



PROJETO DE LEI Nº , DE 2026
(Do Sr. RICARDO AYRES)

Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para instituir, nos estabelecimentos de saúde públicos e privados que prestam assistência ao parto, a obrigatoriedade de reavaliação da via de parto diante da ausência de progressão do trabalho de parto ou de sinais de risco materno-fetal, com adoção da conduta clinicamente indicada de forma imediata, nos casos de risco materno-fetal agudo, ou tão logo caracterizada a parada de progressão, nos casos de ausência de progressão do trabalho de parto.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei institui, nos estabelecimentos de saúde públicos e privados que prestam assistência ao parto, a obrigatoriedade de reavaliação da via de parto diante da ausência de progressão do trabalho de parto ou de sinais de risco materno-fetal, com adoção da conduta clinicamente indicada de forma imediata, nos casos de risco materno-fetal agudo, ou tão logo caracterizada a parada de progressão, nos casos de ausência de progressão do trabalho de parto, com vistas a reduzir os riscos à vida e à saúde da gestante e do nascituro decorrentes do prolongamento injustificado da assistência obstétrica.

Art. 2º A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar acrescida do seguinte art. 19-K:

“Art. 19-K. É obrigatória, nos estabelecimentos de saúde públicos ou privados que prestem assistência ao parto, a reavaliação da via de parto sempre que verificada a ausência de progressão do trabalho de parto ou a ocorrência de sinais de risco materno-fetal, cabendo à equipe de saúde adotar a





conduta clinicamente indicada, observados os protocolos e diretrizes assistenciais vigentes, de forma imediata nos casos de risco materno-fetal agudo e, nos casos de ausência de progressão do trabalho de parto, tão logo caracterizada, segundo critérios técnicos reconhecidos, a parada de progressão, inclusive a realização de cesariana, quando esta for a conduta indicada.

§ 1º A reavaliação de que trata o caput compete ao médico responsável pela condução do parto, deve ser fundamentada em critérios clínicos objetivos e registrada no prontuário da paciente, com identificação nominal e número de registro no conselho profissional competente do médico responsável, indicação expressa dos achados que a motivaram, do horário em que realizada e da conduta adotada.

§ 1º-A Durante o trabalho de parto, a equipe de saúde deve registrar no sistema de prontuário eletrônico, a intervalos não superiores a 30 (trinta) minutos, os parâmetros vitais maternos e fetais e a evolução da progressão do parto, de modo a viabilizar a identificação tempestiva de sinais de risco materno-fetal e da parada de progressão de que trata o caput.

§ 2º O registro de que trata o § 1º deste artigo constitui documento hábil para fins de apuração de responsabilidade civil, administrativa, ético-profissional e, quando cabível, penal, em caso de dano à gestante ou ao nascituro decorrente da inobservância do disposto neste artigo, sem prejuízo das demais normas aplicáveis.

§ 3º A ausência de progressão do trabalho de parto e os sinais de risco materno-fetal serão aferidos segundo os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas do órgão competente do Poder Executivo federal ou, na sua falta, segundo os protocolos assistenciais adotados pela instituição de saúde, observadas as melhores práticas da obstetrícia baseada em evidências.

§ 4º O disposto neste artigo não afasta o direito da gestante à informação, à participação nas decisões sobre a condução do parto e ao consentimento livre e esclarecido, nos termos da legislação aplicável, ressalvadas as hipóteses de urgência ou emergência em que a manifestação de vontade da paciente não possa ser colhida em tempo hábil sem risco à vida.

§ 5º A instituição de saúde deve assegurar, a qualquer momento do trabalho de parto, condições técnicas e de infraestrutura para a realização imediata de cesariana, quando clinicamente indicada, inclusive mediante mecanismos de





referência e contrarreferência, quando o estabelecimento não dispuser de capacidade cirúrgica própria.” (NR)

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

JUSTIFICAÇÃO

A presente proposição tem por objetivo instituir, nos estabelecimentos de saúde públicos e privados que prestam assistência ao parto, a obrigatoriedade de reavaliação da via de parto diante da ausência de progressão do trabalho de parto ou de sinais de risco materno-fetal, com adoção da conduta clinicamente indicada de forma imediata, nos casos de risco materno-fetal agudo, ou tão logo caracterizada a parada de progressão, nos casos de ausência de progressão do trabalho de parto, de modo a reduzir os riscos à vida e à saúde da gestante e do nascituro decorrentes do prolongamento injustificado da assistência obstétrica.

A iniciativa decorre de casos, amplamente noticiados, de óbito materno associados à manutenção da expectativa de parto vaginal mesmo diante de sinais objetivos de risco ou de estagnação do trabalho de parto, sem a tempestiva indicação da conduta clinicamente adequada, inclusive a realização de cesariana, quando esta se revelava necessária à preservação da vida da gestante e do nascituro.

Segundo o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/Datasus), o Brasil registrou 1.347 óbitos maternos em 2024, o que corresponde a uma razão de mortalidade materna de 56,4 mortes por 100 mil nascidos vivos – patamar ainda distante da meta de 30 mortes por 100 mil nascidos vivos até 2030. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) estima que nove em cada dez dessas mortes sejam evitáveis, e as síndromes hipertensivas, as hemorragias, as infecções puerperais e as complicações de aborto respondem, juntas, por 66% dos óbitos maternos no País. Parcela relevante desses óbitos evitáveis está associada não à ausência de recursos técnicos, mas ao atraso na tomada de decisão clínica diante de sinais de alerta já identificáveis durante o trabalho de parto.

Câmara dos Deputados | Anexo III – Gabinete 270 | CEP: 70160-900 – Brasília/DF
Tel (61) 3215-5270 | dep.ricardoayres@camara.leg.br





Cumprе destacar que a presente proposição não se confunde com as iniciativas legislativas voltadas a estimular o parto vaginal e a reduzir a realização de cesarianas desnecessárias, tampouco com elas conflita. Ao contrário: ao condicionar a indicação de cesariana à ausência de progressão do trabalho de parto ou a sinais de risco materno-fetal, aferidos segundo protocolos clínicos objetivos, a proposição atua exatamente no sentido inverso ao da cesariana eletiva sem indicação clínica, restringindo-se a assegurar que a cesariana necessária seja realizada em tempo hábil, sem prejuízo do direito da gestante ao parto humanizado e à escolha informada da via de parto nos casos em que não haja risco identificado.

Informação técnica desta Consultoria Legislativa, prestada em 12 de agosto de 2026 em resposta a solicitação sobre medidas de proteção à saúde materna e fetal durante o trabalho de parto, identificou a existência de extenso rol de proposições em tramitação nesta Casa sobre assistência obstétrica, entre as quais o PL 1.763/2025, o PL 878/2019 e apensados, o PL 6.567/2013 e apensados, o PL 2.373/2023 e apensado, o PL 745/2026, o PL 3.940/2026 e o PL 2.102/2026, entre outras, com sugestão de que se buscasse coautoria em uma das proposições já existentes, dada a probabilidade de apensação.

Essas proposições, no entanto, tratam predominantemente da humanização da assistência obstétrica, do direito ao acompanhante, do plano de parto, da analgesia no parto vaginal e da tipificação da violência obstétrica, todas relevantes, mas voltadas, em sua maior parte, a assegurar à gestante o direito de não ser submetida a intervenções desnecessárias ou não consentidas. A presente proposição parte de premissa distinta e complementar: constitui norma de segurança do paciente e de governança clínica, impondo à equipe e à instituição de saúde o dever ativo de reavaliar a via de parto e de agir tempestivamente diante de sinais objetivos de risco, independentemente de a gestante ou seus familiares insistirem na manutenção do parto vaginal por desconhecimento do risco em curso. Trata-se, portanto, de proposição com objeto jurídico distinto do das demais, não a proteção contra a intervenção indesejada, mas o dever de intervir quando clinicamente necessário, o que





reduz o risco de apensação automática, sem prejuízo da avaliação, pela Mesa, da real similitude de matéria no curso da tramitação.

O art. 19-K ora proposto é inserido na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), na seção que trata do subsistema de acompanhamento à mulher nos serviços de saúde, imediatamente após o art. 19-J, que assegura à mulher o direito de acompanhante em consultas, exames e procedimentos. A nova norma impõe a reavaliação médica documentada da via de parto diante de dois critérios objetivos, ausência de progressão do trabalho de parto e sinais de risco materno-fetal, aferidos segundo protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde ou, na sua falta, segundo os protocolos da própria instituição, de modo a evitar definições vagas ou discricionariedade excessiva na aplicação da Lei.

O caput do art. 19-K diferencia, ainda, o momento da adoção da conduta clinicamente indicada conforme a natureza do risco identificado. Nos casos de risco materno-fetal agudo, a conduta deve ser imediata, sem qualquer margem de postergação. Já nos casos de ausência de progressão do trabalho de parto, a conduta deve ser adotada tão logo caracterizada, segundo critérios técnicos reconhecidos, a parada de progressão e não a partir de juízo discricionário sobre a conveniência de aguardar mais tempo, o que tem sido apontado, em casos amplamente noticiados, como fator de atraso na tomada de decisão clínica. O novo § 1º-A reforça esse propósito ao exigir o registro, em intervalos não superiores a 30 (trinta) minutos, dos parâmetros vitais maternos e fetais e da evolução do parto no sistema de prontuário eletrônico, de modo a assegurar o monitoramento contínuo necessário à identificação tempestiva de sinais de risco e da parada de progressão, e não apenas o registro da decisão já tomada.

A identificação nominal do médico responsável e o registro do horário da reavaliação, nos termos do § 1º do art. 19-K, não têm caráter meramente burocrático: destinam-se a assegurar a rastreabilidade da decisão clínica e a reforçar, na própria rotina assistencial, o cuidado redobrado do profissional que sabe que sua conduta poderá ser objeto de apuração. O § 2º do mesmo artigo torna esse registro documento hábil para fins de

Câmara dos Deputados | Anexo III – Gabinete 270 | CEP: 70160-900 – Brasília/DF

Tel (61) 3215-5270 | dep.ricardoayres@camara.leg.br





responsabilização civil, administrativa, ético-profissional e penal, sem criar nova hipótese de responsabilidade além das já previstas na legislação em vigor: trata-se de medida de transparência e de incentivo à diligência, e não de presunção de culpa, cuja apuração, em cada caso concreto, seguirá as regras já aplicáveis à responsabilidade médica.

Para evitar qualquer conflito com o direito da gestante à informação e ao consentimento livre e esclarecido, consagrado pela literatura e pelas demais proposições em tramitação sobre humanização do parto, o § 3º do art. 19-K explicita que a nova obrigação não afasta esse direito, ressalvadas apenas as hipóteses de urgência ou emergência em que a manifestação de vontade da paciente não possa ser colhida em tempo hábil sem risco à vida hipótese já abrangida, de resto, pela excludente prevista no art. 146, § 3º, inciso I, do Código Penal, para a intervenção médica sem consentimento em iminente perigo de vida.

Por fim, o § 5º do art. 19-K impõe à instituição de saúde o dever de assegurar condições técnicas para a realização imediata da cesariana quando indicada, inclusive por meio de mecanismos de referência e contrarreferência nos casos em que o estabelecimento não disponha de capacidade cirúrgica própria, dispositivo voltado a evitar que a demora na transferência da paciente para unidade com capacidade cirúrgica adequada comprometa a tempestividade da conduta.

Sob o aspecto constitucional, a proposta encontra fundamento no art. 196 da Constituição Federal, que assegura a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, e no art. 227, que impõe à família, à sociedade e ao Estado o dever de assegurar à criança, com absoluta prioridade, o direito à vida e à saúde. Compete à União, ademais, nos termos do art. 24, XII, da Constituição Federal, legislar concorrentemente sobre proteção e defesa da saúde.





Diante do exposto, e da relevância da matéria para a redução da mortalidade materna e neonatal evitável no País, contamos com o apoio dos nobres Pares para a aprovação deste Projeto de Lei.

Sala das Sessões, em 20 de agosto de 2026.


Deputado Federal RICARDO AYRES
(Republicanos/TO)

