



CÂMARA DOS DEPUTADOS

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

PLS nº 8/13

Ofício nº 2.210/13 – 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;

SAÚDE;

DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER E

CONSTITUIÇÃO E JUSTIÇA E DE CIDADANIA (art. 54 do RICD).

APRECIÇÃO:

Proposição sujeita à apreciação conclusiva pelas Comissões – Art. 24, II

(*) Atualizado em 26/4/2023 para inclusão de apensados (43).

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, 4732/19, 768/21, 3325/21, 3696/21, 516/22, 1984/22, 1988/22, 2283/22, 2767/22, 362/23, 422/23, 591/23, 935/23, 989/23, 1056/23 e 1161/23

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).

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

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

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 Nº 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.

PROJETO DE LEI Nº , DE 2013
(Do Sr. Vanderlei Siraque e da Sra. Janete Rocha Pietá)

Altera as leis 8.080, de 19 de setembro de 1990 e 9.656, de 3 de junho de 1998.

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 propositura 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 de de 2013.

DEPUTADO VANDERLEI SIRAQUE
PARTIDO DOS TRABALHADORES/SP

DEPUTADA JANETE ROCHA PIETÁ
PARTIDO DOS TRABALHADORES/SP

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

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. [\(Inciso acrescido dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

.....

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.

PROJETO DE LEI Nº , DE 2013
(Do Sr. Esperidião Amin)

Altera a Lei 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 11.108, de 7 de abril de 2005.

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.

7B538D4F15
7B538D4F15

§ 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.

7B538D4F15

7B538D4F15

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 de de 2013.

Deputado Esperidião Amin

7B538D4F15
7B538D4F15

<p align="center">LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI</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 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 align="center">LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI</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). *(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 peritonial - 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 peritonial - 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. *(Acréscitado 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.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL 6567/2013

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 conceito.

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 conceito;

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 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 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), obstetrizes 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 explanações 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

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

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 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

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,

Afirmado 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 cometida 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

Obrigações 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

Suspenso(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 à 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.

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 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 Nº 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 valioso 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 Manicoba
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 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 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 à 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.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL 6567/13

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;

Parágrafo 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 justificação 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 justificação 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 voluntária 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 várias 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 tranquilidade. 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 Kennel¹ 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.

¹ Klaus M, Kennel J. *"Mothering the mother: how a doula can help you to have a shorter, easier and healthier birth."* Hardcover

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 operató-rios." (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

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 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 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 enfermaria 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.

APENSE-SE AO PL 6567/13

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 cento 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 desacordo 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
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 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 frequentes 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 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; estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetriz 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 Obstetizes 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 Obstetiz 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 Obstetiz 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 Obstetiz 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 Obstetiz 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 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 conceito.

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 conceito;

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 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), obstetrizas 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.² 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.

² Pesquisa divulgada pela Fundação Perseu Abramo – SESC, 2010.

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 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 liberdade 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 morbimortalidade 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

Suspenso(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 à 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.

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.

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 e Weliton Prado)

Altera a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, para dispor que as gestantes com deficiência auditiva terão acompanhamento de intérprete de libras durante o pré-natal e o parto.

DESPACHO:

APENSE-SE 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

Dep. **Weliton Prado**
PROS/MG

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 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 desrespeitar 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 privações³ 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

³ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório Mundial sobre Violência e Saúde. OMS: Genebra, 2002. p. 1165.

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.

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 conceito. 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”⁴.

⁴ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. OMS: Genebra, 2015. Disponível em:

“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”⁵.

Liu X et al⁶, 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”⁷.

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 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, $P < 0,001$)”⁸.

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 mundo⁹. 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

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.

⁵ 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. Acesso em 02/04/2019. p. 303.

⁶Liu X, et al. Cesarean delivery on maternal request in China: what are the risks and benefits? AJOG 2015.

⁷Liu 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.

⁸ 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.

⁹ 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.

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 Paulo¹⁰.

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 estado¹¹.

Trazendo os números absolutos para relativos, encontramos como índices de mortalidade materna, para cem mil nascidos vivos, nos últimos dez anos a seguinte ordem¹²:

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 conceito 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

¹⁰<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.

¹¹ <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.

¹² 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.

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.

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 anestesiistas. 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 anestesiar ninguém 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 pormenoriza sobre o parto normal e cesariano, seus respectivos benefícios e riscos.

§3º A decisão deverá ser registrado 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 sintam 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 conceito, 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 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 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.

.....

.....

PROJETO DE LEI N.º 768, DE 2021

(Do Sr. Neucimar Fraga)

Garante a gestante o direito de optar pela realização de parto por cesariana, no Sistema Único de Saúde – SUS, bem como a utilização de analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal, desde que observada à indicação médica para o caso.

DESPACHO:

APENSE-SE AO PL-3635/2019.



PROJETO DE LEI Nº DE 2021
(do Sr. NEUCIMAR FRAGA)

Garante a gestante o direito de optar pela realização de parto por cesariana, no Sistema Único de Saúde – SUS, bem como a utilização de analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal, desde que observada à indicação médica para o caso.

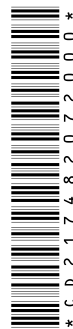
O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º. Fica garantido as gestantes o direito ao procedimento de parto por cesariana, assistido pelo Sistema Único de Saúde – SUS, respeitados, em todos os casos, a autonomia da vontade da parturiente.

§1º. A cesariana somente será permitida a partir da 39ª (trigésima nona) semana de gestação, desde que a gestante seja previamente esclarecida dos benefícios do parto normal, e também advertida acerca dos riscos do procedimento a ser adotado.

§2º. Fica autorizada a realização do procedimento previsto nesta lei, em prazo inferior ao previsto no parágrafo anterior, nos casos em que a gestação coloque em risco à vida da gestante e do feto, desde que observados pareceres médicos nesse sentido, e o procedimento seja realizado por médico especialista.

Art. 2º. A gestante que optar pela realização do parto normal, terá garantido o direito à analgesia no Sistema Único de Saúde, desde que apresente as condições clínicas adequadas, e respeitado o parecer médico para o caso.





Art. 3º. As operadoras de planos de saúde, e as demais instituições privadas de saúde, deverão adotar todos os procedimentos necessários a dar efetividade ao disposto nesta lei.

Art. 4º As despesas decorrentes da execução desta Lei correrão à conta das dotações orçamentárias próprias, que serão suplementadas, se necessário.

Art. 5º. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

O presente projeto de lei tem por objetivo contemplar a igualdade de direito à saúde e a vida, disposta no artigo 106 da constituição federal, *in verbis*:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação.”

Justifica-se o presente pedido, a necessidade de apoio as gestantes, principalmente de baixa renda social, para que sejam atendidas de forma digna e seja a elas garantido o direito à saúde e a vida com a utilização das cirurgias cesáreas. As mulheres “pobres” saem prejudicadas, sofrem horas de dor, em partos normais forçados.

Cabe esclarecer que, têm-se no país instruído e julgado diversos processos ético-profissionais decorrentes de eventos adversos os quais foram acometidos devido à demora em se realizar cesariana e pelas complicações da insistência em ultimar partos vaginais. E que, muitas vezes, as complicações tiveram início justamente na forma de condução da assistência ao trabalho de parto sem contar com a participação efetiva de profissionais médicos. Assim, estes são chamados a intervir somente após as complicações, assumindo o ônus do processo.



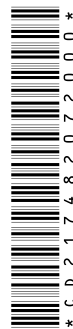
Ressalta-se, será ainda em todos os casos feito a devida orientação por parte da equipe médica, sendo feito os exames e verificando as condições clínicas de saúde da gestante e do nascituro caso a caso, e, de acordo com os resultados desses exames, prestada a orientação de qual é a melhor opção de parto.

Para muitas mulheres no Brasil, ou se tem o parto normal com uma assistência obstétrica agressiva ou a cesariana, nesse contexto a opção cirúrgica demonstra ser a mais segura do ponto de vista físico e emocional. Há ainda, um alto numero de mulheres de baixa classe social no país, as quais não possuem acesso a uma forma de parto respeitoso, assim, enquanto não mudarmos a forma de manejo do parto, reduzindo a agressividade a gestante e ao nascituro, a cesárea continuará sendo a opção menos invasiva ao direito a saúde e a vida das mulheres e seus bebês.

A título de informação aponta-se que, no Brasil a quantidade total de óbitos maternos atingiu o numero de 1575 mortes no ano de 2019. A morte de mães em trabalho de parto foi reduzida de 142 para cada 100 mil nascidos vivos no ano de 1990, para 64 mortes em 2019, sendo esse numero reduzido de forma gradativa. A complexidade da questão no Brasil é tão grande que, há casos de morte materna em alguns municípios justamente porque não existe a oportunidade de cesariana, quando ela está bem indicada em situações especiais, as quais poderia salvar vidas.

Segundo dados do Portal de boas práticas em saúde da mulher, da Criança e do Adolescente (FIOCRUZ), cerca de 20% das causas de óbitos maternos relaciona-se à hipertensão arterial especifica da gravidez, 12% se deve em relação à hemorragias, 7% em relação à infecção puerperal e 5% devido ao aborto. Ainda, a pesquisa demonstra que cerca de 92% dos óbitos poderiam são evitáveis com a prática da cirurgia cesárea no seu momento devido.

Quanto às hemorragias, inclusive, há pesquisas com resultados por meta-análises, feitas no ano de 2017, indicando que as mulheres de parto cesáreas têm menores chances de hemorragia (OR = 0,52; IC95% 0,48–0,57). Traduzindo os parâmetros, pode-se dizer que em intervalo de confiança alto (95%), as mulheres têm, praticamente, metade das probabilidades (0,52) de vir a óbito por hemorragias, podendo variar de 0,48 a 0,57. No geral, a mortalidade





materna tem associação positiva com o parto cesáreo (OR = 3,10; IC = 95%; 1,92-5,00) e infecção pós-parto (OR = 2,83; IC = 95%; 1,58-5,06).

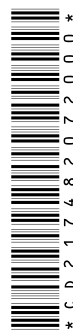
Mas, enquanto a taxa de cesáreas em hospitais públicos foi de 42% em 2016; a taxa em hospitais privados sem leitos voltados ao SUS foi de 86%, de maneira que os hospitais privados contribuem em maior proporção para que a taxa seja elevada. Considera-se que há uma severa limitação no direito de escolha das mulheres. Acrescenta-se a isso, o crescimento no número de municípios cobertos por apenas hospitais públicos, de 981 em 2006 para 1.304 em 2016 (quase metade, 49%, no Nordeste).

Alguns estudos sugerem que a escolha pela cesárea no Brasil estaria, dentre variáveis reprodutivas e dos serviços de saúde, fortemente relacionada à figura do médico, que tem o poder de influenciar a escolha materna por meio do aconselhamento durante o período pré-natal. (GOMES, et al., 1999). Portanto, é absolutamente racional que o Congresso Nacional realize esse debate, uma vez que a cesárea possibilita a realização do parto em dias e horários mais convenientes. Dessa maneira, a preferência do médico pela realização da cesárea estaria principalmente relacionada com a possibilidade de escolha do momento, e não com a própria remuneração.

Observando experiências internacionais, na Dinamarca, aumentou-se a probabilidade de cesárea em bebês em posição pélvica de mães com ao menos um filho vivo, e encontraram um efeito positivo da cesárea, que reduziria a probabilidade de que o recém-nascido apresentasse um baixo Apgar, método para avaliar as condições de vitalidade do recém-nascido.

Assim, limitando o estudo a nascimentos de baixo risco de mães nulíparas (que nunca tiveram filhos), a partir da análise da proximidade da mãe a hospitais de taxas altas ou baixas de cesárea, provavelmente devido a diferentes limites de tolerância de tempo máximo de trabalho de parto em cada hospital, identifica um efeito positivo de hospitais com altas taxas de cesáreas sobre o Apgar e sobre a redução da mortalidade neonatal, indicando que prolongar o trabalho de parto por uma quantidade de horas muito alta para garantir o parto normal teria efeitos negativos na saúde do recém-nascido.

Ainda no contexto internacional, alguns estudos têm encontrado uma associação inversa entre as taxas de cesárea e a mortalidade materna e





infantil em países de baixa renda, onde uma parcela significativa da população não tem acesso a cuidados obstétricos básicos. Nesses países, o fornecimento de cesáreas oportunas, garantindo melhor assistência à gestante e ao recém-nascido, poderia reduzir a chance de complicações. Tais países de baixa renda podem ter relação de equivalência com as regiões Norte e Nordeste do Brasil.

Portanto, pode-se evidenciar que há muitos aspectos envolvidos na escolha do parto. Há questões culturais, sociais e, sobretudo, aqueles referentes às características do sistema de saúde e o acesso ao cuidado hospitalar. Há apenas um elemento ausente no debate: a preferência e a liberdade de escolha das mulheres pobres e dependentes do SUS. O presente Projeto de Lei busca contribuir com a crescente insatisfação das mulheres com a dinâmica do parto e as diferenças com a rede privada no contexto brasileiro.

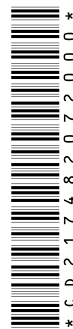
Em suma, as possibilidades de escolha entre partos vaginais e cesáreos refletem as desigualdades sociais no Brasil. As mulheres pobres, que não têm a adequada assistência social durante a gravidez, o parto e o puerpério, são as maiores vítimas da mortalidade materna. São as mesmas pessoas que também não têm direito de escolha na via do parto.

O Brasil só irá superar o problema após chegarmos a um nível de países desenvolvidos, pontuo aqui, ser inadmissível o que vem ocorrendo com as gestantes de baixa renda social do nosso país, onde após completar 40 semanas de gestação, momento em que os bebês estão prontos para nascer, determinam as mulheres que voltem a suas casas para a espera do nascimento via parto normal.

Por fim, a vontade materna deve imperar, garantindo assim a possibilidade da gestante em optar pelo parto cesariano, a partir da trigésima nona semana de gestação, bem como em prazos inferiores nos casos onde há risco de vida da gestante e do feto, conforme disposto no artigo 1º, §2º desta lei, extirpando-se assim atitudes e discursos que visam à vilanização da prática consagrada da cirúrgica obstétrica, promovida por grupos de caráter sectário e ideológico.

Sala das Sessões, em 04 de março de 2021.

Deputado NEUCIMAR FRAGA
PSD/ES



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 IV
DA ORGANIZAÇÃO DOS PODERES
.....

CAPÍTULO III
DO PODER JUDICIÁRIO
.....

Seção IV
Dos Tribunais Regionais Federais e dos Juizes Federais

Art. 106. São órgãos da Justiça Federal:

I - os Tribunais Regionais Federais;

II - os Juizes Federais.

Art. 107. Os Tribunais Regionais Federais compõem-se de, no mínimo, sete juizes, recrutados, quando possível, na respectiva região e nomeados pelo Presidente da República dentre brasileiros com mais de trinta e menos de sessenta e cinco anos, sendo:

I - um quinto dentre advogados com mais de dez anos de efetiva atividade profissional e membros do Ministério Público Federal com mais de dez anos de carreira;

II - os demais, mediante promoção de juizes federais com mais de cinco anos de exercício, por antiguidade e merecimento, alternadamente.

§ 1º A lei disciplinará a remoção ou a permuta de juizes dos Tribunais Regionais Federais e determinará sua jurisdição e sede. [*\(Parágrafo único transformado em § 1º pela Emenda Constitucional nº 45, de 2004\)*](#)

§ 2º Os Tribunais Regionais Federais instalarão a justiça itinerante, com a realização de audiências e demais funções da atividade jurisdicional, nos limites territoriais da respectiva jurisdição, servindo-se de equipamentos públicos e comunitários. [*\(Parágrafo acrescido pela Emenda Constitucional nº 45, de 2004\)*](#)

§ 3º Os Tribunais Regionais Federais poderão funcionar descentralizadamente, constituindo Câmaras regionais, a fim de assegurar o pleno acesso do jurisdicionado à justiça em todas as

fases do processo. [*\(Parágrafo acrescido pela Emenda Constitucional nº 45, de 2004\)*](#)

.....

.....

PROJETO DE LEI N.º 3.325, DE 2021

(Do Sr. Nivaldo Albuquerque)

Dispõe sobre a obrigatoriedade das redes públicas e privada de saúde respeitarem a opção do parto cesárea as gestantes com óbito fetal, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal.

DESPACHO:

APENSE-SE À(AO) PL-768/2021.

PROJETO DE LEI Nº , DE 2021.

(Do Sr. Nivaldo Albuquerque)

Dispõe sobre a obrigatoriedade das redes públicas e privada de saúde respeitarem a opção do parto cesárea as gestantes com óbito fetal, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º As unidades das redes pública e privada de saúde devem respeitar a opção do parto cesárea as gestantes com óbito fetal, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal.

Art. 2º A gestante com óbito fetal tem direito à cesariana a pedido, devendo ser respeitada em sua autonomia.

§ 1º A cesariana a pedido da gestante com óbito fetal será realizada após ter sido conscientizada e informada acerca dos benefícios do parto normal e riscos de sucessivas cesarianas.

§ 2º A decisão deverá ser registrada em termo de consentimento livre e esclarecido, elaborado em linguagem de fácil compreensão.

§ 3º Na eventualidade da opção de a gestante pela cesariana não ser observada, ficará o médico obrigado a registrar as razões em prontuário.

Art. 3º A gestante com óbito fetal que opta por parto normal, apresentando condições clínicas para tanto, também deve ser respeitada em sua autonomia.

Parágrafo único. Garante-se à gestante de óbito fetal o direito à analgesia, não farmacológica e farmacológica.

Art. 4º Sempre poderá o médico, em divergindo da opção feita pela parturiente, encaminhá-la para outro profissional.

Art. 5º Esta Lei entra em vigor na data da sua publicação.



Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Nivaldo Albuquerque
Para verificar a assinatura, acesse <https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD212317326900>

JUSTIFICAÇÃO

As exigências emocionais da gravidez e da maternidade são muito grandes. Trata-se de uma época de intensa vulnerabilidade, tida como um período de crise pela atuação dos conteúdos emocionais e abarca diversas transformações, sendo elas físicas, psíquicas e sociais.

Um dos principais desafios do ser humano é aceitar a morte, posto que se trata de um processo de ampla dificuldade, sendo penoso aceitá-la em qualquer estágio da vida, exigindo um processo de ajustamento e adaptações e, assim sendo, pode-se compreender que as implicações causadas à vida da mãe pelo diagnóstico do óbito fetal são graves, uma vez que o momento único de encontrar o bebê é interrompido, visto que este nem chegou a existir fora dos limites do corpo da mãe.

É necessário compreender que o óbito fetal não é apenas a morte do feto em si, mas também se trata de uma frustração à experiência gestacional da mulher. Ou seja, não é uma perda como outra qualquer, mas sim o acúmulo de duas vivências de perda: uma pela morte em si e outra pela própria “morte” das expectativas.

A dor da mãe traumatizada pelo luto pode ser acolhida e minimizada nos hospitais e maternidades com medidas simples, como a proposta neste projeto de lei.

Importante ressaltar que em determinadas situações é necessário que a paciente, neste caso a mãe com óbito fetal, tenha uma atenção especial no que tange à saúde física e psicológica.

A aprovação deste PL que ora se propõe não implicará elevação de despesas, pois, atualmente, o pagamento pelo parto normal e pela cesariana é praticamente idêntico, sendo que já existe decisão judicial¹ determinando que se pague mais pelo parto normal, justamente com o fim de estimular tal procedimento.

¹ <https://www.jfsp.jus.br/documentos/administrativo/NUCS/decisoes/2015/2015-12-02-parto.pdf>

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Nivaldo Albuquerque

Para verificar a assinatura, acesse <https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD212317326900>



A aprovação da presente proposição 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 de de 2021.

Deputado NIVALDO ALBUQUERQUE
PTB/AL



Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Nivaldo Albuquerque
Para verificar a assinatura, acesse <https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD212317326900>



PROJETO DE LEI N.º 3.696, DE 2021

(Do Sr. Chico D'Angelo)

Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes surdas o direito à presença de acompanhante intérprete da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS e da outras providências.

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PL-1217/2019.



PROJETO DE LEI Nº DE 2021
(DO SR. CHICO D'ANGELO)

Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes surdas o direito à presença de acompanhante intérprete da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS e da outras providências.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º - Esta lei altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes surdas o direito à presença de acompanhante intérprete da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, hospitais públicos e privados, participantes complementarmente do SUS ou não.

Art. 2º - O Título II “Do Sistema Único de Saúde” da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, no Capítulo VII “Do Subsistema de Acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato” no Art. 19-J, passa a vigorar acrescido dos §4º e §5º:

“Art. 19-J.....

.....

§ 4º - Nos casos em que a parturiente for surda, os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada e rede privada participantes complementarmente do SUS ou não ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de uma intérprete de LIBRAS para acompanhar durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato que deverá ser indicado pelo Sistema Único de Saúde – SUS ou pela parturiente.

§ 5º - O intérprete deverá estar de acordo com a Lei nº 10.436/02, o Decreto nº 5.656/05 e respeitar as normas hospitalares que lhe for indicada e não substitui a presença do acompanhante conforme indicado no Art. 19-J.”
(NR)





Art. 3º- Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICATIVA

O presente projeto de lei tem por objetivo, tornar obrigatórios os hospitais da rede pública e privada de saúde, conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS) e das redes particulares no âmbito do território nacional, permitirem a presença de intérprete da Língua Brasileira de Sinais nos partos em suas maternidades de mães surdas.

Oficializada pela Lei Federal nº 10.436, de 24 de abril de 2002, a Língua Brasileira de Sinais (Libras) é um conjunto de códigos gestuais usados para comunicação de pessoas surdas. Não depende ou descende da língua portuguesa, embora, por estar diretamente em contato, sofra a influência do Português.

Assim como cada povo ou nação tem um idioma próprio, a língua de sinais também tem variações nos diversos países. Em todo o mundo, já foram descobertas 114 línguas de sinais. A utilização do termo 'língua' e não 'linguagem' ocorre porque o segundo envolve tudo o que é significação.

Pode ser humana (por meio da pintura, música, cinema), artificial (computador, código morse, código internacional de bandeiras) ou animal. Já há língua, como é o caso da Libras que é um conjunto de significações humanas, que usa códigos finitos para representar um sem número de significados.

Passados alguns anos desde a oficialização da Libras, pouco se avançou na garantia da cidadania aos surdos, que representam cerca de 2% da população brasileira. Faltam ações efetivas do Poder Público para garantir a integração dessa significativa parcela da sociedade, que permanece à margem.

Mesmo com obrigatoriedade legal da inclusão da Libras nos cursos de formação de Educação Especial, Fonoaudiologia e Magistério, o ensino público ainda hoje não dispõe de estrutura adequada para atender alunos surdos. A prestação de serviços públicos de saúde também fica comprometida pela falta de intérpretes nas unidades de atendimento.





CÂMARA DOS DEPUTADOS

Apresentação: 20/10/2021 18:58 - Mesa

PL n.3696/2021

A proposição, vem de encontro ao acordo disposto no Decreto Legislativo nº 186, de 9 de julho de 2008, em conformidade com o procedimento previsto no § 3º do art. 5º da Constituição do Brasil que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), destinada a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando a sua inclusão social e cidadania. Para fins de aplicação desta lei estão previstas ainda a garantia de direitos básicos como acessibilidade, comunicação informação e igualdade, previstos nos artigos 3º ao 6º.

Por fim, a formulação da presente propositura vai ao encontro de uma série de dispositivos legais e até convenções internacionais que dispõe sobre a integração da pessoa portadora de necessidade especial. Nesse aspecto incluem-se a Declaração Universal dos Direitos Linguísticos e a Declaração Universal da Pessoa Deficiente, além das Leis Federais 7.853 (24/10/1989), 10.098 (19/12/00) e 10.436 (24/04/02), que oficializou a Libras.

Sendo assim, é que apelo aos Nobres Pares para que aprovemos a presente propositura, garantindo que a pessoa surda tenha em um momento tão feliz de suas vidas que é o nascimento de um filho, seus direitos garantidos e respeitados.

Sala das Sessões, em 20 de outubro de 2021.

Deputado CHICO D'ÂNGELO
PDT-RJ



Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Chico D'Angelo
Para verificar a assinatura, acesse <https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD216757313300>



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 II
DOS DIREITOS E GARANTIAS FUNDAMENTAIS

CAPÍTULO I
DOS DIREITOS E DEVERES INDIVIDUAIS E COLETIVOS

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

- I - homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição;
- II - ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei;
- III - ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante;
- IV - é livre a manifestação do pensamento, sendo vedado o anonimato;
- V - é assegurado o direito de resposta, proporcional ao agravo, além da indenização por dano material, moral ou à imagem;
- VI - é inviolável a liberdade de consciência e de crença, sendo assegurado o livre exercício dos cultos religiosos e garantida, na forma da lei, a proteção aos locais de culto e a suas liturgias;
- VII - é assegurada, nos termos da lei, a prestação de assistência religiosa nas entidades civis e militares de internação coletiva;
- VIII - ninguém será privado de direitos por motivo de crença religiosa ou de convicção filosófica ou política, salvo se as invocar para eximir-se de obrigação legal a todos imposta e recusar-se a cumprir prestação alternativa, fixada em lei;
- IX - é livre a expressão da atividade intelectual, artística, científica e de comunicação, independentemente de censura ou licença;
- X - são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação;
- XI - a casa é asilo inviolável do indivíduo, ninguém nela podendo penetrar sem consentimento

do morador, salvo em caso de flagrante delito ou desastre, ou para prestar socorro, ou, durante o dia, por determinação judicial;

XII - é inviolável o sigilo da correspondência e das comunicações telegráficas, de dados e das comunicações telefônicas, salvo, no último caso, por ordem judicial, nas hipóteses e na forma que a lei estabelecer para fins de investigação criminal ou instrução processual penal;

XIII - é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer;

XIV - é assegurado a todos o acesso à informação e resguardado o sigilo da fonte, quando necessário ao exercício profissional;

XV - é livre a locomoção no território nacional em tempo de paz, podendo qualquer pessoa, nos termos da lei, nele entrar, permanecer ou dele sair com seus bens;

XVI - todos podem reunir-se pacificamente, sem armas, em locais abertos ao público, independentemente de autorização, desde que não frustrem outra reunião anteriormente convocada para o mesmo local, sendo apenas exigido prévio aviso à autoridade competente;

XVII - é plena a liberdade de associação para fins lícitos, vedada a de caráter paramilitar;

XVIII - a criação de associações e, na forma da lei, a de cooperativas independem de autorização, sendo vedada a interferência estatal em seu funcionamento;

XIX - as associações só poderão ser compulsoriamente dissolvidas ou ter suas atividades suspensas por decisão judicial, exigindo-se, no primeiro caso, o trânsito em julgado;

XX - ninguém poderá ser compelido a associar-se ou a permanecer associado;

XXI - as entidades associativas, quando expressamente autorizadas, têm legitimidade para representar seus filiados judicial ou extrajudicialmente;

XXII - é garantido o direito de propriedade;

XXIII - a propriedade atenderá a sua função social;

XXIV - a lei estabelecerá o procedimento para desapropriação por necessidade ou utilidade pública, ou por interesse social, mediante justa e prévia indenização em dinheiro, ressalvados os casos previstos nesta Constituição;

XXV - no caso de iminente perigo público, a autoridade competente poderá usar de propriedade particular, assegurada ao proprietário indenização ulterior, se houver dano;

XXVI - a pequena propriedade rural, assim definida em lei, desde que trabalhada pela família, não será objeto de penhora para pagamento de débitos decorrentes de sua atividade produtiva, dispondo a lei sobre os meios de financiar o seu desenvolvimento;

XXVII - aos autores pertence o direito exclusivo de utilização, publicação ou reprodução de suas obras, transmissível aos herdeiros pelo tempo que a lei fixar;

XXVIII - são assegurados, nos termos da lei:

a) a proteção às participações individuais em obras coletivas e à reprodução da imagem e voz humanas, inclusive nas atividades desportivas;

b) o direito de fiscalização do aproveitamento econômico das obras que criarem ou de que participarem aos criadores, aos intérpretes e às respectivas representações sindicais e associativas;

XXIX - a lei assegurará aos autores de inventos industriais privilégio temporário para sua utilização, bem como proteção às criações industriais, à propriedade das marcas, aos nomes de empresas e a outros signos distintivos, tendo em vista o interesse social e o desenvolvimento tecnológico e econômico do País;

XXX - é garantido o direito de herança;

XXXI - a sucessão de bens de estrangeiros situados no País será regulada pela lei brasileira em benefício do cônjuge ou dos filhos brasileiros, sempre que não lhes seja mais favorável a lei pessoal do *de cujus*;

XXXII - o Estado promoverá, na forma da lei, a defesa do consumidor;

XXXIII - todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse

particular, ou de interesse coletivo ou geral, que serão prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade, ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado;

XXXIV - são a todos assegurados, independentemente do pagamento de taxas:

a) o direito de petição aos poderes públicos em defesa de direitos ou contra ilegalidade ou abuso de poder;

b) a obtenção de certidões em repartições públicas, para defesa de direitos e esclarecimento de situações de interesse pessoal;

XXXV - a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito;

XXXVI - a lei não prejudicará o direito adquirido, o ato jurídico perfeito e a coisa julgada;

XXXVII - não haverá júízo ou tribunal de exceção;

XXXVIII - é reconhecida a instituição do júri, com a organização que lhe der a lei, assegurados:

a) a plenitude de defesa;

b) o sigilo das votações;

c) a soberania dos veredictos;

d) a competência para o julgamento dos crimes dolosos contra a vida;

XXXIX - não há crime sem lei anterior que o defina, nem pena sem prévia cominação legal;

XL - a lei penal não retroagirá, salvo para beneficiar o réu;

XLI - a lei punirá qualquer discriminação atentatória dos direitos e liberdades fundamentais;

XLII - a prática do racismo constitui crime inafiançável e imprescritível, sujeito à pena de reclusão, nos termos da lei;

XLIII - a lei considerará crimes inafiançáveis e insuscetíveis de graça ou anistia a prática da tortura, o tráfico ilícito de entorpecentes e drogas afins, o terrorismo e os definidos como crimes hediondos, por eles respondendo os mandantes, os executores e os que, podendo evitá-los, se omitirem;

XLIV - constitui crime inafiançável e imprescritível a ação de grupos armados, civis ou militares, contra a ordem constitucional e o Estado democrático;

XLV - nenhuma pena passará da pessoa do condenado, podendo a obrigação de reparar o dano e a decretação do perdimento de bens ser, nos termos da lei, estendidas aos sucessores e contra eles executadas, até o limite do valor do patrimônio transferido;

XLVI - a lei regulará a individualização da pena e adotará, entre outras, as seguintes:

a) privação ou restrição da liberdade;

b) perda de bens;

c) multa;

d) prestação social alternativa;

e) suspensão ou interdição de direitos;

XLVII - não haverá penas:

a) de morte, salvo em caso de guerra declarada, nos termos do art. 84, XIX;

b) de caráter perpétuo;

c) de trabalhos forçados;

d) de banimento;

e) cruéis;

XLVIII - a pena será cumprida em estabelecimentos distintos, de acordo com a natureza do delito, a idade e o sexo do apenado;

XLIX - é assegurado aos presos o respeito à integridade física e moral;

L - às presidiárias serão asseguradas condições para que possam permanecer com seus filhos durante o período de amamentação;

LI - nenhum brasileiro será extraditado, salvo o naturalizado, em caso de crime comum, praticado antes da naturalização, ou de comprovado envolvimento em tráfico ilícito de

entorpecentes e drogas afins, na forma da lei;

LII - não será concedida extradição de estrangeiro por crime político ou de opinião;

LIII - ninguém será processado nem sentenciado senão pela autoridade competente;

LIV - ninguém será privado da liberdade ou de seus bens sem o devido processo legal;

LV - aos litigantes, em processo judicial ou administrativo, e aos acusados em geral são assegurados o contraditório e a ampla defesa, com os meios e recursos a ela inerentes;

LVI - são inadmissíveis, no processo, as provas obtidas por meios ilícitos;

LVII - ninguém será considerado culpado até o trânsito em julgado de sentença penal condenatória;

LVIII - o civilmente identificado não será submetido a identificação criminal, salvo nas hipóteses previstas em lei;

LIX - será admitida ação privada nos crimes de ação pública, se esta não for intentada no prazo legal;

LX - a lei só poderá restringir a publicidade dos atos processuais quando a defesa da intimidade ou o interesse social o exigirem;

LXI - ninguém será preso senão em flagrante delito ou por ordem escrita e fundamentada de autoridade judiciária competente, salvo nos casos de transgressão militar ou crime propriamente militar, definidos em lei;

LXII - a prisão de qualquer pessoa e o local onde se encontre serão comunicados imediatamente ao juiz competente e à família do preso ou à pessoa por ele indicada;

LXIII - o preso será informado de seus direitos, entre os quais o de permanecer calado, sendo-lhe assegurada a assistência da família e de advogado;

LXIV - o preso tem direito à identificação dos responsáveis por sua prisão ou por seu interrogatório policial;

LXV - a prisão ilegal será imediatamente relaxada pela autoridade judiciária;

LXVI - ninguém será levado à prisão ou nela mantido quando a lei admitir a liberdade provisória, com ou sem fiança;

LXVII - não haverá prisão civil por dívida, salvo a do responsável pelo inadimplemento voluntário e inescusável de obrigação alimentícia e a do depositário infiel;

LXVIII - conceder-se-á *habeas corpus* sempre que alguém sofrer ou se achar ameaçado de sofrer violência ou coação em sua liberdade de locomoção, por ilegalidade ou abuso de poder;

LXIX - conceder-se-á mandado de segurança para proteger direito líquido e certo, não amparado por *habeas corpus* ou *habeas data*, quando o responsável pela ilegalidade ou abuso de poder for autoridade pública ou agente de pessoa jurídica no exercício de atribuições do poder público;

LXX - o mandado de segurança coletivo pode ser impetrado por:

a) partido político com representação no Congresso Nacional;

b) organização sindical, entidade de classe ou associação legalmente constituída e em funcionamento há pelo menos um ano, em defesa dos interesses de seus membros ou associados;

LXXI - conceder-se-á mandado de injunção sempre que a falta de norma regulamentadora torne inviável o exercício dos direitos e liberdades constitucionais e das prerrogativas inerentes à nacionalidade, à soberania e à cidadania;

LXXII - conceder-se-á *habeas data*:

a) para assegurar o conhecimento de informações relativas à pessoa do impetrante, constantes de registros ou bancos de dados de entidades governamentais ou de caráter público;

b) para a retificação de dados, quando não se prefira fazê-lo por processo sigiloso, judicial ou administrativo;

LXXIII - qualquer cidadão é parte legítima para propor ação popular que vise a anular ato lesivo ao patrimônio público ou de entidade de que o Estado participe, à moralidade

administrativa, ao meio ambiente e ao patrimônio histórico e cultural, ficando o autor, salvo comprovada má-fé, isento de custas judiciais e do ônus da sucumbência;

LXXIV - o Estado prestará assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovarem insuficiência de recursos;

LXXV - o Estado indenizará o condenado por erro judiciário, assim como o que ficar preso além do tempo fixado na sentença;

LXXVI - são gratuitos para os reconhecidamente pobres, na forma da lei:

a) o registro civil de nascimento;

b) a certidão de óbito;

LXXVII - são gratuitas as ações de *habeas corpus* e *habeas data*, e, na forma da lei, os atos necessários ao exercício da cidadania.

LXXVIII - a todos, no âmbito judicial e administrativo, são assegurados a razoável duração do processo e os meios que garantam a celeridade de sua tramitação. ([Inciso acrescido pela Emenda Constitucional nº 45, de 2004](#))

§ 1º As normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata.

§ 2º Os direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte.

§ 3º Os tratados e convenções internacionais sobre direitos humanos que forem aprovados, em cada Casa do Congresso Nacional, em dois turnos, por três quintos dos votos dos respectivos membros, serão equivalentes às emendas constitucionais. ([Parágrafo acrescido pela Emenda Constitucional nº 45, de 2004](#))

§ 4º O Brasil se submete à jurisdição de Tribunal Penal Internacional a cuja criação tenha manifestado adesão. ([Parágrafo acrescido pela Emenda Constitucional nº 45, de 2004](#))

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](#))

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)*

LEI Nº 10.436, DE 24 DE ABRIL DE 2002

Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

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

Art. 1º É reconhecida como meio legal de comunicação e expressão a Língua Brasileira de Sinais - Libras e outros recursos de expressão a ela associados.

Parágrafo único. Entende-se como Língua Brasileira de Sinais - Libras a forma de comunicação e expressão, em que o sistema lingüístico de natureza visual-motora, com estrutura gramatical própria, constituem um sistema lingüístico de transmissão de idéias e fatos, oriundos de comunidades de pessoas surdas do Brasil.

Art. 2º Deve ser garantido, por parte do poder público em geral e empresas concessionárias de serviços públicos, formas institucionalizadas de apoiar o uso e difusão da Língua Brasileira de Sinais - Libras como meio de comunicação objetiva e de utilização corrente das comunidades surdas do Brasil.

Art. 3º As instituições públicas e empresas concessionárias de serviços públicos de assistência à saúde devem garantir atendimento e tratamento adequado aos portadores de deficiência auditiva, de acordo com as normas legais em vigor.

Art. 4º O sistema educacional federal e os sistemas educacionais estaduais, municipais e do Distrito Federal devem garantir a inclusão nos cursos de formação de Educação Especial, de Fonoaudiologia e de Magistério, em seus níveis médio e superior, do ensino da Língua Brasileira de Sinais - Libras, como parte integrante dos Parâmetros Curriculares Nacionais - PCNs, conforme legislação vigente.

Parágrafo único. A Língua Brasileira de Sinais - Libras não poderá substituir a modalidade escrita da língua portuguesa.

Art. 5º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 24 de abril de 2002; 181º da Independência e 114º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Paulo Renato Souza

DECRETO Nº 5.626, DE 22 DE DEZEMBRO DE 2005

Regulamenta a Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras, e o art. 18 da Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso das atribuições que lhe confere o art. 84, inciso IV, da Constituição, e tendo em vista o disposto na Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002, e no art. 18 da Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000,

DECRETA:

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Este Decreto regulamenta a Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002, e o art. 18 da Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000.

Art. 2º Para os fins deste Decreto, considera-se pessoa surda aquela que, por ter perda auditiva, compreende e interage com o mundo por meio de experiências visuais, manifestando sua cultura principalmente pelo uso da Língua Brasileira de Sinais - Libras.

Parágrafo único. Considera-se deficiência auditiva a perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz.

.....
Faço saber que o Congresso Nacional aprovou, e eu, Garibaldi Alves Filho, Presidente do Senado Federal, conforme o disposto no art. 5º, § 3º, da Constituição Federal e nos termos do art. 48, inciso XXVIII, do Regimento Interno, promulgo o seguinte

DECRETO LEGISLATIVO Nº 186, DE 2008

Aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova Iorque, em 30 de março de 2007.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Fica aprovado, nos termos do § 3º do art. 5º da Constituição Federal, o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova Iorque, em 30 de março de 2007.

Parágrafo único. Ficam sujeitos à aprovação do Congresso Nacional quaisquer atos que alterem a referida Convenção e seu Protocolo Facultativo, bem como quaisquer outros ajustes complementares que, nos termos do inciso I do caput do art. 49 da Constituição Federal,

acarretem encargos ou compromissos gravosos ao patrimônio nacional.
Art. 2º Este Decreto Legislativo entra em vigor na data de sua publicação.
Senado Federal, em 9 de julho de 2008.

Senador GARIBALDI ALVES FILHO
Presidente do Senado Federal

CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Preâmbulo

Os Estados Partes da presente Convenção ,

- a) Relembrando os princípios consagrados na Carta das Nações Unidas, que reconhecem a dignidade e o valor inerentes e os direitos iguais e inalienáveis de todos os membros da família humana como o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo,
- b) Reconhecendo que as Nações Unidas, na Declaração Universal dos Direitos Humanos e nos Pactos Internacionais sobre Direitos Humanos, proclamaram e concordaram que toda pessoa faz jus a todos os direitos e liberdades ali estabelecidos, sem distinção de qualquer espécie,
- c) Reafirmando a universalidade, a indivisibilidade, a interdependência e a inter-relação de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais, bem como a necessidade de garantir que todas as pessoas com deficiência os exerçam plenamente, sem discriminação,
- d) Relembrando o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, o Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos, a Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial, a Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, a Convenção contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes, a Convenção sobre os Direitos da Criança e a Convenção Internacional sobre a Proteção dos Direitos de Todos os Trabalhadores Migrantes e Membros de suas Famílias,
- e) Reconhecendo que a deficiência é um conceito em evolução e que a deficiência resulta da interação entre pessoas com deficiência e as barreiras devidas às atitudes e ao ambiente que impedem a plena e efetiva participação dessas pessoas na sociedade em igualdade de oportunidades com as demais pessoas,
- f) Reconhecendo a importância dos princípios e das diretrizes de política, contidos no Programa de Ação Mundial para as Pessoas Deficientes e nas Normas sobre a Equiparação de Oportunidades para Pessoas com Deficiência, para influenciar a promoção, a formulação e a avaliação de políticas, planos, programas e ações em níveis nacional, regional e internacional para possibilitar maior igualdade de oportunidades para pessoas com deficiência,
- g) Ressaltando a importância de trazer questões relativas à deficiência ao centro das preocupações da sociedade como parte integrante das estratégias relevantes de desenvolvimento sustentável,
- h) Reconhecendo também que a discriminação contra qualquer pessoa, por motivo de deficiência, configura violação da dignidade e do valor inerentes ao ser humano,
- i) Reconhecendo ainda a diversidade das pessoas com deficiência,
- j) Reconhecendo a necessidade de promover e proteger os direitos humanos de todas as pessoas com deficiência, inclusive daquelas que requerem maior apoio,
- k) Preocupados com o fato de que, não obstante esses diversos instrumentos e compromissos, as pessoas com deficiência continuam a enfrentar barreiras contra sua participação como membros iguais da sociedade e violações de seus direitos humanos em todas as partes do mundo,
- l) Reconhecendo a importância da cooperação internacional para melhorar as condições de

vida das pessoas com deficiência em todos os países, particularmente naqueles em desenvolvimento,

m) Reconhecendo as valiosas contribuições existentes e potenciais das pessoas com deficiência ao bem-estar comum e à diversidade de suas comunidades, e que a promoção do pleno exercício, pelas pessoas com deficiência, de seus direitos humanos e liberdades fundamentais e de sua plena participação na sociedade resultará no fortalecimento de seu senso de pertencimento à sociedade e no significativo avanço do desenvolvimento humano, social e econômico da sociedade, bem como na erradicação da pobreza,

n) Reconhecendo a importância, para as pessoas com deficiência, de sua autonomia e independência individuais, inclusive da liberdade para fazer as próprias escolhas,

o) Considerando que as pessoas com deficiência devem ter a oportunidade de participar ativamente das decisões relativas a programas e políticas, inclusive aos que lhes dizem respeito diretamente,

p) Preocupados com as difíceis situações enfrentadas por pessoas com deficiência que estão sujeitas a formas múltiplas ou agravadas de discriminação por causa de raça, cor, sexo, idioma, religião, opiniões políticas ou de outra natureza, origem nacional, étnica, nativa ou social, propriedade, nascimento, idade ou outra condição,

q) Reconhecendo que mulheres e meninas com deficiência estão frequentemente expostas a maiores riscos, tanto no lar como fora dele, de sofrer violência, lesões ou abuso, descaso ou tratamento negligente, maus-tratos ou exploração,

r) Reconhecendo que as crianças com deficiência devem gozar plenamente de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais em igualdade de oportunidades com as outras crianças e lembrando as obrigações assumidas com esse fim pelos Estados Partes na Convenção sobre os Direitos da Criança,

s) Ressaltando a necessidade de incorporar a perspectiva de gênero aos esforços para promover o pleno exercício dos direitos humanos e liberdades fundamentais por parte das pessoas com deficiência,

t) Salientando o fato de que a maioria das pessoas com deficiência vive em condições de pobreza e, nesse sentido, reconhecendo a necessidade crítica de lidar com o impacto negativo da pobreza sobre pessoas com deficiência,

u) Tendo em mente que as condições de paz e segurança baseadas no pleno respeito aos propósitos e princípios consagrados na Carta das Nações Unidas e a observância dos instrumentos de direitos humanos são indispensáveis para a total proteção das pessoas com deficiência, particularmente durante conflitos armados e ocupação estrangeira,

v) Reconhecendo a importância da acessibilidade aos meios físico, social, econômico e cultural, à saúde, à educação e à informação e comunicação, para possibilitar às pessoas com deficiência o pleno gozo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais,

w) Conscientes de que a pessoa tem deveres para com outras pessoas e para com a comunidade a que pertence e que, portanto, tem a responsabilidade de esforçar-se para a promoção e a observância dos direitos reconhecidos na Carta Internacional dos Direitos Humanos,

x) Convencidos de que a família é o núcleo natural e fundamental da sociedade e tem o direito de receber a proteção da sociedade e do Estado e de que as pessoas com deficiência e seus familiares devem receber a proteção e a assistência necessárias para tornar as famílias capazes de contribuir para o exercício pleno e equitativo dos direitos das pessoas com deficiência,

y) Convencidos de que uma convenção internacional geral e integral para promover e proteger os direitos e a dignidade das pessoas com deficiência prestará significativa contribuição para corrigir as profundas desvantagens sociais das pessoas com deficiência e para promover sua participação na vida econômica, social e cultural, em igualdade de oportunidades, tanto nos países em desenvolvimento como nos desenvolvidos,

Acordaram o seguinte:

Artigo 1 Propósito

O propósito da presente Convenção é promover, proteger e assegurar o exercício pleno e eqüitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência e promover o respeito pela sua dignidade inerente.

Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas.

Artigo 2 Definições

Para os propósitos da presente Convenção:

"Comunicação" abrange as línguas, a visualização de textos, o braille, a comunicação tátil, os caracteres ampliados, os dispositivos de multimídia acessível, assim como a linguagem simples, escrita e oral, os sistemas auditivos e os meios de voz digitalizada e os modos, meios e formatos aumentativos e alternativos de comunicação, inclusive a tecnologia da informação e comunicação acessíveis;

"Língua" abrange as línguas faladas e de sinais e outras formas de comunicação não-falada;

"Discriminação por motivo de deficiência" significa qualquer diferenciação, exclusão ou restrição baseada em deficiência, com o propósito ou efeito de impedir ou impossibilitar o reconhecimento, o desfrute ou o exercício, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais nos âmbitos político, econômico, social, cultural, civil ou qualquer outro. Abrange todas as formas de discriminação, inclusive a recusa de adaptação razoável;

"Adaptação razoável" significa as modificações e os ajustes necessários e adequados que não acarretem ônus desproporcional ou indevido, quando requeridos em cada caso, a fim de assegurar que as pessoas com deficiência possam gozar ou exercer, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, todos os direitos humanos e liberdades fundamentais;

"Desenho universal" significa a concepção de produtos, ambientes, programas e serviços a serem usados, na maior medida possível, por todas as pessoas, sem necessidade de adaptação ou projeto específico. O "desenho universal" não excluirá as ajudas técnicas para grupos específicos de pessoas com deficiência, quando necessárias.

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 I DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES GERAIS

.....
Art. 3º Para fins de aplicação desta Lei, consideram-se:

I - acessibilidade: possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, de espaços, mobiliários, equipamentos urbanos, edificações, transportes, informação e comunicação, inclusive seus sistemas e tecnologias, bem como de outros serviços e instalações abertos ao público, de uso público ou privados de uso coletivo, tanto na zona urbana como na rural, por pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida;

II - desenho universal: concepção de produtos, ambientes, programas e serviços a serem usados por todas as pessoas, sem necessidade de adaptação ou de projeto específico, incluindo os recursos de tecnologia assistiva;

III - tecnologia assistiva ou ajuda técnica: produtos, equipamentos, dispositivos, recursos, metodologias, estratégias, práticas e serviços que objetivem promover a funcionalidade, relacionada à atividade e à participação da pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida, visando à sua autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social;

IV - barreiras: qualquer entrave, obstáculo, atitude ou comportamento que limite ou impeça a participação social da pessoa, bem como o gozo, a fruição e o exercício de seus direitos à acessibilidade, à liberdade de movimento e de expressão, à comunicação, ao acesso à informação, à compreensão, à circulação com segurança, entre outros, classificadas em:

a) barreiras urbanísticas: as existentes nas vias e nos espaços públicos e privados abertos ao público ou de uso coletivo;

b) barreiras arquitetônicas: as existentes nos edifícios públicos e privados;

c) barreiras nos transportes: as existentes nos sistemas e meios de transportes;

d) barreiras nas comunicações e na informação: qualquer entrave, obstáculo, atitude ou comportamento que dificulte ou impossibilite a expressão ou o recebimento de mensagens e de informações por intermédio de sistemas de comunicação e de tecnologia da informação;

e) barreiras atitudinais: atitudes ou comportamentos que impeçam ou prejudiquem a participação social da pessoa com deficiência em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas;

f) barreiras tecnológicas: as que dificultam ou impedem o acesso da pessoa com deficiência às tecnologias;

V - comunicação: forma de interação dos cidadãos que abrange, entre outras opções, as línguas, inclusive a Língua Brasileira de Sinais (Libras), a visualização de textos, o Braille, o sistema de sinalização ou de comunicação tátil, os caracteres ampliados, os dispositivos multimídia, assim como a linguagem simples, escrita e oral, os sistemas auditivos e os meios de voz digitalizados e os modos, meios e formatos aumentativos e alternativos de comunicação, incluindo as tecnologias da informação e das comunicações;

VI - adaptações razoáveis: adaptações, modificações e ajustes necessários e adequados que não acarretem ônus desproporcional e indevido, quando requeridos em cada caso, a fim de assegurar que a pessoa com deficiência possa gozar ou exercer, em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas, todos os direitos e liberdades fundamentais;

VII - elemento de urbanização: quaisquer componentes de obras de urbanização, tais como os referentes a pavimentação, saneamento, encanamento para esgotos, distribuição de energia elétrica e de gás, iluminação pública, serviços de comunicação, abastecimento e distribuição de água, paisagismo e os que materializam as indicações do planejamento urbanístico;

VIII - mobiliário urbano: conjunto de objetos existentes nas vias e nos espaços públicos, superpostos ou adicionados aos elementos de urbanização ou de edificação, de forma que sua modificação ou seu traslado não provoque alterações substanciais nesses elementos, tais como semáforos, postes de sinalização e similares, terminais e pontos de acesso coletivo às telecomunicações, fontes de água, lixeiras, toldos, marquises, bancos, quiosques e quaisquer

outros de natureza análoga;

IX - pessoa com mobilidade reduzida: aquela que tenha, por qualquer motivo, dificuldade de movimentação, permanente ou temporária, gerando redução efetiva da mobilidade, da flexibilidade, da coordenação motora ou da percepção, incluindo idoso, gestante, lactante, pessoa com criança de colo e obeso;

X - residências inclusivas: unidades de oferta do Serviço de Acolhimento do Sistema Único de Assistência Social (Suas) localizadas em áreas residenciais da comunidade, com estruturas adequadas, que possam contar com apoio psicossocial para o atendimento das necessidades da pessoa acolhida, destinadas a jovens e adultos com deficiência, em situação de dependência, que não dispõem de condições de autossustentabilidade e com vínculos familiares fragilizados ou rompidos;

XI - moradia para a vida independente da pessoa com deficiência: moradia com estruturas adequadas capazes de proporcionar serviços de apoio coletivos e individualizados que respeitem e ampliem o grau de autonomia de jovens e adultos com deficiência;

XII - atendente pessoal: pessoa, membro ou não da família, que, com ou sem remuneração, assiste ou presta cuidados básicos e essenciais à pessoa com deficiência no exercício de suas atividades diárias, excluídas as técnicas ou os procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas;

XIII - profissional de apoio escolar: pessoa que exerce atividades de alimentação, higiene e locomoção do estudante com deficiência e atua em todas as atividades escolares nas quais se fizer necessária, em todos os níveis e modalidades de ensino, em instituições públicas e privadas, excluídas as técnicas ou os procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas;

XIV - acompanhante: aquele que acompanha a pessoa com deficiência, podendo ou não desempenhar as funções de atendente pessoal.

CAPÍTULO II DA IGUALDADE E DA NÃO DISCRIMINAÇÃO

Art. 4º Toda pessoa com deficiência tem direito à igualdade de oportunidades com as demais pessoas e não sofrerá nenhuma espécie de discriminação.

§ 1º Considera-se discriminação em razão da deficiência toda forma de distinção, restrição ou exclusão, por ação ou omissão, que tenha o propósito ou o efeito de prejudicar, impedir ou anular o reconhecimento ou o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais de pessoa com deficiência, incluindo a recusa de adaptações razoáveis e de fornecimento de tecnologias assistivas.

§ 2º A pessoa com deficiência não está obrigada à fruição de benefícios decorrentes de ação afirmativa.

Art. 5º A pessoa com deficiência será protegida de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, tortura, crueldade, opressão e tratamento desumano ou degradante.

Parágrafo único. Para os fins da proteção mencionada no *caput* deste artigo, são considerados especialmente vulneráveis a criança, o adolescente, a mulher e o idoso, com deficiência.

Art. 6º A deficiência não afeta a plena capacidade civil da pessoa, inclusive para:

I - casar-se e constituir união estável;

II - exercer direitos sexuais e reprodutivos;

III - exercer o direito de decidir sobre o número de filhos e de ter acesso a informações adequadas sobre reprodução e planejamento familiar;

IV - conservar sua fertilidade, sendo vedada a esterilização compulsória;

V - exercer o direito à família e à convivência familiar e comunitária; e

VI - exercer o direito à guarda, à tutela, à curatela e à adoção, como adotante ou adotando, em

igualdade de oportunidades com as demais pessoas.

Art. 7º É dever de todos comunicar à autoridade competente qualquer forma de ameaça ou de violação aos direitos da pessoa com deficiência.

Parágrafo único. Se, no exercício de suas funções, os juízes e os tribunais tiverem conhecimento de fatos que caracterizem as violações previstas nesta Lei, devem remeter peças ao Ministério Público para as providências cabíveis.

LEI Nº 7.853, DE 24 DE OUTUBRO DE 1989

Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE), institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

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

Art. 1º Ficam estabelecidas normas gerais que asseguram o pleno exercício dos direitos individuais e sociais das pessoas portadoras de deficiências, e sua efetiva integração social, nos termos desta Lei.

§ 1º Na aplicação e interpretação desta Lei, serão considerados os valores básicos da igualdade de tratamento e oportunidade, da justiça social, do respeito à dignidade da pessoa humana, do bem-estar, e outros, indicados na Constituição ou justificados pelos princípios gerais de direito.

§ 2º As normas desta Lei visam garantir às pessoas portadoras de deficiência as ações governamentais necessárias ao seu cumprimento e das demais disposições constitucionais e legais que lhes concernem, afastadas as discriminações e os preconceitos de qualquer espécie, e entendida a matéria como obrigação nacional a cargo do Poder Público e da sociedade.

Art. 2º Ao Poder Público e seus órgãos cabe assegurar às pessoas portadoras de deficiência o pleno exercício de seus direitos básicos, inclusive dos direitos à educação, à saúde, ao trabalho, ao lazer, à previdência social, ao amparo à infância e à maternidade, e de outros que, decorrentes da Constituição e das leis, propiciem seu bem-estar pessoal, social e econômico.

Parágrafo único. Para o fim estabelecido no caput deste artigo, os órgãos e entidades da administração direta e indireta devem dispensar, no âmbito de sua competência e finalidade, aos assuntos objetos esta Lei, tratamento prioritário e adequado, tendente a viabilizar, sem prejuízo de outras, as seguintes medidas:

I - na área da educação:

- a) a inclusão, no sistema educacional, da Educação Especial como modalidade educativa que abranja a educação precoce, a pré-escolar, as de 1º e 2º graus, a supletiva, a habilitação e reabilitação profissionais, com currículos, etapas e exigências de diplomação próprios;
- b) a inserção, no referido sistema educacional, das escolas especiais, privadas e públicas;
- c) a oferta, obrigatória e gratuita, da Educação Especial em estabelecimento público de ensino;
- d) o oferecimento obrigatório de programas de Educação Especial a nível pré-escolar, em unidades hospitalares e congêneres nas quais estejam internados, por prazo igual ou superior a 1 (um) ano, educandos portadores de deficiência;
- e) o acesso de alunos portadores de deficiência aos benefícios conferidos aos demais educandos, inclusive material escolar, merenda escolar e bolsas de estudo;
- f) a matrícula compulsória em cursos regulares de estabelecimentos públicos e particulares de pessoas portadoras de deficiência capazes de se integrarem no sistema regular de ensino;

II - na área da saúde:

- a) a promoção de ações preventivas, como as referentes ao planejamento familiar, ao aconselhamento genético, ao acompanhamento da gravidez, do parto e do puerpério, à nutrição da mulher e da criança, à identificação e ao controle da gestante e do feto de alto risco, à imunização, às doenças do metabolismo e seu diagnóstico e ao encaminhamento precoce de outras doenças causadoras de deficiência;
- b) o desenvolvimento de programas especiais de prevenção de acidente do trabalho e de trânsito, e de tratamento adequado a suas vítimas;
- c) a criação de uma rede de serviços especializados em reabilitação e habilitação;
- d) a garantia de acesso das pessoas portadoras de deficiência aos estabelecimentos de saúde públicos e privados, e de seu adequado tratamento neles, sob normas técnicas e padrões de conduta apropriados;
- e) a garantia de atendimento domiciliar de saúde ao deficiente grave não internado;
- f) o desenvolvimento de programas de saúde voltados para as pessoas portadoras de deficiência, desenvolvidos com a participação da sociedade e que lhes ensejem a integração social;

III - na área da formação profissional e do trabalho:

- a) o apoio governamental à formação profissional, à orientação profissional, e a garantia de acesso aos serviços concernentes, inclusive aos cursos regulares voltados à formação profissional;
- b) o empenho do Poder Público quanto ao surgimento e à manutenção de empregos, inclusive de tempo parcial, destinados às pessoas portadoras de deficiência que não tenham acesso aos empregos comuns;
- c) a promoção de ações eficazes que propiciem a inserção, nos setores públicos e privado, de pessoas portadoras de deficiência;
- d) a adoção de legislação específica que discipline a reserva de mercado de trabalho, em favor das pessoas portadoras de deficiência, nas entidades da Administração Pública e do setor privado, e que regule a organização de oficinas e congêneres integradas ao mercado de trabalho, e a situação, nelas, das pessoas portadoras de deficiência;

IV - na área de recursos humanos:

- a) a formação de professores de nível médio para a Educação Especial, de técnicos de nível médio especializados na habilitação e reabilitação, e de instrutores para formação profissional;
- b) a formação e qualificação de recursos humanos que, nas diversas áreas de conhecimento, inclusive de nível superior, atendam à demanda e às necessidades reais das pessoas portadoras de deficiências;
- c) o incentivo à pesquisa e ao desenvolvimento tecnológico em todas as áreas do conhecimento relacionadas com a pessoa portadora de deficiência;

V - na área das edificações:

- a) a adoção e a efetiva execução de normas que garantam a funcionalidade das edificações e vias públicas, que evitem ou removam os óbices às pessoas portadoras de deficiência, permitam o acesso destas a edifícios, a logradouros e a meios de transporte.

LEI Nº 10.098, DE 19 DE DEZEMBRO DE 2000

Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

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

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Esta Lei estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, mediante a supressão de barreiras e de obstáculos nas vias e espaços públicos, no mobiliário urbano, na construção e reforma de edifícios e nos meios de transporte e de comunicação.

Art. 2º Para os fins desta Lei são estabelecidas as seguintes definições:

I - acessibilidade: possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, de espaços, mobiliários, equipamentos urbanos, edificações, transportes, informação e comunicação, inclusive seus sistemas e tecnologias, bem como de outros serviços e instalações abertos ao público, de uso público ou privados de uso coletivo, tanto na zona urbana como na rural, por pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida; *(Inciso com redação dada pela Lei nº 13.146, de 6/7/2015, publicada no DOU de 7/7/2015, em vigor 180 dias após sua publicação)*

II - barreiras: qualquer entrave, obstáculo, atitude ou comportamento que limite ou impeça a participação social da pessoa, bem como o gozo, a fruição e o exercício de seus direitos à acessibilidade, à liberdade de movimento e de expressão, à comunicação, ao acesso à informação, à compreensão, à circulação com segurança, entre outros, classificadas em:

a) barreiras urbanísticas: as existentes nas vias e nos espaços públicos e privados abertos ao público ou de uso coletivo;

b) barreiras arquitetônicas: as existentes nos edifícios públicos e privados;

c) barreiras nos transportes: as existentes nos sistemas e meios de transportes;

d) barreiras nas comunicações e na informação: qualquer entrave, obstáculo, atitude ou comportamento que dificulte ou impossibilite a expressão ou o recebimento de mensagens e de informações por intermédio de sistemas de comunicação e de tecnologia da informação; *(Inciso com redação dada pela Lei nº 13.146, de 6/7/2015, publicada no DOU de 7/7/2015, em vigor 180 dias após sua publicação)*

III - pessoa com deficiência: aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas; *(Inciso com redação dada pela Lei nº 13.146, de 6/7/2015, publicada no DOU de 7/7/2015, em vigor 180 dias após sua publicação)*

IV - pessoa com mobilidade reduzida: aquela que tenha, por qualquer motivo, dificuldade de movimentação, permanente ou temporária, gerando redução efetiva da mobilidade, da flexibilidade, da coordenação motora ou da percepção, incluindo idoso, gestante, lactante, pessoa com criança de colo e obeso; *(Inciso com redação dada pela Lei nº 13.146, de 6/7/2015, publicada no DOU de 7/7/2015, em vigor 180 dias após sua publicação)*

V - acompanhante: aquele que acompanha a pessoa com deficiência, podendo ou não desempenhar as funções de atendente pessoal; *(Inciso com redação dada pela Lei nº 13.146, de 6/7/2015, publicada no DOU de 7/7/2015, em vigor 180 dias após sua publicação)*

VI - elemento de urbanização: quaisquer componentes de obras de urbanização, tais como os referentes a pavimentação, saneamento, encanamento para esgotos, distribuição de energia elétrica e de gás, iluminação pública, serviços de comunicação, abastecimento e distribuição de água, paisagismo e os que materializam as indicações do planejamento urbanístico; *(Primitivo inciso IV renumerado e com redação dada pela Lei nº 13.146, de 6/7/2015, publicada no DOU de 7/7/2015, em vigor 180 dias após sua publicação)*

VII - mobiliário urbano: conjunto de objetos existentes nas vias e nos espaços públicos, superpostos ou adicionados aos elementos de urbanização ou de edificação, de forma que sua modificação ou seu traslado não provoque alterações substanciais nesses elementos, tais como

semáforos, postes de sinalização e similares, terminais e pontos de acesso coletivo às telecomunicações, fontes de água, lixeiras, toldos, marquises, bancos, quiosques e quaisquer outros de natureza análoga; *(Primitivo inciso V renumerado e com redação dada pela Lei nº 13.146, de 6/7/2015, publicada no DOU de 7/7/2015, em vigor 180 dias após sua publicação)*

VIII - tecnologia assistiva ou ajuda técnica: produtos, equipamentos, dispositivos, recursos, metodologias, estratégias, práticas e serviços que objetivem promover a funcionalidade, relacionada à atividade e à participação da pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida, visando à sua autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social; *(Inciso acrescido pela Lei nº 13.146, de 6/7/2015, publicada no DOU de 7/7/2015, em vigor 180 dias após sua publicação)*

IX - comunicação: forma de interação dos cidadãos que abrange, entre outras opções, as línguas, inclusive a Língua Brasileira de Sinais (Libras), a visualização de textos, o Braille, o sistema de sinalização ou de comunicação tátil, os caracteres ampliados, os dispositivos multimídia, assim como a linguagem simples, escrita e oral, os sistemas auditivos e os meios de voz digitalizados e os modos, meios e formatos aumentativos e alternativos de comunicação, incluindo as tecnologias da informação e das comunicações; *(Inciso acrescido pela Lei nº 13.146, de 6/7/2015, publicada no DOU de 7/7/2015, em vigor 180 dias após sua publicação)*

X - desenho universal: concepção de produtos, ambientes, programas e serviços a serem usados por todas as pessoas, sem necessidade de adaptação ou de projeto específico, incluindo os recursos de tecnologia assistiva. *(Inciso acrescido pela Lei nº 13.146, de 6/7/2015, publicada no DOU de 7/7/2015, em vigor 180 dias após sua publicação)*

PROJETO DE LEI N.º 516, DE 2022

(Da Sra. Perpétua Almeida e outros)

Cria a lei - Leliane Gomes da Cruz - que institui a Política Nacional de Promoção do Parto Humanizado, Digno e Respeitoso (PNP-PHDR) e dá outras providências.

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PL-878/2019.

PROJETO DE LEI Nº 2022

(Das senhoras Deputadas Perpétua Almeida, Tereza Nelma, Celina Leão, Soraya Santos, Sâmia Bomfim, Fernanda Melchionna, Érica Kokay, Tabata Amaral, Dorinha Seabra, Luisa Canziani, Jandira Feghali, Alice Portugal e Professora Marcivânia)

Cria a lei - Leliane Gomes da Cruz – que institui a Política Nacional de Promoção do Parto Humanizado, Digno e Respeitoso (PNP-PHDR) e dá outras providências.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Essa Lei fica denominada - Leliane Gomes da Cruz – que institui a Política Nacional de Promoção do Parto Humanizado, Digno e Respeitoso (PNP-PHDR).

Art. 2º São princípios da Política Nacional de Promoção do Parto Humanizado, Digno e Respeitoso (PNP-PHDR):

- I. Garantia do respeito à saúde sexual e reprodutiva e os direitos humanos das mulheres.
- II. Garantia do direito das gestantes de serem iguais em dignidade, de serem livres para procurar, receber e dar informações, de não sofrerem discriminações e de usufruírem do mais alto padrão de saúde física e mental, incluindo a saúde sexual e reprodutiva.
- III. Garantia do direito ao mais alto padrão de saúde atingível, incluindo o direito a uma assistência digna e respeitosa



durante toda a gravidez e o parto, assim como o direito de estar livre da violência.

Art. 3º São diretrizes da Política Nacional de Promoção ao Parto Humanizado, Digno e Respeitoso (PNP-PHDR):

I. Promover a EQUIDADE e não discriminação garantindo um cuidado equitativo com especial atenção às mulheres em situações de vulnerabilidade;

II. Garantir que todas as mulheres no contexto do pré-natal, parto e pós-parto tenham respeitados os seus direitos à vida, à saúde, à privacidade, à integridade física e à não discriminação (RESPEITO);

III. Promover a educação em saúde (LETRAMENTO) para que a mulher possa acessar, compreender, analisar e usar informações em saúde na tomada de decisão sobre seu cuidado (EMPODERAMENTO E ENGAJAMENTO);

IV. Fortalecer as REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER, incluindo o acesso à assistência PRÉ-NATAL de qualidade e a serviços especializados em gestação de alto risco e unidades de terapia intensiva;

V. Garantir assistência ao pré-natal, ao parto e ao pós-parto seguros e respeitosos (PARTO ADEQUADO);

VI. REDUZIR A MORTALIDADE MATERNA, A PREMATURIDADE E A MORTALIDADE NEONATAL estabelecendo protocolos, procedimentos, ações, ferramentas e pactos baseados em evidências científicas e de qualidade;



VII. Promover e garantir a PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE na garantia de um parto seguro e respeitoso.

Art. 4º São objetivos da Política Nacional de Promoção ao Parto Humanizado, Digno e Respeitoso (PNP-PHDR):

I. Adotar medidas que assegurem os direitos das mulheres no contexto do pré-parto, parto e pós-parto, tais como o direito à vida, o direito à saúde e o direito de não ser discriminada;

II. Fortalecer a rede de assistência à mulher e ao recém-nascido na perspectiva do planejamento regional integrado da atenção primária e especializada, especialmente em relação à vinculação ao pré-natal e à maternidade de referência para o parto; à garantia das boas práticas na atenção ao parto e nascimento, ao acesso a hemoderivados e a leitos de unidades de terapia intensiva materna e neonatal;

III. Fortalecer estratégias de educação permanente das equipes de saúde multiprofissionais para o atendimento adequado, seguro e respeitoso da mulher e do recém-nascido durante o pré-natal, parto e nascimento e cuidado neonatal;

IV. Implementar estratégias para a garantia de práticas obstétricas e neonatais baseadas nas melhores evidências científicas;

V. Inserir o tema de segurança do paciente em todos os processos de qualificação profissional e educação continuada dos profissionais de saúde;

VI. Melhorar a ambiência das unidades de pré-natal, parto e assistência neonatal e garantir a disponibilidade de equipe multiprofissional completa e o acesso oportuno às tecnologias adequadas para o cuidado obstétrico e neonatal nas 24hrs/7 dias da semana;



VII. Garantir acesso a leitos para o cuidado obstétrico e neonatal de alto risco por meio de regulação efetiva e transporte seguro;

VIII. Implementar ações para a redução da prematuridade e para a atenção adequada aos recém-nascidos, com ênfase em reanimação neonatal (minuto de ouro) e em práticas adequadas para a prevenção e manejo da infecção;

IX. Acompanhar os indicadores obstétricos e neonatais garantindo qualidade dos dados para intervenções de melhoria do cuidado e transparência para toda a sociedade;

X. Trabalhar para o alcance das metas de redução da mortalidade materna e da mortalidade neonatal pactuadas pelo Estado brasileiro, no âmbito dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável para 2030.

XI. Permitir a presença das doulas durante todo o período pré-natal, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, sempre que solicitado pela parturiente.

XII. A presença da Doula não se confunde com a do acompanhante prevista em lei federal;

Art. 5º Esta Lei cria o “Plano de Parto” - documento que será elaborado pelo serviço de saúde em conjunto com a gestante que receberá todas as informações sobre a gravidez e o processo de parto. O Plano de Parto considerará os valores e os desejos pessoais da gestante e as melhores práticas médicas, de acordo com as recomendações do parto humanizado da Organização Mundial de Saúde.

Art. 6º A Política Nacional de Promoção ao Parto Humanizado Digno e Respeitoso (PNP-PHDR) será executada de forma articulada pelo



Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, municípios e do Distrito Federal e instituições privadas e filantrópicas.

Art. 7º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

A Política de Estímulo ao Parto Humanizado, do Pré-natal ao Nascimento, se baseia no adequado acompanhamento do parto e do puerpério. É dever de o Estado receber respeitosamente a mulher e o recém-nascido. Devemos estimular um espaço acolhedor e rotinas respeitosas e seguras.

Além disso, devemos estimular práticas menos invasivas que na maioria das vezes não traz benefícios às mulheres e nem ao recém-nascido, e que podem ainda levar até a mais riscos a saúde da mulher e do bebê.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda, desde 1996, a elaboração do plano de parto e o compreende como mecanismo de incentivo às mulheres pela busca por informações qualificadas, instrumento para a construção das expectativas e dos desejos com relação à experiência da maternidade e um exercício de protagonismo.

Estudos também comprovam que a presença da doula, além do acompanhante familiar, é positiva para experiência de parto, positiva para os resultados perinatais e não apresenta contraindicações conhecidas até o momento.

Devemos considerar ainda que, segundo os dados da OMS, 830 mulheres morrem todos os dias por causas evitáveis relacionadas à gravidez e



ao parto. E que as metas fixadas pelo Estado brasileiro para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da ONU/OMS foram valores de razão de mortalidade materna inferiores a 30 mortes maternas /100.000 nascidos vivos e para a mortalidade neonatal para menos de cinco óbitos neonatais/1000 nascidos vivos em 2030.

Lembramos que durante a pandemia de COVID-19, no Brasil, 1859 gestantes ou puérperas morreram o que contribuirá para um aumento importante da morte materna nos anos de 2020 e 2021.

Política Nacional de Promoção do Parto Humanizado, Digno e Respeitoso visa também evitar casos como o da mãe, Leliane Gomes da Cruz, de 29 anos, que nos inspira na elaboração desta proposição, e que resolvemos homenagear com a denominação desta lei, para que, num futuro próximo, situações como a dela não possam mais acontecer.

Leliane Gomes da Cruz entrou em trabalho de parto e deu à luz a uma menina nas proximidades da Maternidade Bárbara Heliodora, em Rio Branco, no Acre. A mãe é parte da população de rua e vive em situação de vulnerabilidade. Esteve durante nove meses perambulando pelas ruas da cidade de Rio Branco, porém, invisível em qualquer estatística, até mesmo para a “rede de apoio” da Assistência Social do Estado do Acre e do Município de Rio Branco. Leliane viu seu bebê rolar pelas calçadas do estacionamento da maternidade, sem nenhum apoio. As imagens que envolvem este caso são de total desprezo à vida humana e chocaram o país. Justiça por Leliane e todas as mulheres que merecem respeito e parto humanizado.

Diante do exposto, apresentamos esta proposta com o objetivo de contribuir com a elaboração de uma política nacional em defesa do Parto Humanizado no Brasil.

Sala das Sessões, de de 2022.



Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Perpétua Almeida e outros
Para verificar as assinaturas, acesse <https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD227373551200>



Deputada Federal Perpétua Almeida

Deputada Federal Tereza Nelma

Deputada Federal Celina Leão,

Deputada Federal Soraya Santos,

Deputada Federal Sâmia Bomfim,

Deputada Federal Fernanda Melchionna,

Deputada Federal Érica Kokay,

Deputada Federal Tabata Amaral,

Deputada Federal Dorinha Seabra,

Deputada Federal Luisa Canziani,

Deputada Federal Jandira Feghali,

Deputada Federal Alice Portugal,

Deputada Federal Professora Marcivânia





Projeto de Lei **(Da Sra. Perpétua Almeida)**

Cria a lei - Leliane Gomes da Cruz – que institui a Política Nacional de Promoção do Parto Humanizado, Digno e Respeitoso (PNP-PHDR) e dá outras providências.

Assinaram eletronicamente o documento CD227373551200, nesta ordem:

- 1 Dep. Perpétua Almeida (PCdoB/AC)
- 2 Dep. Celina Leão (PP/DF)
- 3 Dep. Alice Portugal (PCdoB/BA)
- 4 Dep. Professora Dorinha Seabra Reze (UNIÃO/TO)
- 5 Dep. Professora Marcivania (PCdoB/AP)
- 6 Dep. Jandira Feghali (PCdoB/RJ)
- 7 Dep. Tereza Nelma (PSDB/AL)
- 8 Dep. Sâmia Bomfim (PSOL/SP)
- 9 Dep. Fernanda Melchionna (PSOL/RS)
- 10 Dep. Tabata Amaral (PSB/SP)
- 11 Dep. Soraya Santos (PL/RJ)
- 12 Dep. Luisa Canziani (PTB/PR)
- 13 Dep. Erika Kokay (PT/DF)



PROJETO DE LEI N.º 1.984, DE 2022

(Do Sr. Pastor Sargento Isidório)

Estabelece o direito a acompanhante nas consultas, exames e nos casos de internação e procedimentos hospitalares.

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PL-4996/2016.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE LEI Nº _____, DE 2022 (Do Senhor Pastor Sargento Isidório)

Estabelece o direito a acompanhante nas consultas, exames e nos casos de internação e procedimentos hospitalares.

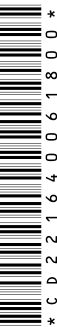
O CONGRESSO NACIONAL DECRETA:

Art. 1º Esta Lei estabelece o direito de todos os pacientes de hospitais públicos ou particulares a acompanhante nas consultas, exames e nos casos de internação ou procedimentos, sem prejuízo ao disposto nas Leis nº. 8.069, de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente; 10.741, de 1º de outubro de 2003 – Estatuto do Idoso; 11.108, de 7 de abril de 2005; e 13.146, de 6 de julho de 2015 - Estatuto da Pessoa com Deficiência).

Art. 2º Toda pessoa tem direito a acompanhante, pessoa de sua livre escolha, nas consultas, exames, nos casos de internação e na realização de procedimentos, em especial naquelas situações em que a autonomia da pessoa estiver comprometida, como na hipótese de estar totalmente inconsciente, sem sensibilidade e imóvel no decorrer de um procedimento.

§ 1º O acompanhamento hospitalar poderá ser presencial, nos casos em que não haja risco para o paciente, ou mediante sistema audiovisual fechado, em tempo real, sem acesso externo ou a internet.

§ 2º O sistema audiovisual a que se refere o §1º deverá ser disponibilizado em sala própria no hospital, que garanta privacidade, permitindo-se apenas a presença do acompanhante designado pelo paciente.





CÂMARA DOS DEPUTADOS

Art. 3º Esta Lei entra em vigor na data da sua publicação.

JUSTIFICATIVA

No presente Projeto de Lei estou propondo que todos os pacientes, ricos ou pobres, em hospitais públicos ou privados, tenham direito de ser acompanhados em consultas, exames, internações e na realização de procedimentos, em especial quando estiverem inconscientes devido à sedação.

Estamos ampliando o direito a um acompanhante hospitalar para todos os tipos de procedimento. O acompanhante é de livre escolha do paciente, podendo ser algum parente, amigo ou cuidador.

A internação hospitalar é um momento muito delicado para as pessoas. Seus vínculos sociais são alterados e ela tornar-se dependente dos cuidados da equipe médica, passando a vivenciar uma nova rotina, pré-estabelecida, perdendo sua autonomia. O paciente, quando acompanhado de seu familiar ou amigo pode perceber melhor a internação como mais um momento a ser superado.

O acompanhante é um importante apoio familiar e social para o paciente durante sua hospitalização. Ele é um importante elo entre o paciente e a equipe médica sendo fonte de informações sobre seu estado de saúde, resultados de exames e prognóstico. Além disso, o acompanhamento do paciente por pessoa de sua confiança poderá evitar casos de violação ético-profissional ou o cometimento de crimes contra o paciente, como no caso recentemente foi noticiado pela mídia no Rio de Janeiro.

Se a parturiente tivesse direito a um acompanhante, presencialmente ou por sistema audiovisual, certamente o médico anestesista não teria abusado sexualmente da paciente, enquanto ela estava inconsciente em razão da anestesia.

Brasília, de julho de 2022





CÂMARA DOS DEPUTADOS

PASTOR SARGENTO ISIDÓRIO
Deputado Federal – AVANTE / BA

Apresentação: 12/07/2022 14:01 - MESA

PL n.1984/2022



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 I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES**

Art. 1º Esta Lei dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente.

Art. 2º Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade.

Parágrafo único. Nos casos expressos em lei, aplica-se excepcionalmente este Estatuto às pessoas entre dezoito e vinte e um anos de idade.

Art. 3º A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade.

Parágrafo único. Os direitos enunciados nesta Lei aplicam-se a todas as crianças e adolescentes, sem discriminação de nascimento, situação familiar, idade, sexo, raça, etnia ou cor, religião ou crença, deficiência, condição pessoal de desenvolvimento e aprendizagem, condição econômica, ambiente social, região e local de moradia ou outra condição que diferencie as pessoas, as famílias ou a comunidade em que vivem. [*\(Parágrafo único acrescido pela Lei nº 13.257, de 8/3/2016\)*](#)

Art. 4º É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

Parágrafo único. A garantia de prioridade compreende:

- a) primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias;
- b) precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública;
- c) preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas;

LEI Nº 10.741, DE 1º DE OUTUBRO DE 2003

Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA,

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

TÍTULO I DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.

Art. 2º O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.

Art. 3º É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

§ 1º. A garantia de prioridade compreende: *(Parágrafo único transformado em parágrafo primeiro pela Lei nº 13.466, de 12/7/2017)*

I - atendimento preferencial imediato e individualizado junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população;

II - preferência na formulação e na execução de políticas sociais públicas específicas;

III - destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção ao idoso;

IV - viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso com as demais gerações;

V - priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não a possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência;

VI - capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços aos idosos;

VII - estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais de envelhecimento;

VIII - garantia de acesso à rede de serviços de saúde e de assistência social locais.

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 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 I DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

CAPÍTULO I DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º É instituída a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), destinada a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania.

Parágrafo único. Esta Lei tem como base a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, ratificados pelo Congresso Nacional por meio do Decreto Legislativo nº 186, de 9 de julho de 2008, em conformidade com o procedimento previsto no § 3º do art. 5º da Constituição da República Federativa do Brasil, em vigor para o Brasil, no plano jurídico externo, desde 31 de agosto de 2008, e promulgados pelo Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009, data de início de sua vigência no plano interno.

Art. 2º Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

§ 1º A avaliação da deficiência, quando necessária, será biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar e considerará:

I - os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo;

II - os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais;

III - a limitação no desempenho de atividades; e

IV - a restrição de participação.

§ 2º O Poder Executivo criará instrumentos para avaliação da deficiência.

.....

.....

PROJETO DE LEI N.º 1.988, DE 2022

(Da Sra. Rejane Dias)

Altera 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, para garantir o direito a acompanhante durante os procedimentos, exames e cirurgias nos hospitais públicos e privados.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-1984/2022.

PROJETO DE LEI Nº , DE 2022

(Da Sra. REJANE DIAS)

Altera 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, para garantir o direito a acompanhante durante os procedimentos, exames e cirurgias nos hospitais públicos e privados.

O Congresso Nacional Decreta:

Art.1º Esta lei altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990—para garantir o direito a acompanhante durante os procedimentos, exames e cirurgias nos hospitais públicos e privados.

Art.2º A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 , passa a vigorar acrescida dos seguintes dispositivos:

“Art. 3-A. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS, da rede própria ou conveniada, bem como os hospitais privados, ficam obrigados a permitir a presença de acompanhante, junto ao paciente para qualquer procedimento, exame e cirurgia o qual o mesmo seja submetido a procedimento anestésico total ou parcial.

§ 1º O acompanhante de que trata o caput será de livre escolha do paciente.

§ 2º O serviço de saúde deve proporcionar condições adequadas para a permanência do acompanhante.

§ 3º o direito a acompanhante nos casos de que trata o caput será sempre obrigatória quando a autonomia do paciente estiver comprometida.”(NR)

Art. 3º O Poder Executivo, através do Ministério da Saúde, adotará procedimentos para prevenir abusos em suas dependências ou em entidade privada, como receber e lidar com denúncias contra seus funcionários.

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



JUSTIFICAÇÃO

A presente proposição busca reconhecer a necessidade de dar apoio ao paciente durante os procedimentos, exames e cirurgias em hospitais públicos e privados.

Os acompanhantes atuaram como protagonistas junto ao paciente durante todos os procedimentos, exames e até mesmo cirurgias visando dar apoio e todo o suporte.

Recentemente foi amplamente divulgado pela imprensa ato de estupro dentro de uma unidade de saúde. Essa atitude é abominável, é um ato violento contra a liberdade sexual, contra a ética, e contra os costumes, ato este praticado pelo anestesista durante as cirurgias de partos cesarianas - demonstrado desde a maneira como que ele se portava, até a quantidade de sedativos por ele aplicado nas pacientes para a realização dos procedimentos. O vídeo revelou que o médico estuprou a paciente enquanto ela estava sedada e em trabalho de parto.

De acordo com a reportagem, no vídeo, é perceptível que a paciente estava deitada na maca, inconsciente. Enquanto a equipe cirúrgica, que estava de um lado do lençol (comumente usando em partos cesariana), começava o procedimento, do outro lado, a menos de um metro de distância dos demais colegas, o anestesista Giovanni abre o zíper da própria calça, puxa seu pênis para fora e o introduz na boca da paciente. A violência dura 10 minutos. Enquanto abusa da gestante, o anestesista tenta se movimentar pouco para que ninguém na sala perceba. Quando termina, pega um lenço de papel e limpa a vítima para esconder os vestígios do crime.

Esse crime é gravíssimo, conforme noticiado no Jornal O GLOBO¹: Rio tem um estupro em hospital a cada 14 dias; cidade onde

1 <https://oglobo.globo.com/rio/noticia/2022/07/rio-tem-um-estupro-em-hospital-a-cada-14-dias-cidade-onde-anestesista-foi-presos-e-a-quinta-com-mais-casos.ghtml?>



anestesista foi preso é a quinta com mais casos. Segundo os dados obtidos o estado foi palco de 177 abusos sexuais em unidades de saúde entre 2015 e 2021. Isso é inadmissível!

De acordo com a Portaria nº 1.820/2009, do Ministério da Saúde prevê que para a realização de exames e consultas, todo paciente tem direito a um acompanhante. Já durante a internação, a Lei assegura o direito ao acompanhante em situações específicas como: **Gestantes** (Leis nº 8.069/90 e 11.108/05); **Idosos** (Lei nº 10.741/03 – Estatuto do Idoso); **Portadores de deficiência** (Lei nº 13.146/2015 – Estatuto da Pessoa com Deficiência) e crianças e adolescentes (Lei nº 8.069/90 – **Estatuto da Criança e do Adolescente**). Além desses casos, pacientes com comprometimento físico e/ou físico e/ou psíquico também tem direito à presença de acompanhante desde que haja justificativa médica.

Portanto, é importantíssimo que outros pacientes também possam ter direitos a livre escolha de acompanhante em qualquer procedimento, exame ou cirurgia.

Trata-se, portanto, de medida necessária ao aprimoramento da legislação, razão pela qual conto com o apoio dos Ilustres pares para a aprovação da presente proposição.

Sala das Sessões, em de de 2022.

Deputada REJANE DIAS

utm_source=globo.com&utm_medium=oglobo



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 I
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (*“Caput” do artigo com redação dada pela Lei nº 12.864, de 24/9/2013*)

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

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

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde - SUS.

§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde - SUS, em caráter complementar.

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 I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES**

Art. 1º Esta Lei dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente.

Art. 2º Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade.

Parágrafo único. Nos casos expressos em lei, aplica-se excepcionalmente este Estatuto às pessoas entre dezoito e vinte e um anos de idade.

Art. 3º A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade.

Parágrafo único. Os direitos enunciados nesta Lei aplicam-se a todas as crianças e adolescentes, sem discriminação de nascimento, situação familiar, idade, sexo, raça, etnia ou cor, religião ou crença, deficiência, condição pessoal de desenvolvimento e aprendizagem, condição econômica, ambiente social, região e local de moradia ou outra condição que diferencie as pessoas, as famílias ou a comunidade em que vivem. [*\(Parágrafo único acrescido pela Lei nº 13.257, de 8/3/2016\)*](#)

Art. 4º É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

Parágrafo único. A garantia de prioridade compreende:

- a) primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias;
- b) precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública;
- c) preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas;

LEI Nº 10.741, DE 1º DE OUTUBRO DE 2003

Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA,

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

TÍTULO I DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.

Art. 2º O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.

Art. 3º É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

§ 1º. A garantia de prioridade compreende: [*\(Parágrafo único transformado em parágrafo primeiro pela Lei nº 13.466, de 12/7/2017\)*](#)

I - atendimento preferencial imediato e individualizado junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população;

II - preferência na formulação e na execução de políticas sociais públicas específicas;

III - destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção ao idoso;

IV - viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso com as demais gerações;

V - priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não a possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência;

VI - capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços aos idosos;

VII - estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais de envelhecimento;

VIII - garantia de acesso à rede de serviços de saúde e de assistência social locais.

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 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 I
DISPOSIÇÕES PRELIMINARES**

**CAPÍTULO I
DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 1º É instituída a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), destinada a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania.

Parágrafo único. Esta Lei tem como base a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, ratificados pelo Congresso Nacional por meio do Decreto Legislativo nº 186, de 9 de julho de 2008, em conformidade com o procedimento previsto no § 3º do art. 5º da Constituição da República Federativa do Brasil, em vigor para o Brasil, no plano jurídico externo, desde 31 de agosto de 2008, e promulgados pelo Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009, data de início de sua vigência no plano interno.

Art. 2º Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

§ 1º A avaliação da deficiência, quando necessária, será biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar e considerará:

I - os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo;

II - os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais;

III - a limitação no desempenho de atividades; e

IV - a restrição de participação.

§ 2º O Poder Executivo criará instrumentos para avaliação da deficiência.

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:

PROJETO DE LEI N.º 2.283, DE 2022

(Do Sr. José Nelto)

Dispõe que maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares congêneres, da rede pública e privada de todo o território nacional ficam obrigados a permitir a presença de doulas durante todo o período pré-natal, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, sempre que solicitado pela parturiente.

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PL-446/2019.

PROJETO DE LEI Nº , DE 2022
(Do Sr. JOSÉ NELTO)

Dispõe que maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares congêneres, da rede pública e privada de todo o território nacional ficam obrigados a permitir a presença de doulas durante todo o período pré-natal, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, sempre que solicitado pela parturiente.

O Congresso Nacional decreta:

Art.1º As maternidades, hospitais, casas de parto e demais estabelecimentos de saúde deverão permitir a presença de doulas durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto.

§ 1º Para os efeitos desta Lei e em conformidade com a qualificação da CBO (Classificação Brasileira de Ocupações), código 3221-35, doulas são profissionais escolhidos livremente pelas gestantes e parturientes, que "visem prestar suporte à gestante", com certificação ocupacional em curso para essa finalidade.

Art. 2º As doulas, para o regular exercício da profissão, estão autorizadas a entrar nas maternidades, hospitais, casas de parto e demais estabelecimentos, contratados pela rede de saúde pública ou privada, com seus respectivos instrumentos de trabalho, condizentes com as normas de segurança hospitalar.

§ 1º Entendem-se como instrumentos de trabalho das doulas:

I- bola de exercício físico construído com material elástico macio e outras bolas de borracha;

II- bolsa de água quente;

III - óleos para massagens;



IV- banqueta auxiliar para parto;

V- equipamentos sonoros;

VI- demais materiais utilizados no acompanhamento do período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

§ 2º Para a habilitação descrita no caput deste artigo, as doulas deverão providenciar, com antecedência, a inscrição nos estabelecimentos hospitalares e congêneres.

Art. 3º É vedado às doulas, a realização de procedimentos médicos ou clínicos, como aferir pressão, avaliação da progressão do trabalho de parto, monitoramento de batimentos cardíacos fetais, administração de medicamentos, entre outros, mesmo que estejam legalmente aptas a fazê-los.

Art.4º A doula não receberá qualquer remuneração dos estabelecimentos de saúde pela sua presença durante os períodos de trabalho de parto, parto e pós-parto, apenas na hipótese prevista:

§ 1º Em casos de gestantes desacompanhadas ou que não possuam familiares, caberá ao estabelecimento de saúde prestar e arcar com o serviço caso o mesmo seja solicitado pela parturiente.

Art. 5º É vedado aos estabelecimentos de saúde de que trata esta Lei realizar qualquer cobrança adicional vinculada à presença de doulas durante o período de internação da parturiente.

Art. 6º Os serviços de saúde abrangidos pelo disposto nesta Lei deverão, no prazo de 90 (noventa) dias contados da sua publicação, adotar as providências necessárias ao seu cumprimento.

Art. 7º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.



JUSTIFICAÇÃO

O presente projeto tem como objetivo estabelecer que maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares congêneres, da rede pública e privada de todo o território nacional ficam obrigados a permitir a presença de doulas durante todo o período pré-natal, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, sempre que solicitado pela parturiente.

A doula é uma profissional que tem como função acompanhar a gestante durante o período de gravidez, parto e período pós-parto, além de apoiar, encorajar, oferecer conforto e suporte emocional nesses momentos. Doula é um termo de origem grega que significa "mulher que serve" e, apesar de não ser profissional de saúde, a sua atuação facilita a existência de um parto mais humanizado, já que é comum que a mulher se sinta desamparada neste momento. Além disso, é comum que as doulas defendem o parto mais natural possível, como mínimo de intervenções médicas.¹

Segundo a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do Ministério do Trabalho, os quesitos mínimos para ser doula são: ser maior de 18 anos, ter segundo grau completo e fazer um curso de formação específica com duração mínima de 80 horas com prática supervisionada. "A doula faz um curso de formação e pode fazer diversas especializações para tornar a assistência mais completa, por exemplo: aromaterapia, cromoterapia, massagens para alívio de dor, cursos de anatomia e fisiologia do parto", exemplifica Carolina. A doula é essencial para a parturiente, mas também para a equipe que prestará assistência para a gestante", frisa Carolina. Enquanto os profissionais de saúde se responsabilizam pela parte técnica do pré-natal e trabalho de parto, a doula foca em tornar a experiência de parto leve, segura, consciente e tranquila para a gestante em trabalho de parto e seu acompanhante.²

Em virtude disso, é de extrema importância regularizar e efetivar a presente proposição levando em consideração que se trata de uma experiência complexa, delicada e totalmente marcante para a gestante que tem o total direito de se sentir totalmente à vontade.

¹ <https://www.tuasaude.com/doula/>

² www.rededorsaoluz.com.br



Dada a relevância temática, submeto esta proposição aos ilustres pares, rogando o imprescindível apoio para sua aprovação.

Sala das Sessões, em de de 2022.

Deputado **JOSÉ NELTO**
(PP/GO)



PROJETO DE LEI N.º 2.767, DE 2022

(Do Sr. Wilson Santiago)

Dispõe sobre o direito da paciente de designar acompanhante quando submetida a procedimentos médicos hospitalares nos estabelecimentos que integram as redes públicas ou privadas de saúde em todo território nacional.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-1984/2022.

PROJETO DE LEI Nº , DE 2022

(Do Sr. Wilson Santiago)

Apresentação: 10/11/2022 14:11:46.330 - Mesa

PL n.2767/2022

Dispõe sobre o direito da paciente de designar acompanhante quando submetida a procedimentos médicos hospitalares nos estabelecimentos que integram as redes públicas ou privadas de saúde em todo território nacional.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei garante à paciente o direito de designar acompanhante quando submetida a procedimentos médicos hospitalares nos estabelecimentos que integram as redes públicas ou privadas de saúde em todo território nacional.

Art. 2º - Fica garantido à paciente o direito de indicar acompanhante durante os procedimentos médicos hospitalares realizados nas unidades de saúde que integram as redes públicas ou privadas em todo território nacional.

Parágrafo único. Para efeito desta lei, entende-se por procedimentos médicos hospitalares:

I - exames laboratoriais ou ambulatoriais.

II - consultas médicas.

III - cirurgias de pequena ou média complexidade.



Art.3º - Cabe ao paciente interessado fornecer ao estabelecimento de saúde as informações cadastrais do seu acompanhante com antecedência mínima de 30 (trinta) minutos do horário agendado para a realização do procedimento médico-hospitalar.

Parágrafo único. Qualquer pessoa maior de 18 (dezoito) anos, com ou sem vínculo familiar, poderá ser indicada pela paciente como seu acompanhante.

Art. 4º - Cabe ao estabelecimento de saúde informar à paciente o seu direito de indicação de um acompanhante para observar a realização do procedimento médico-hospitalar a ser adotado.

Art. 5º - É responsabilidade exclusiva da unidade de saúde fornecer ao acompanhante da paciente os equipamentos de proteção individual (EPIs) conforme a necessidade e complexidade de cada procedimento médico-hospitalar.

Art. 6º - O servidor ou empregado, como, também, a unidade de saúde responsável pela realização dos procedimentos, em caso de descumprimento do disposto nesta lei, responderão solidariamente por danos morais e materiais nos termos da legislação vigente.

Art. 6º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Este Projeto de Lei tem por finalidade garantir às mulheres o direito de designarem acompanhantes quando submetidas aos procedimentos médicos hospitalares nos estabelecimentos que integram as redes públicas ou privadas de saúde em todo território nacional.



Além de nominar os procedimentos médicos hospitalares alcançados por esta Lei (exames laboratoriais ou ambulatoriais, consultas médicas e cirurgias de pequena ou média complexidade), a norma obriga as unidades de saúde de fornecer ao acompanhante da paciente os equipamentos de proteção individual (EPIs) conforme a necessidade e complexidade de cada atendimento médico-hospitalar.

Para garantir a sua efetividade, nos casos de descumprimento das normas nela definidas, esta Lei responsabiliza solidariamente por danos morais e materiais tanto as unidades de saúde como, também, os seus servidores, empregados ou colaboradores.

Do ponto de vista social o objetivo das normas definidas neste projeto de lei visa proteger a integridade física e moral das mulheres brasileiras quando as mesmas são submetidas aos procedimentos médicos e hospitalares nas unidades de saúde nas redes públicas e particulares de saúde.

É cediço que na prática de diversos procedimentos médicos hospitalares, realizados em diversas unidades de saúde, há por parte de alguns profissionais de saúde condutas inadmissíveis que criam situações de constrangimentos morais, físicos ou sexuais que violam a intimidade das pacientes, sejam por meio de vocabulários inadequados, contatos ou relações físicas abusivas ou, mesmo, várias modalidades de violência sexual.

Ao definir o direito da paciente de indicar uma pessoa de sua confiança como acompanhante, quando da realização desses procedimentos, este projeto de lei pretende garantir maior segurança à integridade física e psicológica da paciente, além de maior fiscalização sobre a conduta do profissional de saúde para que não haja desvio de finalidade na execução dos procedimentos médicos e hospitalares ou prática de conduta delituosa.

Ao apresentar nesta Casa este projeto de lei queremos preservar incólume a integridade física, moral e psicológica das mulheres que, na condição de pacientes, têm que ter resguardada a inviolabilidade de sua saúde corporal e mental de qualquer tipo de lesão, dano, perigo ou sofrimento.



Proteger os direitos fundamentais das pacientes no ambiente onde são desempenhados os diversos procedimentos médicos e hospitalares é mais uma modalidade de exercício da cidadania para resguardar de perigos e danos todas as mulheres, como, também, é o caminho para preservar o reconhecido respeito e boa imagem que a maioria da sociedade tem daqueles abnegados profissionais e estabelecimentos médicos hospitalares que presam suas condutas pela ética, empatia, profissionalismo e boas práticas de governança.

Senhoras e Senhores Deputados, neste sentido peço aos meus Pares o apoio inestimável e decisivo para transformarmos em Lei a presente proposição.

Sala das Sessões, em de de 2022.

Deputado WILSON SANTIAGO

REPUBLICANOS



PROJETO DE LEI N.º 362, DE 2023

(Do Sr. José Nelto)

Assegura o direito de acompanhamento em favor de paciente durante a realização de exames ou procedimentos que utilizem de sedação ou anestesia que induzam a inconsciência do paciente.

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PL-1984/2022.

PROJETO DE LEI Nº , DE 2023
(Do Sr. JOSÉ NELTO)

Assegura o direito de acompanhamento em favor de paciente durante a realização de exames ou procedimentos que utilizem de sedação ou anestesia que induzam a inconsciência do paciente.

O Congresso Nacional decreta:

Art.1º Fica assegurado aos pacientes o direito de terem um acompanhante, à sua livre escolha, durante a realização de exames ou procedimentos que utilizem de sedação ou anestesia que induzam a inconsciência do paciente.

Parágrafo único: O direito disposto no *caput* deste artigo poderá ser exercido sempre considerando as orientações e os procedimentos de saúde recomendáveis pelo respectivo estabelecimento, seja ele público ou privado.

Art. 2º Os estabelecimentos públicos ou privados que forneçam quaisquer exames ou procedimentos que utilizem de sedação ou anestesia, deverão afixar cartaz ou painel digital, de forma visível e de fácil acesso, para informar o direito que se refere esta Lei.

Art. 3º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

O objetivo da presente Lei é garantir especial e necessária proteção o paciente, em especial as mulheres, quando da realização de quaisquer procedimentos ou exames que importem em sua inconsciência.



Não é raro identificar notícias veiculadas nas mídias por conta de abusos ocorridos durante a realização de exames ou procedimentos em que o paciente encontra-se sedado.

Um dos casos mais emblemáticos e atuais trata de médico que foi preso em flagrante por possível estupro de uma paciente durante o parto desta, realizado em hospital do Rio de Janeiro¹.

É cediço que há recomendação do Conselho Federal de Medicina (“CFM”) e também do Conselho Federal de Enfermagem (“Confen”), no sentido de que o profissional de saúde deve se fazer acompanhar por outro profissional, quando em atendimento a paciente que vá ficar sedado. Contudo, entendemos ser algo insuficiente.

De igual maneira, sabemos que, atualmente, alguns procedimentos são filmados, gravados em mídia digital, todavia, nem sempre são entregues ao paciente, de modo que, igualmente, não há segurança no sentido de que eventuais abusos não venham a ocorrer.

Levando em conta esse cenário acima resumido, visando dar maior segurança ao paciente e, até mesmo, ao profissional, apresentamos este projeto que visa assegurar o direito ao paciente para que, à seu exclusivo critério, possa ser acompanhado por pessoa de sua confiança, quando da realização de exame ou procedimento que importem na redução de sua consciência plena.

Dada à relevância temática, submeto esta proposição aos ilustres pares, rogando o imprescindível apoio para sua aprovação.

Sala das Sessões, em de de 2023.

Deputado **JOSÉ NELTO**
(PP/GO)

¹ <https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/medico-e-preso-em-flagrante-por-estuprar-paciente-durante-parto-em-hospital-do-rio/>



PROJETO DE LEI N.º 422, DE 2023

(Da Sra. Laura Carneiro)

Dispõe sobre a violência obstétrica, e sobre o dever dos diversos Poderes dos entes da Federação de promover políticas públicas integradas para a sua prevenção e repressão, alterando a Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006.

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PL-7633/2014.

PROJETO DE LEI Nº , DE 2022
(Da Sra. Deputada Federal LAURA CARNEIRO)

Dispõe sobre a violência obstétrica, e sobre o dever dos diversos Poderes dos entes da Federação de promover políticas públicas integradas para a sua prevenção e repressão, alterando a Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta lei dispõe sobre a violência obstétrica, e sobre o dever dos diversos Poderes dos entes da Federação de promover políticas públicas integradas para a sua prevenção e repressão, alterando a Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006.

Art. 2º O art. 7º da Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006, passa a vigorar acrescido do seguinte inciso:

“VI - a violência obstétrica, entendida como qualquer conduta direcionada à mulher durante o trabalho de parto, parto ou puerpério, que lhe cause dor, dano ou sofrimento desnecessário, praticada sem o seu consentimento ou em desrespeito pela sua autonomia ou, ainda, em desacordo a procedimentos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, constituindo, assim, limitação ao poder de escolha e de decisão da mulher.”

Art. 3º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, em todas as esferas de Poder, empreenderão contínuo diálogo interinstitucional para a consecução de integradas políticas públicas voltadas à prevenção e repressão da violência obstétrica.

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

JUSTIFICAÇÃO



No exercício da competência prevista nos arts. 22, inciso I, 48 e 61, da Constituição, inauguro o processo legislativo, para o aprimoramento do ordenamento jurídico.

Conquanto reconheça que a Lei Maria da Penha já representa significativo avanço na marcha civilizatória pátria, entendo que, ainda, há espaço para aprimoramento.

Desta maneira, proponho que seja positivado o conceito de violência obstétrica, a fim de bem parametrizar a atuação das diversas esferas estatais, inclusive a concernente à jurisdição criminal, que poderá dela se servir para a dosimetria da pena.

Bem ilustra a necessidade nomogênica:

A gestante entra na maternidade. Até sair com o bebê no colo, ouve piadinhas sobre a demora para conseguir parir; recebe medicações para acelerar as contrações, sente a pressão das mãos que apertam a sua barriga para forçar a expulsão e a dor de ser cortada entre o ânus e a vagina e depois ser costurada com o tal “ponto do marido”. A experiência ainda é rotineira na atenção ao parto no país, mas há muito não se deve considerá-la normal. Existe um termo para qualificá-la: violência obstétrica.

“Já se falava em maus tratos, abuso. Mas quando você define como violência, há um estranhamento entre os profissionais de saúde. ‘Como assim o que eu estou fazendo é uma violência?’, se questionam”, observa Larissa Velasquez de Souza, que investigou a trajetória histórica do termo no Brasil em tese defendida recentemente no Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde na Casa de Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz).

Para construir essa perspectiva histórica, Larissa lançou mão de referenciais teóricos, fez entrevistas com profissionais da área, analisou legislações. A partir daí, aprofundou as discussões em torno do termo, que nomeia como violência obstétrica atos que provoquem danos físicos e ou psicológicos à mulher, praticados por profissional da saúde ou de outras áreas, mas que atuem indiretamente nessa assistência, assim como atos que firam os princípios de autonomia e liberdade de escolha sobre procedimentos a serem realizados no corpo da mulher e aos direitos garantidos, como acesso à informação e assistência baseada em evidência.



Entre as práticas violentas, há condutas fáceis de identificar, como xingamentos ou agressões físicas. Mas não somente. Técnicas médicas adotadas rotineiramente sem sustentação científica também entram no rol, como a episiotomia, realizada com base na crença de que facilitaria o nascimento e preservaria a integridade genital da mulher, e a manobra de Kristeller, quando mãos, braços, cotovelos são usados para pressionar a barriga da gestante, forçando a saída do bebê.

Os custos de tais condutas podem ser altos, pois há risco de infecções, deslocamento de placenta, mutilação genital, traumas encefálicos. No Brasil, estudo da Fundação Perseu Abramo, de 2010, revelou que uma em cada quatro mulheres sofre algum tipo de violência na assistência ao parto. Gritos, procedimentos sem autorização ou informação, falta de analgesia e negligência figuram como os mais frequentes.

Movimentos de mulheres puxaram discussões para revisão de práticas

Para compreender a violência obstétrica como um problema estrutural e que se configura como uma questão de saúde pública, Larissa recuperou pontos sobre a historicidade da concepção sobre violência em seus aspectos culturais e econômicos. Ela voltou à década de 1980, quando os debates sobre violência contra a mulher começaram a questionar práticas tradicionais de assistência ao nascimento que feriam os direitos humanos das mulheres, já garantidos em lei. Denúncias sobre fatos na cena do parto lançaram mais luz sobre o problema. Mas como procedimentos tão usuais e ensinados como adequados passam a ser considerados violência? Em que contexto eles violam a mulher?

As respostas começaram a surgir quando movimentos de mulheres passam a discutir autonomia, corpo feminino, direitos sexuais e reprodutivos, individualidade, ciência feminista e Medicina Baseada em Evidências. “Os casos de abusos e maus tratos físicos e psicológicos refletiam questões de gênero engendradas pela cultura sexista e repercutiam o resultado de uma estrutura de sistema de saúde inserido em um contexto capitalista e industrial”, escreve Larissa.

Desde 1996, a Organização Mundial da Saúde (OMS) restringe o uso de determinadas práticas durante o parto a situações específicas. No Brasil, após rever condutas na assistência ao nascimento, o Ministério da Saúde lançou, em 2001, publicação na qual define que a episiotomia de rotina e a manobra de Kristeller, entre outras, são procedimentos “claramente prejudiciais ou ineficazes” e devem ser eliminados. Ainda assim, até hoje ainda são adotadas no país. Pesquisa coordenada pela Fiocruz, a Nascer no Brasil, revelou que



53,5% das mulheres entrevistadas que passaram pelo parto normal sofreram corte no períneo.

Alto número de cesáreas e de mortalidade materna acenderam alerta

A incorporação do termo violência obstétrica no Brasil foi inspirada na legislação de países latino-americanos e se deu no início do século 21, diante do uso indiscriminado de práticas sem embasamento científico, desaconselhadas pela OMS, e do alto número de cesáreas realizadas no país, que detém a vice-liderança mundial de partos cirúrgicos, atrás apenas da República Dominicana, segundo estudo publicado na The Lancet.

Considerada, também, um tipo de violência institucional e violência contra a mulher, já estabelecido em tratados nacionais, a violência obstétrica não possui tipificação em lei a nível federal no país. Despacho de 2019 do Ministério da Saúde considera o termo inadequado, pois os atos não seriam cometidos com a intenção de prejudicar ou causar dano.

(...)

Segundo a médica Carmen Diniz, professora da Universidade de São Paulo (USP) e referência em estudos sobre violência obstétrica, muitas mulheres deixam de fazer o parto normal e optam pela cesárea para fugir da episiotomia rotineira. Ela foi uma das profissionais entrevistadas por Larissa durante a elaboração da tese. Em artigo sobre o tema, escrito com Alessandra Chacham, Diniz discorre sobre a difícil “decisão” da mulher entre o “corte por cima” (cesárea) ou “o corte por baixo” (episiotomia) e apresenta o argumento de grupos de usuárias organizadas que “acreditam que para tornar o abuso de cesáreas aceitável, é fundamental manter o parto vaginal o mais doloroso e danoso possível, se preciso negando as evidências científicas às quais a prática médica supostamente deveria aderir”.

(...)

Larissa finaliza destacando que a violência obstétrica reflete problemas estruturais, que são reproduzidos na área médica, como o preconceito de gênero, o racismo e a desigualdade social. “É uma questão multifatorial, que precisa ser enfrentada”, diz, considerando que o conhecimento da trajetória histórica do termo pode ajudar no aprofundamento das discussões sobre o tema e na própria mudança de condutas.

“Antigamente, na escola, as crianças ‘aprendiam’ com palmatória, mas isso mudou. São processos históricos, resultado das interações entre as pessoas, entre as culturas. A



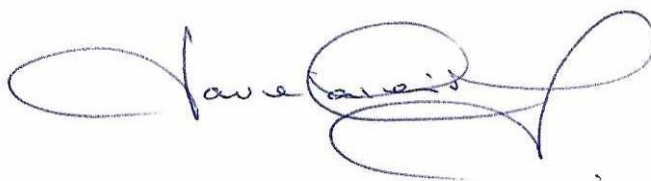
ciência está num contexto e não isolada no planeta. Por isso, sofre influência da sociedade, da economia, é impactada pelo racismo, o machismo. Quando se compreende isso, se entende como ela pode ser afetada pelas mudanças nos processos sociais”, conclui. (<https://portal.fiocruz.br/noticia/tese-faz-analise-historica-da-violencia-obstetrica-no-brasil>, consulta em 03/09/2022).

Para além da colmatção da Lei nº 11.340, de 2006, enuncia-se, expressamente, a necessidade diálogo interinstitucional de todas as pessoas jurídicas de Direito Público, em todas as esferas de Poder, para que sejam encetadas políticas públicas integradas concernentes à prevenção e repressão da violência obstétrica.

A imprescindibilidade do diálogo interinstitucional vem sendo assinalada pela jurisprudência dos Tribunais Superiores: STF, ADPF 742 ED/DF, Rel. Min. EDSON FACHIN, PROCESSO ELETRÔNICO DJe-054 DIVULG 19/03/2021 PUBLIC 22/03/2021; STJ, EREsp n. 1.886.929/SP, relator Ministro Luis Felipe Salomão, Segunda Seção, julgado em 8/6/2022, DJe de 3/8/2022.

Ante o exposto, pede-se apoio dos Nobres Pares para a aprovação deste Projeto de Lei.

Sala das Sessões, em 09 de fevereiro de 2023.



Deputada Federal LAURA CARNEIRO
(PSD/RJ)



LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA

Coordenação de Organização da Informação Legislativa - CELEG

Serviço de Tratamento da Informação Legislativa - SETIL

Seção de Legislação Citada - SELEC

LEGISLAÇÃO	ENDEREÇO ELETRÔNICO
LEI Nº 11.340, DE 7 DE AGOSTO DE 2006	https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:2006-08-07;11340

PROJETO DE LEI N.º 591, DE 2023

(Da Sra. Juliana Cardoso)

“Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir a implantação e ampliação em todo território nacional do programa Centro de Parto Normal -Casa de Parto, para o atendimento à mulher no período gravídico-puerperal, e dá outras providências, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.”

DESPACHO:

APENSE-SE À(AO) PL-4126/2015.

PROJETO DE LEI Nº ,de 2023.**(Da Sra. Deputada Juliana Cardoso)**

“Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir a implantação e ampliação em todo território nacional do programa Centro de Parto Normal -Casa de Parto, para o atendimento à mulher no período gravídico-puerperal, e dá outras providências, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.”

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 para incluir as diretrizes para garantir a implantação e ampliação em todo território nacional o programa Centro de Parto Normal -Casa de Parto, para o atendimento à mulher no período gravídico-puerperal, e dá outras providências, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Parágrafo único: cada município deverá contar no mínimo com 1 (um) Centro de Parto Normal -Casa de Parto.

Art. 2º. Para os fins no disposto na presente lei, define-se como Centro de Parto Normal - Casa de Parto a unidade de saúde que presta atendimento humanizado e de qualidade exclusivamente ao parto normal sem distorções.

§ 1º. O Centro de Parto Normal - Casa de Parto poderá atuar física e funcionalmente integrado a um estabelecimento assistencial de saúde unidade intrahospitalar ou como estabelecimento autônomo unidade isolada.

§ 2º. Este programa será inserido no atendimento do Sistema das Redes Municipais, o qual promoverá recursos materiais e humanos compatíveis para prestar assistência, conforme disposto na normatização federal sobre o tema.

Art. 3º O Programa de Parto Normal - Casa de Parto consiste na observância das seguintes diretrizes:

I - desenvolver atividades educativas e de humanização, visando à preparação das gestantes para o plano de parto nos Centro de Parto Normal - Casa de Parto e da amamentação do recém-nascido - RN;

II - acolher as gestantes e avaliar as condições de saúde materna;

III - permitir a presença de acompanhante;



IV - avaliar a vitalidade fetal pela realização de partograma e de exames complementares;

V - garantir a assistência ao parto normal, respeitando a individualidade da parturiente;

VI - garantir a assistência ao RN normal;

VII - garantir a assistência imediata ao RN em situações eventuais de risco, devendo para tal, dispor de profissionais capacitados para prestar manobras básicas de ressuscitação, segundo protocolos clínicos estabelecidos pela Associação Brasileira de Pediatria;

VIII- garantir a imediata remoção da gestante, nos casos eventuais de risco ou intercorrências do parto, em unidades de transporte adequadas.

IX- garantir a imediata remoção dos Recém Nascidos de risco para serviços de referência, em unidades de transporte adequadas.

X- acompanhar e monitorar o puerpério, por um período mínimo de 10 dias (puerpério mediato);

XI- desenvolver ações conjuntas com as Unidades de Saúde de referência e com o programa de Saúde da Família.

Art. 4º Caberá as Secretarias de Saúde de cada Município garantir a implantação de Centros de Parto Normal – Casa de Parto inseridos nos sistemas municipal de saúde e de acordo com as prioridades de organização da assistência à gestação e ao parto, no âmbito do SUS.

Parágrafo único: As Secretarias de Saúde de cada Município deverão estabelecer rotinas de acompanhamento, supervisão e controle que garantam o cumprimento dos objetivos deste programa, em promover a humanização e a qualidade do atendimento à mulher na assistência ao parto.

Art. 5º As características físicas, equipamentos e recursos humanos do Centro de Parto Normal – Casa de Parto deverão obedecer à legislação federal sobre o tema.

Art. 6º - Esta lei Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

JUSTIFICAÇÃO

Com efeito, o artigo 30 da Carta Magna permite a edição de leis sempre que a questão social envolva, também, algum interesse local, como é o caso em comento, que trata de tema ligado à proteção e defesa da saúde, entretanto os dados atuais mostram que os números de Centro de Parto Normal- Casa de Parto no território Nacional é ínfimo diante do numero de nascimentos.

* C D 2 3 0 6 2 1 4 1 7 8 0 0 *



O Brasil realiza quase 4 (quatro) vezes mais cesáreas do que os 15% considerados aceitáveis pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Por outro lado, faltam casas de parto normal no Sistema Único de Saúde (SUS). Em todo o território nacional, **existem apenas 18 delas** em funcionamento- O dado é do Cadastro Nacional de Estabelecimentos da Saúde (CNES).

Instituídas legalmente no Brasil em 1999 (portaria nº 985), as casas de parto são um refúgio para mulheres que procuram parir com acolhimento sem abrir mão da segurança. Oficialmente chamadas de Centros de Parto Normal (CPN) perihospitalares, são unidades de saúde abertas 24 horas e que acompanham a gestante do pré-natal ao pós-nascimento. Também precisam estar distantes a no máximo 20 minutos de um hospital de referência e ter uma ambulância disponível o tempo todo para o caso de ser necessário o socorro médico.

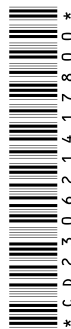
Vale dizer, ademais, que a matéria atinente à proteção e defesa da saúde é de competência legislativa concorrente da União, dos Estados, do Distrito Federal e também dos Municípios, estes para "suplementar a legislação federal e estadual no que couber", dentro dos limites do predominante interesse local (artigos 24, XII, e 30, 11, Constituição Federal).

Então, por que há tão poucas casas de parto no Brasil? Uma conclusão não totalmente óbvia: esse descaso demonstra que a política pública brasileira para maternidade se coloca não apenas a favor de procedimentos invasivos como contra a autonomia da mulher.

Segundo Juliana do Carmo, enfermeira obstétrica e presidenta da Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiros Obstetras (Abenfo MG) a briga por mercado de trabalho entre médicos e enfermeiros inibe a instalação desses serviços. Isso por que não é necessário ter um médico nas casas de parto. Por serem destinadas a mulheres que no pré-natal demonstraram elegíveis ao parto normal ou natural, o nascimento pode ser realizado sob a supervisão de um profissional da Enfermagem, um assistente e uma doula.

Embora a liberdade e os protocolos mais flexíveis estejam entre as principais vantagens de uma casa de parto, esses locais precisam seguir regras para continuar funcionando e atendendo com segurança. "Alguns protocolos são mantido e de forma bem rígidas, como a ausculta fetal, por exemplo [avaliação frequente dos batimentos cardíacos do bebê durante o trabalho de parto]. Na maioria das vezes se consegue conciliar tudo isso com a autonomia e as preferências da mulher, como a escolha da posição que for mais confortável para a avaliação, que pode ser feita até dentro da banheira.

As casas devem atender ainda a uma série de normativas da Vigilância Sanitária – que varia de acordo com o estado –, ter alvará de funcionamento e apresentar protocolos bem definidos de atendimento às autoridades públicas de saúde [como a Anvisa, o Conselho de Enfermagem, a Secretaria Municipal de Saúde e o



Ministério da Saúde]. Os estabelecimentos também contam com estrutura e equipamentos para os primeiros cuidados com a mãe e o bebê, em caso de emergência. “Temos um espaço familiar, aconchegante, mas com todas as medicações e equipamentos necessários para dar os primeiros passos no atendimento de uma emergência”

Esses estabelecimentos atendem mulheres com gravidez de risco habitual e, portanto, mãe e bebê precisam estar com exames em dia e marcadores, como tamanho da criança, quantidade de líquido amniótico e pressão arterial, saudáveis.

Por isso, o nascimento não pode ocorrer numa casa de parto quando: A mãe tem qualquer doença que aumente o risco do parto, como hipertensão, anemia, diabetes, doenças autoimunes ou cardiopatias; ou o bebê tem baixo peso ou crescimento restrito, alterações de Placenta e líquido amniótico devem ser considerados normais; tampouco se o parto acontece fora do tempo, prematuro, antes de 37 semanas, ou depois de 42 semanas. Fonte: <https://www.uol.com.br/universa/colunas/mulherias/2021/01/15/por-que-ha- apenas-18-casas-de-parto-no-sus-doulas-explicam-o-motivo.htm?cmpid=copiaecola>.

Como visto até aqui, as vantagens para as mulheres e para os bebês são inúmeras quando o parto é realizado em uma casa de parto e não no hospital, que por sua vez teriam mais vagas para conseguirem dar um atendimento mais assertivo e rápido nos casos de alto risco que necessitem hospitalização.

Diante do exposto, e considerando relevância da presente proposta, contamos com o apoio das deputadas e deputados para a aprovação deste Projeto de Lei.

Sala das sessões, 17 de fevereiro de 2023.

JULIANA CARDOSO

Deputada Federal PT/SP



LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA

Coordenação de Organização da Informação Legislativa - CELEG

Serviço de Tratamento da Informação Legislativa - SETIL

Seção de Legislação Citada - SELEC

LEGISLAÇÃO	ENDEREÇO ELETRÔNICO
LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990	https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:1990-09-19:8080

PROJETO DE LEI N.º 935, DE 2023

(Do Sr. Ruy Carneiro)

Garante o direito a acompanhante no pós-operatório aos pacientes submetidos a mastectomia, na rede pública ou privada de saúde.

DESPACHO:

APENSE-SE À(AO) PL-1984/2022.

PROJETO DE LEI Nº _____ de 2023
(Do Senhor Ruy Carneiro)

**Garante o direito a acompanhante no
pós-operatório aos pacientes submetidos
a mastectomia, na rede pública ou
privada de saúde.**

Apresentação: 07/03/2023 16:47:57.530 - MESA

PL n.935/2023

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Fica assegurado aos pacientes submetidos a mastectomia, em todos os hospitais ou estabelecimentos de atendimento à saúde da rede pública ou privada do território nacional, o direito a acompanhante durante todo o período de internação no pós-operatório.

§ 1º O hospital ou estabelecimento de saúde deve proporcionar ao menos 1 cadeira para o acompanhante, bem como, duas refeições por dia, preservando a dignidade da pessoa humana.

Art. 2º O descumprimento da presente Lei acarreta:

I – quando praticada por funcionário público, as penalidades previstas na Lei Complementar nº 840, de 23 de dezembro de 2011;

II – quando praticada por funcionários de hospitais ou estabelecimentos de saúde privados, a cassação da inscrição estadual do estabelecimento e multa correspondente ao valor de 15 salários-mínimos.

Art. 3º Esta Lei entra em vigor 60 dias após a data de sua publicação.



JUSTIFICAÇÃO

O câncer de mama é um problema relevante para a saúde pública, podendo acometer mulheres e, em raros casos, homens. Segundo o Instituto Nacional de Câncer, vinculado ao Ministério da Saúde da União, foram estimados 66.280 casos novos de câncer de mama em 2021, com um risco estimado de 61,61 casos a cada 100 mil mulheres, e ocupa o posto de maior mortalidade entre os tipos de câncer no Brasil.

Considerando que a mastectomia é um dos tratamentos mais indicados, valendo-se de 43% de todos os procedimentos feitos na tentativa de cura contra o câncer mamário.

Por se tratar de um momento de abalo físico e psicológico, justifica-se a necessidade de acompanhamento para esse tenebroso período.

Ao acompanhante, deve-se oferecer condições dignas enquanto acompanha a internação e o pós-operatório.

Sala das Sessões, de de 2023

Deputado RUY CARNEIRO - PB



PROJETO DE LEI N.º 989, DE 2023

(Do Sr. Juninho do Pneu)

Dispõe sobre as diretrizes para prevenir e combater a violência obstétrica.

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PL-878/2019.



PROJETO DE LEI Nº , DE 2023

(Do Sr. Juninho do Pneu)

Dispõe sobre as diretrizes para prevenir e combater a violência obstétrica.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º. Esta lei tem como objetivo estabelecer diretrizes para prevenir e combater a violência obstétrica no país, com o objetivo de garantir que todas as mulheres tenham direito a um parto digno e gestação respeitosa.

Art. 2º. Para os fins desta Lei, considera-se:

a) Violência obstétrica: qualquer ato praticado por profissional de saúde que cause constrangimento, dor, sofrimento físico ou psicológico à mulher no momento do parto ou do pré-natal, incluindo a recusa de atendimento, a realização de procedimentos desnecessários, o uso excessivo de medicamentos, a não informação sobre os procedimentos realizados, entre outros.

b) Profissional de saúde: toda pessoa que trabalha na área da saúde, incluindo médicos, enfermeiros, obstetrizes, doulas, entre outros.

Art. 3º. O direito das mulheres durante o pré-natal e o parto está fundamentado nos seguintes princípios:

a) Toda mulher tem o direito de ser informada sobre os procedimentos que serão realizados durante o pré-natal e o parto, incluindo seus riscos e benefícios.

b) Toda mulher tem o direito de escolher a forma como será assistida durante o parto, incluindo a presença de acompanhante de sua escolha.

c) Toda mulher tem o direito de receber atendimento digno e respeitoso durante o pré-natal e o parto, sem qualquer forma de discriminação.

Art. 4º O deveres dos profissionais de saúde durante o pré-natal e o parto deve seguir as seguintes orientações:

a) É dever dos profissionais de saúde informar a mulher sobre os procedimentos que serão realizados durante o pré-natal e o parto, incluindo seus riscos e benefícios.





b) É dever dos profissionais de saúde respeitar a escolha da mulher sobre a forma como será assistida durante o parto, incluindo a presença de acompanhante de sua escolha.

c) É dever dos profissionais de saúde prestar atendimento digno e respeitoso durante o pré-natal e o parto, sem qualquer forma de discriminação.

d) É dever dos profissionais de saúde garantir que os procedimentos realizados durante o pré-natal e o parto sejam necessários e adequados, evitando práticas invasivas ou desnecessárias.

Art. 5º. Disposições finais

a) Qualquer profissional de saúde que violar esta lei estará sujeito a penalidades, que podem incluir advertência, multa, suspensão do exercício profissional ou cassação do registro profissional.

b) As penalidades serão aplicadas pelo Conselho Regional de Medicina ou pelo Conselho Regional de Enfermagem, conforme a profissão do profissional de saúde.

c) As obrigações previstas nesta Lei não excluem outras decorrentes dos princípios por ela adotados e das leis criminais devidamente impostas.

Art. 6º. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Este projeto de lei tem como objetivo garantir que todas as mulheres tenham direito a um parto digno e gestação respeitosa, sem sofrer violência obstétrica por parte dos profissionais de saúde que as atendem. A implementação dessa lei será essencial para proteger as mulheres e seus filhos durante o processo de nascimento e melhorar a qualidade da assistência obstétrica no país.

A violência obstétrica é um problema grave e recorrente em muitos países, incluindo o Brasil. Mulheres que passam por esse tipo de violência são submetidas a práticas abusivas e desumanas durante o processo de parto, o que pode gerar traumas físicos e psicológicos para elas e seus bebês. Essas práticas incluem, entre outras coisas, a recusa de atendimento, a realização de procedimentos desnecessários, a não informação sobre os procedimentos realizados e a falta de respeito e dignidade no atendimento.





CÂMARA DOS DEPUTADOS
Gabinete do Deputado Juninho do Pneu - UNIÃO/RJ

Apresentação: 08/03/2023 13:20:46.587 - MESA

PL n.989/2023

Este projeto de lei se justifica pela necessidade de proteger as mulheres e seus bebês contra a violência obstétrica e garantir que todos os profissionais de saúde que prestam assistência obstétrica respeitem os direitos das mulheres durante o pré-natal e o parto. A lei estabelece diretrizes claras e específicas para a prevenção e combate à violência obstétrica, definindo os direitos das mulheres e os deveres dos profissionais de saúde que prestam assistência obstétrica.

Essa lei é fundamental para garantir que as mulheres tenham acesso a um parto digno e respeitoso, que respeite sua autonomia, suas escolhas e seus direitos. Além disso, a implementação dessa lei será um passo importante para melhorar a qualidade da assistência obstétrica no país e reduzir as taxas de mortalidade materna e infantil, que ainda são alarmantes em muitas regiões do Brasil.

Portanto, este projeto de lei é uma medida necessária e urgente para proteger os direitos das mulheres durante o pré-natal e o parto e garantir que todas as mulheres tenham acesso a uma assistência obstétrica de qualidade, respeitosa e digna.

Pelo exposto, com a certeza de estarmos contribuindo para proteção das mulheres no Brasil, contamos com o apoio dos nobres Parlamentares para a aprovação desta proposição.

Sala das Sessões, em de de 2023.

Deputado Federal Juninho do Pneu
UNIÃO/RJ



exEdit

PROJETO DE LEI N.º 1.056, DE 2023

(Do Sr. Fábio Macedo)

Altera a Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006, para incluir a violência obstétrica como forma de violência doméstica e familiar, e garantir a assistência à saúde mental da mulher vítima desse tipo de violência.

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PL-422/2023.

PROJETO DE LEI Nº , DE 2023
(Do Sr. Fabio Macedo)

Altera a Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006, para incluir a violência obstétrica como forma de violência doméstica e familiar, e garantir a assistência à saúde mental da mulher vítima desse tipo de violência.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º A O art. 7º da Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006, passa a vigorar acrescido do seguinte inciso:

“Art. 7º

.....

VI - a violência obstétrica, entendida como qualquer conduta que configure o abuso, a negligência ou a falta de atenção que acontece durante o cuidado pré-natal, o parto e o pós-parto, incluindo ações físicas, emocionais ou verbalmente abusivas, bem como aquelas que não respeitam o direito das mulheres à informação, ao consentimento informado, à privacidade e à dignidade.”

Art. 2º O §4º do artigo 9º da Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006, passa a vigorar com a seguinte redação:

§ 4º Aquele que, por ação ou omissão, causar lesão, violência física, sexual ou psicológica, dano moral ou patrimonial e violência obstétrica à mulher fica obrigado a ressarcir todos os danos causados, inclusive ressarcir ao Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com a tabela SUS, os custos relativos aos serviços de saúde prestados para o total tratamento das vítimas em situação de violência doméstica e familiar, recolhidos os recursos assim arrecadados ao Fundo de Saúde do ente federado responsável pelas unidades de saúde que prestarem os serviços. (NR)

Art. 3º Fica assegurada a assistência à saúde mental e emocional da mulher, que compreende o apoio psicológico, terapia, tratamento de transtornos de



ansiedade e depressão, bem como uma abordagem holística e multidisciplinar com o intuito de ajudar a superar o trauma e prevenir problemas de saúde mental a longo prazo.

Art. 4º A assistência à mulher em situação de violência obstétrica, conforme estabelece o caput, será prestada de forma articulada e conforme os princípios e as diretrizes previstos na Lei Orgânica da Assistência Social, no Sistema Único de Saúde, no Sistema Único de Segurança Pública.

Art. 5º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

O objetivo deste projeto de lei é incluir a violência obstétrica como uma forma de violência doméstica e familiar na Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006, também conhecida como Lei Maria da Penha, e garantir assistência adequada à mulher vítima deste tipo de violência.

A violência obstétrica é definida como qualquer conduta abusiva, seja ela física, verbal ou psicológica, praticada por profissionais de saúde durante o pré-natal, parto, pós-parto e aborto, que cause danos físicos e emocionais à mulher. Infelizmente, essa prática ainda é comum em muitos países e pode levar a complicações graves, como depressão pós-parto, traumas psicológicos e até mesmo morte materna.

Assim, este projeto de lei visa proteger as mulheres contra esse tipo de violência, tornando-a uma forma de violência doméstica e familiar, garantindo-lhes assistência adequada e especializada no Sistema Único de Saúde. Isso inclui, além de outros direitos, o acesso a serviços de saúde que respeitem a autonomia da mulher, o direito de escolha e o respeito à sua dignidade.

Ademais, é importante lembrar que a violência obstétrica é uma violação dos direitos humanos e uma forma de discriminação de gênero, que afeta principalmente as mulheres mais vulneráveis, como aquelas de baixa renda, com menor escolaridade ou pertencentes a grupos étnicos marginalizados. Portanto, é fundamental que medidas como essa sejam tomadas para coibir essa prática e garantir a saúde e a segurança das mulheres em todas as fases da gestação, do parto e pós-parto.

Por fim, com essa medida, esperamos que a Lei Maria da Penha possa ser mais efetiva na proteção das mulheres contra todas as formas de violência doméstica e familiar, incluindo a violência obstétrica, e que as mulheres possam



ter uma assistência digna e respeitosa durante todo o processo de gestação, parto e pós-parto.

Pedimos, então, que os ilustres Parlamentares votem pela sua aprovação.

Sala das Sessões, 09 de março de 2023

Deputado Fabio Macedo
(Podemos/MA)



LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA

Coordenação de Organização da Informação Legislativa - CELEG

Serviço de Tratamento da Informação Legislativa - SETIL

Seção de Legislação Citada - SELEC

LEGISLAÇÃO	ENDEREÇO ELETRÔNICO
LEI Nº 11.340, DE 7 DE AGOSTO DE 2006 Art. 7º, 9º	https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:2006-08-07;11340

PROJETO DE LEI N.º 1.161, DE 2023

(Da Sra. Juliana Cardoso)

Altera 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”, para permitir que a pessoa gestante ou parturiente seja acompanhada por doula.

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



CÂMARA DOS DEPUTADOS
Gabinete da Deputada Federal Juliana Cardoso

PROJETO DE LEI Nº , DE 2023

(Da Sra. JULIANA CARDOSO)

Apresentação: 15/03/2023 12:14:36.860 - MES:

PL 1161/2023

Altera 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”, para permitir que a pessoa gestante ou parturiente seja acompanhada por doula.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O Capítulo VII do Título II da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar com as seguintes alterações:

CAPÍTULO VII

**DO SUBSISTEMA DE ACOMPANHAMENTO À GESTANTE E À
PARTURIENTE**

.....
Art. 19-K Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), da rede própria ou conveniada, ficam obrigados:

I - a permitir a presença de uma doula junto à pessoa gestante ou parturiente, sempre que por esta solicitado e sem prejuízo do disposto no art. 19-J, durante consultas e exames pré-natais, todo o trabalho de parto, o parto e o pós-parto imediato;

II – a manter, em local visível de suas dependências, aviso informando sobre o direito estabelecido no inciso I.





CÂMARA DOS DEPUTADOS

Gabinete da Deputada Federal Juliana Cardoso

§ 1º A doula será indicada pela própria pessoa gestante ou parturiente.

§ 2º É facultado à doula ingressar nos ambientes de trabalho de parto, parto e pós-parto com seus instrumentos de trabalho, sendo-lhe vedado, ainda que possua formação na área de saúde, realizar diagnósticos médicos e outros procedimentos privativos de profissionais de saúde.

Art. 2º O descumprimento do disposto no art. 19-K da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, configura infração sanitária, sujeitando os responsáveis às penalidades previstas na [Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977](#), sem prejuízo de outras sanções cabíveis, de natureza administrativa, civil ou penal.

Art. 3º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

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”, representou um grande passo no sentido da humanização do parto. Entrementes, faz-se necessário avançar ainda mais, assegurando à mulher o direito a ser acompanhada e assistida por uma doula durante consultas e exames pré-natais, o trabalho de parto, o parto e o pós-parto imediato, sem prejuízo do direito a acompanhante instituído pelo diploma legal há pouco citado.

A doula é uma profissional que acompanha, apoia, encoraja, oferece conforto e suporte emocional à pessoa gestante durante toda a gestação, o parto e o período pós-parto. Sua intervenção tende a reduzir o tempo de internação, as complicações maternas e infantis antes, durante e após o parto e o número de cirurgias





CÂMARA DOS DEPUTADOS

Gabinete da Deputada Federal Juliana Cardoso

cesareanas, reduzindo os custos suportados pelo Sistema Único de Saúde e permitindo, por conseguinte, o redirecionamento de recursos para áreas mais carentes.

Diante do exposto, e considerando relevância da presente proposta, contamos com o apoio das deputadas e deputados para a aprovação deste projeto de lei.

Sala das sessões, 15 de março de 2023.

JULIANA CARDOSO

Deputada Federal PT/SP



LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA

Coordenação de Organização da Informação Legislativa - CELEG

Serviço de Tratamento da Informação Legislativa - SETIL

Seção de Legislação Citada - SELEC

**CÂMARA DOS DEPUTADOS**

CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO – CEDI

Coordenação de Organização da Informação Legislativa – CELEG

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990 Art. 19	https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:199009-19;8080
LEI Nº 6.437, DE 20 DE AGOSTO DE 1977	https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:197708-20;6437

FIM DO DOCUMENTO