitação do acesso aos bens e serviços coletivos, com a eliminação de obstáculos arquitetônicos e de todas as formas de discriminação. *(Inciso com redação dada pela Emenda Constitucional nº 65, de 2010)*

§ 2º A lei disporá sobre normas de construção dos logradouros e dos edifícios de uso público e de fabricação de veículos de transporte coletivo, a fim de garantir acesso adequado às pessoas portadoras de deficiência.

§ 3º O direito a proteção especial abrangerá os seguintes aspectos:

I - idade mínima de quatorze anos para admissão ao trabalho, observado o disposto no art. 7º, XXXIII;

II - garantia de direitos previdenciários e trabalhistas;

III - garantia de acesso do trabalhador adolescente e jovem à escola; (*Inciso com redação dada pela Emenda Constitucional nº 65, de 2010*)

IV - garantia de pleno e formal conhecimento da atribuição de ato infracional, igualdade na relação processual e defesa técnica por profissional habilitado, segundo dispuser a legislação tutelar específica;

V - obediência aos princípios de brevidade, excepcionalidade e respeito à condição peculiar de pessoa em desenvolvimento, quando da aplicação de qualquer medida privativa da liberdade;

VI - estímulo do poder público, através de assistência jurídica, incentivos fiscais e subsídios, nos termos da lei, ao acolhimento, sob a forma de guarda, de criança ou adolescente órfão ou abandonado;

VII - programas de prevenção e atendimento especializado à criança, ao adolescente e ao jovem dependente de entorpecentes e drogas afins. (*Inciso com redação dada pela Emenda Constitucional nº 65, de 2010*)

§ 4º A lei punirá severamente o abuso, a violência e a exploração sexual da criança e do adolescente.

§ 5º A adoção será assistida pelo poder público, na forma da lei, que estabelecerá casos e condições de sua efetivação por parte de estrangeiros.

§ 6º Os filhos, havidos ou não da relação do casamento, ou por adoção, terão os mesmos direitos e qualificações, proibidas quaisquer designações discriminatórias relativas à filiação.

§ 7º No atendimento dos direitos da criança e do adolescente levar-se-á em consideração o disposto no art. 204.

§ 8º A Lei estabelecerá:

I – o estatuto da juventude, destinado a regular os direitos dos jovens;

II – o plano nacional de juventude, de duração decenal, visando à articulação das várias esferas do poder público para a execução de políticas públicas. (*Parágrafo acrescido pela Emenda Constitucional nº 65, de 2010*)

## LEI Nº 11.108, DE 7 DE ABRIL DE 2005

Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

O VICE-PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no exercício do cargo de PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º O Título II "Do Sistema Único de Saúde" da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar acrescido do seguinte Capítulo VII "Do Subsistema de Acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato", e dos arts. 19-J e 19-L:

### "CAPÍTULO VII DO SUBSISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DURANTE O TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente.

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo.

Art. 19-L. (VETADO)"

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 7 de abril de 2005; 184º da Independência e 117º da República.

JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA  
Luiz Paulo Teles Ferreira Barreto  
Humberto Sérgio Costa Lima

## **LEI Nº 11.634, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2007**

Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Toda gestante assistida pelo Sistema Único de Saúde - SUS tem direito ao conhecimento e à vinculação prévia à:

I - maternidade na qual será realizado seu parto;

II - maternidade na qual ela será atendida nos casos de intercorrência pré-natal.

§ 1º A vinculação da gestante à maternidade em que se realizará o parto e na qual será atendida nos casos de intercorrência é de responsabilidade do Sistema Único de Saúde e dar-se-á no ato de sua inscrição no programa de assistência pré-natal.

§ 2º A maternidade à qual se vinculará a gestante deverá ser comprovadamente apta a prestar a assistência necessária conforme a situação de risco gestacional, inclusive em situação de puerpério.

Art. 2º O Sistema Único de Saúde analisará os requerimentos de transferência da gestante em caso de comprovada falta de aptidão técnica e pessoal da maternidade e cuidará da transferência segura da gestante.

Art. 3º A execução desta Lei correrá por conta de recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes suplementares.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 27 de dezembro de 2007; 186º da Independência e 119º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA  
Márcia Bassit Lameiro Costa Mazzoli

## **PROJETO DE LEI N.º 3.310, DE 2019** **(Da Sra. Lauriete)**

Dispõe sobre o registro de som e imagem de consultas pré-natais, trabalho de parto e parto.

**DESPACHO:**  
APENSE-SE AO PL-7633/2014.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Os estabelecimentos de saúde que prestam atendimento obstétrico são obrigados a permitir e facilitar às pacientes o registro de som e imagem durante as próprias consultas pré-natais, o trabalho de parto e o parto.

Art. 2º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

### **JUSTIFICAÇÃO**

Com o avanço das ciências da saúde a partir do século XIX, o trabalho de parto e o parto foram progressivamente deslocados para o ambiente hospitalar e, com efeito, os índices de mortes maternas, de mortes neonatais e de complicações pós-parto reduziram-se de modo dramático. Entretanto, esse movimento findou por desumanizar aquele que é um dos momentos mais sublimes da existência humana. As clínicas obstétricas passaram a assemelhar-se a linhas de produção em que tudo deve ocorrer, de preferência, de modo padronizado. Atualmente, em reação, existe um forte movimento para reumanizar o trabalho de parto e o parto, e para coibir o que se chamou violência obstétrica, que pode se manifestar pelos maus tratos à parturiente, pela indução ao parto cirúrgico ou pela execução de procedimentos desnecessários, para ficar em alguns exemplos.

Existem, nesta Casa Legislativa, diversos projetos de lei visando a coibir essa violência obstétrica, alguns melhores que outros. No entanto, observamos que nenhum deles prevê que a gestante possa registrar as consultas

pré-natais, em que costuma ocorrer a indução ao parto cirúrgico, o trabalho de parto e o parto. Ora, muito melhor que punir eventuais casos de violência obstétrica é prevenir sua ocorrência, para o que o conhecimento de que se está sendo registrado pode ser bastante efetivo. Nesse sentido, elaboramos e apresentamos o projeto que ora submetemos aos nobres pares, com a convicção de que terá boa acolhida e receberá os votos e apoio para sua aprovação.

Sala das Sessões, em 4 de junho de 2019.

Deputada LAURIETE

## **PROJETO DE LEI N.º 3.635, DE 2019** **(Da Sra. Carla Zambelli e outros)**

Garante à gestante a possibilidade de optar pelo parto cesariano, a partir da trigésima nona semana de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal.

**DESPACHO:**  
APENSE-SE À(AO) PL-4126/2015.

O CONGRESSO NACIONAL DECRETA:

**Art. 1º.** A parturiente tem direito à cesariana eletiva, devendo ser respeitada em sua autonomia.

**Parágrafo Primeiro.** A cesariana eletiva só será realizada a partir de 39 (trinta e nove) semanas de gestação, após ter a parturiente sido conscientizada e informada acerca dos benefícios do parto normal e riscos de sucessivas cesarianas.

**Parágrafo Segundo.** Na eventualidade de a opção da parturiente pela cesariana não ser observada, ficará o médico obrigado a registrar as razões em prontuário.

**Artigo 2º.** A parturiente que opta ter seu filho por parto normal, apresentando condições clínicas para tanto, também deve ser respeitada em sua autonomia.

**Parágrafo Único.** Garante-se à parturiente o direito à analgesia.

**Artigo 3º.** Nas maternidades, nos hospitais que funcionam como maternidades e nas instituições afins, será afixada placa com os seguintes dizeres: “Constitui direito da parturiente escolher a via de parto, normal ou cesariana, a partir da trigésima nona semana de gestação”.

**Art. 4º.** Sempre poderá o médico, em divergindo da opção feita pela parturiente, encaminhá-la para outro profissional, desde que as vidas da mãe e do feto não estejam em risco respeitando assim o juramento da integridade a vida.

**Art. 5º.** As despesas, decorrentes da execução desta lei, correrão por conta das dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

**Art. 6º.** Esta Lei entra em vigor na data da sua publicação.

## JUSTIFICATIVA

Durante muito tempo, vigorou, na Bioética, uma relação vertical entre médicos e pacientes. O médico funionava como detentor do saber e o paciente como receptor deste saber, impossibilitado de participar das decisões referentes a sua própria saúde.

Com o desenvolvimento da chamada Bioética complexa, essa relação deixou de ser vertical, tendendo à horizontalidade, podendo o paciente, sem desprezar os saberes médicos, participar das tomadas de decisões referentes a sua saúde e a sua própria vida. O reconhecimento das chamadas diretivas de fim de vida tem relação direta com essa mudança de perspectiva.

Pois bem, a Bioética é orientada por quatro princípios básicos: Beneficência, Não Maleficência, Autonomia e Justiça.

Nessa perspectiva mais horizontal da Bioética, ganha força o princípio da autonomia. Por óbvio, o médico não abandonará a busca do melhor para seu paciente, porém, precisará considerar os desejos deste, sendo certo que todas as decisões passam pelo pilar do consentimento livre e informado.

A Medicina, no Brasil, é referência mundial, muito embora haja dificuldades de acesso ainda.

No que tange às diversas formas de parto, tem-se que os profissionais da Medicina sempre lidaram bem com todas elas. Nunca houve por parte dos médicos qualquer preconceito para com a cesariana. Ocorre que, nos últimos anos, ganhou força entre formadores de opinião (que não dependem da saúde pública) a ideia de que o parto normal e, em especial, o parto natural seriam melhores que a cesariana.

A autonomia individual confere à gestante o direito de, bem orientada pelo médico que a acompanha, escolher a via de parto de sua preferência, sendo certo que as intercorrências havidas no momento do parto serão levadas em consideração para, eventualmente, adotar-se um caminho diverso daquele, a princípio, almejado.

Os formadores de opinião que defendem a supremacia do parto normal à cesárea, em regra, se apegam à ideia (correta) de que as parturientes têm direito ao próprio corpo e devem ter seu desejo respeitado. No entanto, defendem o direito de a parturiente escolher (e ser respeitada) apenas quando a parturiente escolhe o parto normal, ou o parto natural.

Quando a parturiente escolhe a cesárea, esses mesmos grupos abandonam o discurso de que a mulher deve ser ouvida e acolhida em seus desejos, presumindo que essa mulher não foi bem informada e esclarecida.

Nesse contexto, não se está diante de um movimento que visa dar voz às mulheres. Está-se, na verdade, diante de um movimento que quer impor suas próprias convicções a todas as mulheres.

A fim de que o objetivo deste Projeto de Lei não venha a ser deturpado, frisa-se que esta Parlamentar não tem nada contra o parto normal, não tem nada contra o parto natural, mas tem tudo contra o desejo de impor convicções de umas poucas pessoas à demais. Ousa-se dizer, à maioria.

Os grupos que defendem que o parto normal e o parto natural são melhores que a cesárea, com muita frequência, denunciam como violência obstétrica o fato de uma mulher pedir para fazer o parto vaginal (em qualquer de suas modalidades) e não ser atendida. Ocorre que esses mesmos grupos não se importam com as muitas mulheres que, na rede pública de saúde, mesmo clamando pela realização da cesárea, são obrigadas a sofrer por longas horas para parir por parto normal. A autora deste projeto não compreende por qual razão esses grupos não vislumbram violência obstétrica em tal situação.

A violência pode ser entendida, segundo a Organização Mundial da Saúde como o uso intencional da força ou do poder em uma forma de ameaça ou efetivamente, contra si mesmo, outra pessoa ou grupo ou comunidade, que ocasiona ou tem grandes probabilidades de ocasionar lesão, morte, dano psíquico, alterações do desenvolvimento ou privações<sup>3</sup> estando aqui manifesta em mais de uma forma.

Ora, que nome dar à dor imposta à parturiente que, optando pelo parto cesariano, uma vez atendidos os protocolos que garantem a segurança e desenvolvimento do feto, tem sua opção inobservada? A situação ganha gravidade, quando se constata que a analgesia, durante o procedimento de parto normal, constitui exceção em todo o território nacional!

A imposição do parto normal, seja ele natural ou não, viola o princípio central da Bioética, qual seja, a autonomia.

Ademais, haja vista os riscos que circundam o parto normal, seja ele natural ou não, pode-se dizer que a imposição do parto vaginal finda por violar também o princípio da não maleficência.

Com efeito, muitos são os casos em que, graças à submissão ao parto normal, o conceito vem a sofrer anoxia (falta de oxigênio), ficando sequelado para o resto da vida, em virtude da popularmente chamada paralisia cerebral. Nas situações mais graves, a anoxia leva à morte do bebê, seja dentro do ventre materno, seja alguns dias após o nascimento.

---

<sup>3</sup>ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório Mundial sobre Violência e Saúde. OMS: Genebra, 2002. p. 1165.

Tais casos chegam aos Conselhos de Medicina e aos Tribunais, havendo, inclusive, situações em que os médicos findam processados por lesão corporal e homicídio, por terem obrigado a mulher a sofrer por muitas horas na tentativa de um parto normal.

A proponente teve a oportunidade de participar de audiências em que médicos explicavam que tentar o parto normal é protocolo e que eles não estão autorizados a, desde logo, realizar a cesariana.

As ocorrências concretas, que chegam aos Conselhos de Medicina e aos Tribunais, mostram que, na rede pública, quando se recorre à cesárea, a parturiente já foi submetida a longas horas de sofrimento, buscando o parto normal.

Essa realidade vem de longa data, mas ganha força quando formadores de opinião (artistas, políticos e intelectuais) abraçam a filosofia do parto normal, legitimando sua imposição às mulheres em maior vulnerabilidade.

Em decorrência dessa mentalidade predominante, quando ocorre morte da mãe ou do bebê, atrela-se tal resultado à cesárea. No entanto, raramente se assume que, quando a cesárea é determinada, a parturiente já amargou horas de intenso sofrimento, buscando um parto normal, que é imposto como melhor para si e para seu filho.

Não há nenhum estudo que correlacione a cesárea realizada a pedido da gestante, antes do início do trabalho de parto, com o resultado morte da mãe e/ou morte do concepto. Mas os casos concretos mostram que essas mortes ocorrem, em regra, quando se tenta por horas o parto normal, recorrendo-se à cesárea, quando a situação já se revela insustentável.

Importante reiterar que, não se está advogando impor cesárea a quem quer que seja, mas se a mulher não quer fazer o parto normal, imperioso que tenha seu direito de escolha atendido, até em razão dos riscos que circundam o parto normal.

A esse respeito, importante lembrar que a história da cesárea se desenvolve paralelamente à diminuição da mortalidade materna e da mortalidade infantil.

Com efeito, estudos apontam que a taxa crescente de cesarianas, nas últimas três décadas, acompanhou uma significativa diminuição nas taxas de mortalidade materna:

“(...) uma parte substancial da associação entre taxas de cesáreas e mortalidade era explicada por fatores socioeconômicos (20). Porém, quando as taxas de cesáreas de uma população são menores do que 10%, a mortalidade materna e neonatal diminui conforme a taxa de cesárea aumenta”<sup>4</sup>.

“a cesariana eletiva mostrou uma menor taxa de transfusões, hemorragias, menos complicações cirúrgicas (lembrar que parto vaginal pode necessitar do uso de fórceps ou cesarianas de urgência) e menor chance de incontinência urinária no primeiro ano pós-parto e de lesões do plexo braquial”<sup>5</sup>.

Liu X et al<sup>6</sup>, na China, que registra taxas de cesarianas similares as nossas, ao avaliarem um total de 66.226 partos, não constataram diferenças entre os partos vaginais e as cesáreas a pedido quanto aos critérios de admissão em CTI materno, hemorragia grave, pós-parto, infecção materna, danos aos órgãos maternos, tromboembolismo materno e mortalidade perinatal. O estudo não registrou um único caso de mortalidade materna em cesáreas a pedido, e ainda averiguou que esta estava relacionada a menos traumas ao neonato no momento do parto, além de menores índices de infecção neonatal, encefalopatia hipoxó-isquêmica e aspiração meconial, concluindo ou autor que

“em comparação com mulheres nulíparas [mulheres que nunca pariram] que tentaram o parto vaginal, as mulheres que se submeteram ao CDMR tiveram desfechos maternos de curto prazo similares com algum benefício neonatal”<sup>7</sup>.

Nesse mesmo sentido, os estudos de Molina et al., afirmam que “a mortalidade neonatal foi menor nos países com aumento da taxa de cesárea até

---

<sup>4</sup> ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. OMS: Genebra, 2015. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO\\_RHR\\_15.02\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf). Acesso em 02/04/19. Acesso em 28/03/2019. p. 03.

<sup>5</sup> CÂMARA, RAPHAEL et al. Cesariana a pedido materno. Rev. Col. Bras. Cir., Rio de Janeiro, v.43, n.4, p.301-310, Agosto de 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-69912016000400301&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912016000400301&lng=en&nrm=iso). Acesso em 02/04/2019. p. 303.

<sup>6</sup>Liu X, et al. Cesarean delivery on maternal request in China: what are the risks and benefits? AJOG 2015.

<sup>7</sup>Liu X, et al. Idem. No original: “Compared with nulliparous women who tried vaginal delivery, women who underwent CDMR had similar short-term maternal outcomes with some neonatal benefit.” p. 01.

19,4 (IC95%, 18,6 a 20,3) cesáreas por 100 nascidos vivos (coeficiente de inclinação ajustado, -0,8; IC95%, -1,1 a -0,5,  $P < 0,001$ )<sup>8</sup>.

O número de mortes maternas, aquelas dadas no parto, pré-parto e pós-natal é alarmante.

A agência DW Brasil, por meio de um cruzamento dos dados disponíveis no DataSUS e na Organização Mundial de Saúde, concluiu que o Brasil é responsável por cerca de 20% das mortes maternas em todo o mundo<sup>9</sup>. Não sem razão, o Brasil é considerado pela ONU o quinto país menos comprometido com a redução de mortes maternas.

Os dados preliminares, disponíveis no Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna de 2018 do Ministério da Saúde, mostram que essas mortes são frequentes e ocorrem em todos os estados nacionais, num total de 52.585 mulheres mortas, sobretudo por hemorragias e hipertensão, sendo 10.367 no Estado de São Paulo<sup>10</sup>.

Para os fetos, a mortalidade registrada em 2018, segundo o Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal do Ministério da Saúde, associadas ao indicador “Reduzível pela adequada atenção à gestação, feto, parto ou recém-nascido”, foi de 16.892 mortes, sendo 3.048 delas em nosso estado<sup>11</sup>.

---

<sup>8</sup> Molina G, Weiser TG, Lipsitz SR, et al. Relationship Between Cesarean Delivery Rate and Maternal and Neonatal Mortality. JAMA. 2015;314(21):2263–2270. doi:10.1001/jama.2015.15553. No original: “Neonatal mortality was lower for countries with increasing cesarean rate up to 19.4 (95% CI, 18.6 to 20.3) cesarean deliveries per 100 live births (adjusted slope coefficient, -0.8; 95% CI, -1.1 to -0.5,  $P < .001$ ). Neonatal mortality was not associated with cesarean delivery rates greater than 19.4 cesarean deliveries per 100 live births (adjusted slope coefficient, 0.006; 95% CI, -0.126 to 0.138;  $P = .93$ ).” p. 01.

<sup>9</sup> Agência DW-Brasil. Cinco mulheres morrem por dia no Brasil por questões relacionadas à gravidez, diz OMS. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/noticia/cinco-mulheres-morrem-por-dia-no-brasil-por-questoes-relacionadas-a-gravidez-diz-oms.ghtml>. Acesso em 04/03/2019.

<sup>10</sup><http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna>. Acesso em 28/03/2019. O link envia para a Tabela geral de mortalidade, onde deverá ser alterado o indicador para “Reduzível pela adequada atenção à gestação, feto, parto ou recém-nascido”, obtendo-se os números citados. Esclarece-se que apesar de apontar AIDS no nome do site, trata-se do link do Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde (DANTPS), da Secretaria de Vigilância em Saúde que faz o monitoramento de mortalidade, não se restringindo à portadores de HIV/AIDS.

<sup>11</sup> <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna>. Acesso em 28/03/2019. O link envia para a Tabela geral de mortalidade, onde deverá ser alterado o indicador para “Reduzível pela adequada atenção à gestação, feto, parto ou recém-nascido”, obtendo-se os números citados. Esclarece-se que apesar de apontar AIDS no nome do site, trata-se do link do Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde (DANTPS), da Secretaria de Vigilância em Saúde que faz o monitoramento de mortalidade, não se restringindo à portadores de HIV/AIDS.

Trazendo os números absolutos para relativos, encontramos como índices de mortalidade materna, para cem mil nascidos vivos, nos últimos dez anos a seguinte ordem<sup>12</sup>:

Localidade	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Brasil	73,3	70,91	75,87	72,99	76,09	74,68	77,16	76,99	68,73	72	68,2	64,75	54,5	58,1	58,4	57,6	58,4	56,6
São Paulo	40,13	40,63	40,11	34,23	34,79	35,39	40,77	42,32	40,88	56,64	45,07	40,8	36,8	39,3	42	49,1	51,2	53,3

Nota-se que, apesar dos elevados números de mortalidade materna, fetal e neonatal, o Brasil ruma na contramão daquele que seria o caminho para alterar (para melhor) este estado de coisas, impondo às parturientes o parto normal.

De fato, nos casos concretos em que houve morte e ou graves sequelas ao bebê, fica bastante evidente que se a cesárea tivesse sido determinada antes, os sinistros não teriam se verificado. Em outras palavras, a cesárea diminui os riscos para as mães e para os filhos.

Em não se podendo negar que a cesárea constitui uma evolução, resta cruel retirar da parturiente o direito de escolher tal via de parto e ter seu pedido atendido.

Por óbvio, a realização da cesárea fica condicionada à maturidade do concepto para o nascimento, daí a importância de falar claramente nas 39 (trinta e nove) semanas de gestação.

Em 2016, por meio da Resolução nº 2.144, o Conselho Federal de Medicina passou a prever de forma expressa que o médico pode sim atender ao desejo de sua paciente e realizar a cesariana, desde que a gestação esteja com, no mínimo, 39 (trinta e nove) semanas. Nos seguintes termos:

Art. 1º É direito da gestante, nas situações eletivas, optar pela realização de cesariana, garantida por sua autonomia, desde que tenha recebido todas as informações de forma pormenorizada sobre o parto vaginal e cesariana, seus respectivos benefícios e riscos.

<sup>12</sup> Observatório da Criança e do Adolescente. Razão da Mortalidade Materna (para 100 mil nascidos vivos) com base no MS/SVS/DASUS: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Disponível em: <https://observatoriocrianca.org.br/cenario-infancia/temas/saude-materna-neonatal/586-razao-da-mortalidade-materna-para-100-mil-nascidos-vivos?filters=1,187>. Acesso em 29/03/2019.

Parágrafo único. A decisão deve ser registrada em termo de consentimento livre e esclarecido, elaborado em linguagem de fácil compreensão, respeitando as características socioculturais da gestante.

Art. 2º Para garantir a segurança do feto, a cesariana a pedido da gestante, nas situações de risco habitual, somente poderá ser realizada a partir da 39ª semana de gestação, devendo haver o registro em prontuário.

Art. 3º É ético o médico realizar a cesariana a pedido, e se houver discordância entre a decisão médica e a vontade da gestante, o médico poderá alegar o seu direito de autonomia profissional e, nesses casos, referenciar a gestante a outro profissional.

Tal Resolução vem coroar o princípio da autonomia da paciente, bem como o princípio da não maleficência, uma vez que exige a maturidade do conceito e permite a diminuição dos riscos de um parto normal.

O problema é que, na rede pública, essa Resolução não é observada, ficando as mulheres submetidas à verdadeira tortura, uma vez que não querem passar pelas dores e pelos riscos de um parto normal, mas não lhes é dada opção. Ademais, como já dito, surpreende saber que até mesmo a analgesia lhes é negada.

Daí o entendimento desta Deputada de que é necessário (imperioso) criar uma lei para que, em São Paulo, o direito já assegurado por Resolução seja observado.

No âmbito federal, por meio do PL nº 5.687/16, houve a tentativa de conferir a todas as brasileiras tal direito; entretanto, o autor do PL errou ao falar na possibilidade de pedir a realização de cesárea depois de 37 (trinta e sete) semanas de gestação.

Com efeito, é consabido que, salvo situações excepcionais, em 37 semanas, o feto não alcança a necessária maturidade para o nascimento.

Uma vez mais, consigna-se, o problema sempre houve, mas ganha força com a crescente defesa do parto normal como via de parto melhor que a cesariana e, pior, como via de parto a ser estimulada, inclusive com pagamentos maiores.

A obstinação pelo parto normal levou o Ministério Público Federal, em São Paulo, a propor ação civil pública (Autos ACP nº 0017488-30.2010.4.03.6100), no

bojo da qual a Justiça Federal (Magistrado da 24ª. Vara) sentenciou determinando que, também na rede privada, pague-se mais (três vezes mais), quando o nascimento se dá por parto normal! Indaga-se: até que ponto o Estado Juiz tem esse direito?

Muito se fala nos números alarmantes da cesárea, sem permitir argumentar que tal procedimento, na verdade, implicou uma evolução, sendo inegável que, no passado, as mulheres morriam muito mais de parto do que morrem hoje. Tratava-se de evento comum!

A tentativa de convencer no sentido de que o parto normal deve ser estimulado (imposto) chega ao ponto de grupos entusiastas dizerem que a mãe é mais mãe, quando tem seu filho pelo parto normal e que é mais mãe, quando não sofre nenhum tipo de intervenção externa, dado que “a mulher sabe parir e o bebê sabe nascer”.

A proponente respeita as convicções individuais e não é objeto deste projeto questionar posicionamentos (individuais ou coletivos). O intuito de propor a lei em apreço é, única e exclusivamente, evitar que o pensamento de algumas pessoas submeta um número significativo de mulheres à dor desnecessária e a riscos, mesmo quando elas clamam por um caminho diverso.

A realidade dos hospitais públicos não tem nada a ver com o cenário, em regra, desenhado pelas entusiastas do parto normal/natural. As mulheres que dependem da rede pública não chegam nos hospitais pedindo contato pele a pele, ou a tatuagem da placenta. Elas só querem ter seus filhos e saírem vivas e saudáveis, com seus bebês vivos e saudáveis nos seus braços.

Ao fazer alusão ao contato pele a pele e à tatuagem de placenta, esta Deputada não está ridicularizando práticas que, a cada dia, se mostram mais desejadas nas camadas mais favorecidas da nossa sociedade. Toma-se a liberdade de fazer menção a esses exemplos, para evidenciar o quão distantes estão tais expectativas da realidade da esmagadora maioria das mulheres no Brasil.

Em debates, quando tal disparidade é lembrada, os entusiastas do parto normal/natural aduzem querer todo esse bem para todas as mulheres. Tal altruísmo é louvável, mas, dada a realidade no nosso país, não será melhor atender a vontade das mulheres e diminuir os riscos de anoxia pela obstinação pelo parto normal?

Esse é o intuito do presente projeto de lei, conferir voz às mulheres que, desde sempre, foram caladas pelo sistema e, por incrível que pareça, agora, são caladas por aqueles que costumam se apresentar como defensores dos oprimidos.

Ocorre que as mulheres mais vítimas de negativa de analgesia e de negativa do procedimento solicitado são as pobres e negras.

Este é um projeto de lei que preserva a vida, a saúde e a dignidade humana, importantíssimos direitos fundamentais.

Porém, este é um projeto de lei que também implica inclusão social, pois as mulheres da rede privada (particular ou conveniada) têm o direito de escolher não sentir dor e de recorrer a um procedimento que, sabidamente, salva mulheres e crianças.

Indague a um entusiasta do parto normal/natural por qual razão essa via de parto é melhor e a resposta será: a mãe se recupera rapidamente, não fica com cicatriz, o bebê tem menos riscos de problemas respiratórios. É verdade!

Mas esses males são nada perto de um bebê morto por anoxia, ou paralisado por anoxia, mesmo sua mãe tendo clamado pela realização da cesariana.

É esse quadro que o projeto que ora se apresenta visa corrigir.

A aprovação da lei que ora se propõe não implicará elevação de despesas, pois, atualmente, o pagamento pelo parto normal e pela cesariana é praticamente idêntico, já havendo, como dito, decisão judicial determinando que se pague mais pelo parto normal, justamente com o fim de estimular tal procedimento.

Ainda que a aprovação da lei que ora se propõe implicasse algum aumento de despesas, haveria de ser compensado com os gastos que implica a morte de mães e filhos, bem como, no caso de crianças paralisadas pela anoxia (falta de oxigênio) a dependência dos recursos do estado por toda uma vida.

Se algum incremento de despesas haverá, por óbvio, será com a contratação de mais médicos anestesiologistas. No entanto, impossível que, por economia, o estado mais rico da federação siga torturando suas mulheres, no momento mais mágico de suas vidas.

Esta Deputada sabe que, com o entusiasmo que há em torno do parto natural, muitas mulheres consideram violência obstétrica serem anestesiadas. Esclarece-se que o presente projeto não objetiva anestesiá-las à força. As parturientes que não desejam anestesia devem ser respeitadas. Mas, não se pode recorrer a esses poucos casos pontuais, para justificar negar anestesia para a maior parte das mulheres de São Paulo e do Brasil.

Esta lei está em conformidade com a normativa ética da Medicina e, ainda, deixa bem claro que o médico pode, tal qual a paciente, exercer sua autonomia.

A aprovação do presente projeto implicará concretizar os princípios que informam a Bioética, na atualidade. É mais que um projeto referente às mulheres, é mais que um projeto referente à saúde. Trata-se de um projeto umbilicalmente atrelado ao respeito aos direitos fundamentais.

Sala das Sessões, em 18 de junho de 2019.

Deputada Carla Zambelli

Deputada Alê Silva

Deputado Filipe Barros

**LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA**

Coordenação de Organização da Informação Legislativa - CELEG

Serviço de Tratamento da Informação Legislativa - SETIL

Seção de Legislação Citada - SELEC



## RESOLUÇÃO CFM Nº 2.144/2016

[\(Publicada no D.O.U. de 22 de junho de 2016, Seção I, p. 138\)](#)

É ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno fetal.

O **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, embasado no exposto acima:

**CONSIDERANDO** que o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional;

**CONSIDERANDO** que no processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com os ditames da sua consciência e as previsões legais, o médico deve aceitar as escolhas de seus pacientes relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas;

**CONSIDERANDO** que o médico pode alegar autonomia profissional e se recusar a praticar atos médicos com os quais não concorda, ressalvados os casos de risco de morte do paciente, devendo sempre que possível encaminhá-lo para outro colega.

**CONSIDERANDO** que é vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal (Art. 34 do CEM);

**CONSIDERANDO** que é vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte (Art. 22 do CEM);

**CONSIDERANDO**, finalmente, o decidido na sessão plenária do Conselho Federal de Medicina realizada em 17 de março de 2016,

**RESOLVE:**

**Art. 1º** É direito da gestante, nas situações eletivas, optar pela realização de cesariana, garantida por sua autonomia, desde que tenha recebido todas as informações de forma pormenorizada sobre o parto vaginal e cesariana, seus respectivos benefícios e riscos.

**Parágrafo único.** A decisão deve ser registrada em termo de consentimento livre e esclarecido, elaborado em linguagem de fácil compreensão, respeitando as características socioculturais da gestante.

**Art. 2º** Para garantir a segurança do feto, a cesariana a pedido da gestante, nas situações de risco habitual, somente poderá ser realizada a partir da 39ª semana de gestação, devendo haver o registro em prontuário.

**Art. 3º** É ético o médico realizar a cesariana a pedido, e se houver discordância entre a decisão médica e a vontade da gestante, o médico poderá alegar o seu direito de autonomia profissional e, nesses casos, referenciar a gestante a outro profissional.

**Art. 4º** Esta resolução entra em vigor na data da sua publicação.

Brasília, 17 de março de 2016.

**CARLOS VITAL TAVARES CORRÊA LIMA**

Presidente

**HENRIQUE BATISTA E SILVA**

Secretário-geral

## EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM Nº 2.144/2016

O Brasil pode ser considerado um país de democracia moderna, no qual a cidadania tem se consolidado e a liberdade de autodeterminação torna-se cada vez mais preponderante.

Nesse cenário, a autonomia do cidadão implica uma reconfiguração na relação médico-paciente, que paulatinamente vem deixando de ser paternalista, passando a ser mais transversal. O paciente, uma vez que tenha sido bem informado, decide com o médico as suas opções de tratamento.

Subordinado à Constituição Federal e à legislação brasileira, o Código de Ética Médica reafirma os direitos dos pacientes e a necessidade de esclarecer e proteger a população.

Neste contexto, o exercício da medicina deve se pautar pelo equilíbrio entre o dever social de promoção da saúde coletiva e individual, em condições de equidade.

O fulcro é a harmonização entre o princípio da autonomia do paciente e a do médico.

Nessa perspectiva, se reconhece que o paciente tem o direito de tomar decisões conscientes, baseadas na melhor evidência científica.

Com base nessas premissas e procurando acompanhar as rápidas conquistas femininas no campo dos direitos reprodutivos, o CFM resolveu se pronunciar sobre um tema que está relacionado à autonomia reprodutiva das mulheres e que vem sendo bastante discutido:

- cabe ao casal, e em particular à gestante, o direito à escolha da via de parto?
- uma vez claramente informada sobre os possíveis benefícios e riscos que a decisão traria para a sua saúde, a mulher grávida tem o direito de escolher o modo como o seu filho irá nascer, se por parto vaginal ou por cesariana?

A solicitação da gestante por um parto cesariana é de fato algumas vezes a expressão implícita de um medo do parto, e esse temor parece ter muitas causas subjacentes.

Para que o parto cesariano por conveniência pessoal da paciente seja aceito, é mister que ela seja bem informada e orientada previamente de maneira que esteja apta para compreender e saber das implicações do que solicitou.

Nas primeiras visitas pré-natais, médico e paciente devem discutir, de maneira ampla e exaustiva, sobre o parto vaginal e a cesariana, seus riscos e benefícios e também sobre o direito de escolha da via de parto.

Uma vez esclarecida, a gestante deve externar o seu desejo e uma decisão dividida com o médico deve ser tomada.

Caso não exista concordância, a mulher tem o direito de procurar outro obstetra; também o médico pode alegar o direito a sua autonomia profissional e orientar a gestante a procurar um outro obstetra.

Caso a decisão seja pela cesariana, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que reforce as informações prestadas oralmente e que explique os princípios, as vantagens e as desvantagens potenciais da operação, deve ser assinado pelo médico e pela paciente.

**JOSÉ HIRAN DA SILVA GALLO**

Relator

## **PROJETO DE LEI N.º 3.905, DE 2019** **(Do Sr. Aj Albuquerque)**

Institui a Semana Nacional de Conscientização e Apoio ao Parto Humanizado e Adequado, e dá outras providências.

**DESPACHO:**  
APENSE-SE À(AO) PL-9372/2017.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º. Fica instituída a Semana Nacional de Conscientização e Apoio ao Parto Humanizado e Adequado, a ser realizada anualmente a partir do segundo domingo de maio, data em que ocorre o dia das mães.

Art. 2º. A Semana Nacional de Conscientização e Apoio ao Parto Humanizado e Adequado constará de ações informativas, afirmativas, educativas, como palestras, audiências públicas, exposições, conferências, dentre outras, a fim de que a sociedade em geral, e as mulheres em particular, possam conhecer melhor a questão e debater políticas públicas e privadas voltadas ao tema.

Art. 3º. Esta lei entra em vigor na data da sua publicação.(NR).

### **JUSTIFICAÇÃO**

O presente projeto de lei visa instituir nacionalmente durante a semana iniciada no dia das mães no mês de maio um marco no apoio e conscientização sobre o parto humanizado e o parto adequado, como forma de levar à sociedade e em especial às mulheres a importância dos cuidados centrados na mulher como forma de otimizar a experiência do parto através do respeito aos direitos humanos

da parturiente e do bebê durante e depois do parto, bem como a divulgação de modelos de atenção ao parto e ao nascimento que valorizem o parto normal e contribuam para a redução de cesarianas sem indicação clínica no Brasil, oferecendo às mulheres e aos bebês o cuidado certo, na hora certa, ao longo da gestação, durante todo o trabalho de parto e pós-parto.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, com base em documentos emitidos pela Organização Mundial de Saúde – OMS, baixou resolução que estabelece normas para o estímulo do parto normal e a consequente redução de cesarianas desnecessárias na saúde suplementar. Atualmente no Brasil, o percentual de partos cesários chega a 84% na saúde suplementar, sendo este número de 40% dos partos na rede pública.

A cesariana quando não tem indicação médica, ocasiona riscos desnecessários à saúde da mulher e do bebê, aumentando em 120 vezes a probabilidade de problemas respiratórios para o recém-nascido e triplicando o risco de morte da mãe.

Desta forma, procurando contribuir para que o Brasil possa diminuir a mortalidade materna e infantil através da humanização e adequação dos procedimentos médicos antes, durante e após o parto, fortalecendo os pressupostos que tem sido defendidos por órgãos como a OMS e a ANS, propomos o presente Projeto de Lei e aproveitamos desde já para pedir o apoio dos ilustres pares na aprovação do mesmo, nos termos aqui apresentados.

Plenário Ulisses Guimarães, 18 de junho de 2019.

Deputado AJ Albuquerque

## **PROJETO DE LEI N.º 4.021, DE 2019**

**(Da Sra. Rejane Dias)**

Dispõe sobre a fixação de placas de conscientização às mulheres grávidas sobre o parto humanizado e altera a Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005 e a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996.

**DESPACHO:**  
APENSE-SE À(AO) PL-7633/2014.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta lei determina que os hospitais públicos e privados deverão fixar obrigatoriamente placas visíveis e legíveis ao público, em seus espaços internos, orientando e esclarecendo sobre o parto humanizado.

Parágrafo único. As placas deverão ter a dimensão mínima de 50 cm (cinquenta centímetros) de altura por 40 cm (quarenta centímetros) de largura.

Art. 2º A mulher terá o direito de fazer prevalecer sua escolha entre o parto normal ou cesariana, desde que o procedimento seja realizado após a 37ª semana de gravidez.

§ 1º A parturiente terá o direito de ser acompanhada por 1(uma) pessoa de sua escolha, conforme o disposto na Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005.

§2º Para a realização de parto cesariana, a gestante deverá ter recebido todas as informações de forma pormenorizada sobre o parto normal e cesariano, seus respectivos benefícios e riscos.

§3º A decisão deverá ser registrada em termo de consentimento livre e esclarecido, elaborado em linguagem de fácil compreensão, respeitado as características socioculturais da gestante.

§4º Havendo situação de risco para a mãe e/ou nascituro, o parto cesariano poderá ser feito a qualquer momento.

Art. 3º Suprima-se o §5º do art. 10 da Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996.

Art. 3º O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de 180 (cento e oitenta) dias.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

## **JUSTIFICAÇÃO**

A experiência do nascimento de um filho produz reações emocionais fortes na vida de uma mulher. Esse momento pode vir acompanhado de satisfação, no qual seus anseios são alcançados e com isso os laços maternos e familiares são estreitados, mas pode vir acompanhado também de extremo sofrimento, decepção, frustração e desrespeito, sentimentos esses que podem acompanhar a vida da mulher por muito tempo.

Não é incomum as mulheres definirem seus partos como momento de sofrimento, dor, desespero e desrespeito. A legislação tem que possibilitar a gestante o acesso a informações e com isso permitir que ela mesma tome a decisão pelo tipo de parto. O parto de seu filho tem que ser um momento de alegria para a gestante.

De acordo com as recomendações da Organização Mundial de Saúde, o parto deve ter início de forma espontânea, não induzida, devendo a mulher possuir a liberdade de se movimentar e o direito de receber suporte contínuo durante o trabalho de parto, adoção de posições que se sinta bem, respeito à

privacidade e presença de acompanhantes, além de evitar intervenções de rotina desnecessárias. Todo o cuidado deve ser individualizado e não deve ocorrer separação de mãe e bebê imediatamente após o parto.

Pesquisa do *Liverpoll Women's Hospital* aponta que 40%(quarenta por cento) das pacientes pediram para fazer cesariana porque tinham ficado traumatizadas após o parto natural do primeiro filho. É o conhecido estresse pós-traumático causado pelo sofrimento físico e emocional desencadeado pelo parto. Conforme um levantamento da Universidade Federal de Pernambuco, publicado pelo Jornal Brasileiro de Psiquiatria, aponta que entre 21,4% e 34% dos partos podem ser classificados como complicados. E que até 6% das mulheres desenvolvem o estresse pós-traumático pós-parto.

Nesse aspecto é importante que a legislação deva tentar valorizar as experiências que as gestantes adquirem no processo e possibilitar o acesso a informações para que possam tomar a melhor decisão para si e para seu filho.

O trauma pode ser causado por dois motivos: a dor prolongada e extrema durante o parto ou pela sensação da mãe de perder o controle da situação, o que inclui o medo de que ela e o bebê morram. Os sintomas do estresse pós-traumático pós-parto são muitos conflitantes e influem na qualidade das decisões das futuras mães.

Foi proposto, também, a supressão do §5º do art. 10 da Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996 permitindo agora que na sociedade conjugal, não será mais exigido o consentimento expresso do outro cônjuge para a esterilização cirúrgica, isto é, a execução da laqueadura, vasectomia ou outro método. Assim será permitido a qualquer um dos cônjuges disporem livremente do seu próprio corpo, desde que obedecido as demais regras dispostas no art. 10 da supramencionada Lei e ambos sejam maiores de 25 (vinte e cinco) anos e com pelo menos 2(dois) filhos vivos.

O nascimento de um bebê é conhecido como o mais sublime da vida das mulheres, por isso entendemos que a mulher precisa ter o seu poder de escolha entre qual parto deseja ser submetida e se quer ou não estar acompanhada e em um momento importante, sem ser submetida a nenhum desrespeito à integridade do seu corpo. Portanto esse projeto dará dignidade e autonomia para as mães que ao escolherem o procedimento será ainda garantindo a opção de ter um acompanhante.

Sala das Sessões, em 10 de julho de 2019.

**Deputada REJANE DIAS**

**LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA**  
Coordenação de Organização da Informação Legislativa - CELEG  
Serviço de Tratamento da Informação Legislativa - SETIL  
Seção de Legislação Citada - SELEC

**LEI Nº 11.108, DE 7 DE ABRIL DE 2005**

Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

O VICE-PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no exercício do cargo de PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º O Título II "Do Sistema Único de Saúde" da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar acrescido do seguinte Capítulo VII "Do Subsistema de Acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato", e dos arts. 19-J e 19-L:

"CAPÍTULO VII  
DO SUBSISTEMA DE ACOMPANHAMENTO  
DURANTE O TRABALHO DE PARTO, PARTO  
E PÓS-PARTO IMEDIATO

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente.

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo.

Art. 19-L. (VETADO)"

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 7 de abril de 2005; 184º da Independência e 117º da República.

JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA  
Luiz Paulo Teles Ferreira Barreto  
Humberto Sérgio Costa Lima

**LEI Nº 9.263, DE 12 DE JANEIRO DE 1996**

Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO I  
DO PLANEJAMENTO FAMILIAR

Art. 10. Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações:

I - em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce;

II - risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

§ 1º É condição para que se realize a esterilização o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

§ 2º É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.

§ 3º Não será considerada a manifestação de vontade, na forma do § 1º, expressa durante ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.

§ 4º A esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada através da laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada através da histerectomia e ooforectomia.

§ 5º Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges.

§ 6º A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei. [\*\(Artigo vetado pelo Presidente da República e mantido pelo Congresso Nacional, em 20/8/1997\)\*](#)

Art. 11. Toda esterilização cirúrgica será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde. [\*\(Artigo vetado pelo Presidente da República e mantido pelo Congresso Nacional, em 20/8/1997\)\*](#)

**PROJETO DE LEI N.º 4.732, DE 2019**  
**(Do Sr. Eli Corrêa Filho)**

Acrescenta Capítulo à lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

**DESPACHO:  
APENSE-SE AO PL-3635/2019.**

O Congresso Nacional decreta:

Acrescenta Capítulo à lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Art. 1º - A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, passa a vigorar com a seguinte redação:

**”Capítulo IX**

**Garante à parturiente**

**Art. 19 V – Fica instituído o direito de pedido de cesariana à gestante ao completar no mínimo 39 (trinta e nove) semanas de gestação.**

**§ 1º - A gestante terá direito de ser conscientizada por psicólogo e informada acerca dos benefícios do parto normal e dos riscos de sucessivas cesarianas.**

**§ 2º - O médico poderá realizar a cesariana a pedido, e se houver discordância entre a decisão médica e a vontade da gestante, o médico poderá alegar o seu direito de autonomia profissional e, nesses casos, referenciar a gestante a outro profissional.**

**§ 3º - As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo.”**

Art. 2º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação. Senado Federal, em 10 de outubro de 2013.

**Justificativa**

O Conselho Federal de Medicina através da Resolução N. 2.144 de 22 de junho de 2016, em seu art. 2º, traz uma regra para as gestantes que preferirem a cesariana em vez do parto normal. O dispositivo disciplinou que a mulher terá o direito de fazer prevalecer sua escolha entre parto normal ou cesariana, desde que o procedimento seja realizado após a 39ª semana de gravidez.

No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com

os ditames da sua consciência e as previsões legais, o médico deve aceitar as escolhas de seus pacientes relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas.

O Estado de São Paulo possui lei estadual ratificando a decisão do conselho federal de medicina. Portanto, este projeto irá disciplinar, através de lei ordinária federal, a autonomia e o direito a escolha em todo o Brasil.

Sala das sessões, 27 de agosto de 2019.

Eli Corrêa Filho  
Deputado Federal

**LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA**  
Coordenação de Organização da Informação Legislativa - CELEG  
Serviço de Tratamento da Informação Legislativa - SETIL  
Seção de Legislação Citada - SELEC

## **LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**

Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

### **O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

.....

#### TÍTULO II DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

.....

#### CAPÍTULO VIII DA ASSISTÊNCIA TERAPÊUTICA E DA INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIA EM SAÚDE

*(Capítulo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação)*

Art. 19-M. A assistência terapêutica integral a que se refere a alínea *d* do inciso I do art. 6º consiste em:

I - dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado ou, na falta do protocolo, em conformidade com o disposto no art. 19-P;

II - oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do Sistema Único de Saúde -

SUS, realizados no território nacional por serviço próprio, conveniado ou contratado. [Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação](#)

Art. 19-N. Para os efeitos do disposto no art. 19-M, são adotadas as seguintes definições:

I - produtos de interesse para a saúde: órteses, próteses, bolsas coletoras e equipamentos médicos;

II - protocolo clínico e diretriz terapêutica: documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS. [Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação](#)

Art. 19-O. Os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas deverão estabelecer os medicamentos ou produtos necessários nas diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que tratam, bem como aqueles indicados em casos de perda de eficácia e de surgimento de intolerância ou reação adversa relevante, provocadas pelo medicamento, produto ou procedimento de primeira escolha.

Parágrafo único. Em qualquer caso, os medicamentos ou produtos de que trata o *caput* deste artigo serão aqueles avaliados quanto à sua eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade para as diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que trata o protocolo. [Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação](#)

Art. 19-P. Na falta de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, a dispensação será realizada:

I - com base nas relações de medicamentos instituídas pelo gestor federal do SUS, observadas as competências estabelecidas nesta Lei, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite;

II - no âmbito de cada Estado e do Distrito Federal, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores estaduais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Bipartite;

III - no âmbito de cada Município, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores municipais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada no Conselho Municipal de Saúde. [Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação](#)

Art. 19-Q. A incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS.

§ 1º A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, cuja composição e regimento são definidos em regulamento, contará com a participação de 1 (um) representante indicado pelo Conselho Nacional de Saúde e de 1 (um) representante, especialista na área, indicado pelo Conselho Federal de Medicina.

§ 2º O relatório da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS levará em consideração, necessariamente:

I - as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a

segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo, acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso;

II - a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas, inclusive no que se refere aos atendimentos domiciliar, ambulatorial ou hospitalar, quando cabível. [Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação](#)

Art. 19-R. A incorporação, a exclusão e a alteração a que se refere o art. 19-Q serão efetuadas mediante a instauração de processo administrativo, a ser concluído em prazo não superior a 180 (cento e oitenta) dias, contado da data em que foi protocolado o pedido, admitida a sua prorrogação por 90 (noventa) dias corridos, quando as circunstâncias exigirem.

§ 1º O processo de que trata o *caput* deste artigo observará, no que couber, o disposto na Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999, e as seguintes determinações especiais:

I - apresentação pelo interessado dos documentos e, se cabível, das amostras de produtos, na forma do regulamento, com informações necessárias para o atendimento do disposto no § 2º do art. 19-Q;

II - (VETADO);

III - realização de consulta pública que inclua a divulgação do parecer emitido pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS;

IV - realização de audiência pública, antes da tomada de decisão, se a relevância da matéria justificar o evento.

§ 2º ( VETADO). [Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação](#)

Art. 19-S. [\(VETADO na Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação\)](#)

Art. 19-T. São vedados, em todas as esferas de gestão do SUS:

I - o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento, produto e procedimento clínico ou cirúrgico experimental, ou de uso não autorizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA;

II - a dispensação, o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento e produto, nacional ou importado, sem registro na Anvisa. [Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação](#)

Art. 19-U. A responsabilidade financeira pelo fornecimento de medicamentos, produtos de interesse para a saúde ou procedimentos de que trata este Capítulo será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite. [Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação](#)

### TÍTULO III DOS SERVIÇOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

#### CAPÍTULO I DO FUNCIONAMENTO

Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

.....

## RESOLUÇÃO Nº 2.144, DE 17 DE MARÇO DE 2016

É ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno fetal.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, embasado no exposto acima:

CONSIDERANDO que o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional;

CONSIDERANDO que no processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com os ditames da sua consciência e as previsões legais, o médico deve aceitar as escolhas de seus pacientes relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas;

CONSIDERANDO que o médico pode alegar autonomia profissional e se recusar a praticar atos médicos com os quais não concorda, ressalvados os casos de risco de morte do paciente, devendo sempre que possível encaminhá-lo para outro colega.

CONSIDERANDO que é vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal (Art. 34 do CEM);

CONSIDERANDO que é vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte (Art. 22 do CEM);

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na sessão plenária do Conselho Federal de Medicina realizada em 17 de março de 2016, resolve:

Art. 1º É direito da gestante, nas situações eletivas, optar pela realização de cesariana, garantida por sua autonomia, desde que tenha recebido todas as informações de forma pormenorizada sobre o parto vaginal e cesariana, seus respectivos benefícios e riscos.

Parágrafo único. A decisão deve ser registrada em termo de consentimento livre e esclarecido, elaborado em linguagem de fácil compreensão, respeitando as características socioculturais da gestante.

Art. 2º Para garantir a segurança do feto, a cesariana a pedido da gestante, nas situações de risco habitual, somente poderá ser realizada a partir da 39ª semana de gestação, devendo haver o registro em prontuário.

Art. 3º É ético o médico realizar a cesariana a pedido, e se houver discordância entre a decisão médica e a vontade da gestante, o médico poderá alegar o seu direito de autonomia profissional e, nesses casos, referenciar a gestante a outro profissional.

.....

.....

<b>FIM DO DOCUMENTO</b>
-------------------------