

Gabinete da Prefeita

OFÍCIO GP nº 873/2017

Caruaru, 20 de junho de 2017.

Excelentíssimo Senhor
Luiz Ferreira Torres Filho
Presidente da Câmara Municipal de Caruaru - PE

Assunto: Encaminhamento de Projeto de Lei

Venho à presença de Vossa Excelência e dos Dignos Vereadores que compõem essa Egrégia Câmara Municipal, com o objetivo de encaminhar Projeto de Lei sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal na rede de saúde do município de Caruaru.

Por oportuno, informo que o presente Projeto de Lei é de iniciativa popular, mas em função Câmara Técnica de Enfrentamento a Violência Obstétrica não ter conseguido a quantidade mínima de assinaturas, o projeto foi apresentado ao Executivo para ser roposto por este.

Para melhor análise da proposta, encaminho a justificativa necessária a sua apresentação, bem como solicito que a presente proposta de Lei seja apreciada, discutida e ao final aprovada pelos Ilustres Vereadores, em caráter de urgência.

Atenciosamente,

Raquel Lyra

Prefeita

MENSAGEM JUSTIFICATIVA nº 005/2017

Caruaru, 20 de junho de 2017.

Senhor Presidente,

Submeto à apreciação dessa Casa Legislativa, por intermédio de Vossa Excelência, o incluso Projeto de Lei que Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal na rede de saúde do município de Caruaru e dá outras providências.

O presente Projeto de Lei é de iniciativa popular e foi apresentado pela Câmara Técnica de Enfrentamento a Violência Obstétrica para ser proposto pelo Executivo, tendo em vista que não foram conseguidas assinaturas suficientes para propositura.

É importante compreender o significado do parto humanizado sem pensar de imediato em um tipo de parto. A humanização do parto é um processo e não um produto, nesse sentido entende-se como uma nova forma de lidar com a gestante, respeitando sua natureza e vontade, o que coloca a gestante e seu filho em posição de protagonismo, como participantes ativos do processo.

Humanizar é perceber, refletir e respeitar os diversos aspectos culturais, individuais, psíquicos e emocionais da mulher e de sua família.

Inúmeras pesquisas demonstram que o Brasil lidera o ranking mundial de cesarianas, onde as 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. Assim, o país necessita se adequar às recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), que estabelecem que até 15% dos nascimentos podem ser operatórios, devendo cada Município colaborar para que as recomendações sejam atendidas.

Demais disso, a realidade demonstra que muitas mulheres sofreram algum tipo de agressão durante a gestação, em consultas pré-natais ou durante o parto, o que leva, não raras vezes, ao óbito da parturiente e de seu bebê.

Há de ser feito, pois, um esforço concentrado para combater a violência obstétrica.

Ressalte-se que o presente Projeto de Lei funda-se no Princípio da Dignidade da Pessoa Humana, bem como corrobora com a Declaração ou Carta de Fortaleza-CE, de 1985, com as “Recomendações da Organização Mundial de Saúde sobre o Nascimento” quanto às boas práticas; o Tratado Internacional adotado pela Resolução 34/180 da Assembleia Geral das Nações Unidas em 18/12/1979 e retificado pelo Brasil em 01/02/1984 (Convenção do Pará) – Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (CEDAW); 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; 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; O Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, de 08/03/20004; A Portaria de Presidência da República nº 1.459, de 24/06/2011, do Ministério da Saúde, que institui 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; 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; e a Lei Federal 11.108/2005, denominada Lei do Acompanhante.

Destarte, considerando a necessidade de coibir toda e qualquer violência contra a mulher, bem como considerando que o parto humanizado prioriza o acolhimento físico, promovendo o bem estar emocional da gestante e não se limita apenas ao nascimento do bebê, mas a todo o processo da gestação, do nascimento e do pós-parto, é que proponho a esta Casa Legislativa o presente Projeto de Lei.

Prevaleço-me da oportunidade para reiterar a Vossa Excelência e a seus ilustres pares, a manifestação do meu singular apreço, ressaltando a solicitação de caráter de urgência da análise do pleito que se apresenta, na forma do Regimento Interno da Casa.

Raquel Lyra
Prefeita

PROJETO DE LEI N° _____/2017

Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal na rede de saúde do município de Caruaru e dá outras providências

A PREFEITA DO MUNICÍPIO DE CARUARU, ESTADO DE PERNAMBUCO, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei Orgânica Municipal, submete à apreciação do Poder Legislativo o seguinte

PROJETO DE LEI:

CAPÍTULO 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 à gestação, ao pré-parto, ao parto, ao abortamento e ao 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, 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 e orientações da Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, bem como demais normas pertinentes, 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 8.080, de 19 de setembro de 1990;

III – garantir à gestante o direito de optar pelos procedimentos que apoiam o parto fisiológico 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 e centro de parto normal;

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 o(a) 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, 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 individual e personalizado e 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, de forma que fique documentado, garantindo-se sua autonomia para autorizar as diferentes atuações dos profissionais envolvidos no atendimento ao parto;

V – a ser informada sobre as diferentes intervenções médico-hospitalares que podem ocorrer durante esses processos de forma que possa ser documentada, 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 11.108, de 07 de abril de 2005, bem como de uma doula, conforme Lei Municipal 5.668, de 15 de junho de 2016;

IX – a ter a seu lado o recém-nascido, em alojamento conjunto, durante a permanência no estabelecimento de saúde, bem como 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, documento construído pela gestante com assessoria de sua Doula e/ou enfermeiro(a) e/ou médico(a) pré-natalista, 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 de 27 de dezembro de 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 de 07 de abril de 2005;

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

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

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

V – ao modo como serão monitorados os batimentos cardíofetais;

VI – ao uso de posição verticalizada do 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 constante 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.

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 profissional responsável assistente ao parto naquele momento, 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 oxicina sintética;
- III – os esforços de puxo prolongado 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;
- VIII – a litotomia;
- IX – a cesareana;
- X – o afastamento da criança da pele da mãe inibindo o aleitamento imediato;
- XI – a aspiração das vias aéreas da criança;
- XII – o uso de sondas em cavidades da criança;
- XIII – o uso de colírios de nitrato de prata na criança;
- XIV – o uso de incubadora;
- XV – o corte do cordão umbilical precoce.

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 desnecessários, 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 o 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 apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde e as instituições em que se passem os fatos, 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 e as instituições a quem eles servem, que ofenda, de forma psíquica, verbal ou física, as mulheres gestantes em trabalho de parto, em situação de abortamento e no pós-parto/puerpério.

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

I – ignorar e/ou tratar a mulher de forma agressiva, não empática, com a utilização de termos que ironizem os processos naturais do ciclo gravídico-puperperal e/ou que desvalorizem sua subjetividade, dando-lhes 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, padrões estéticos 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 os riscos imaginários, hipotéticos e não comprovados, e ocultando os devidos esclarecimentos quanto aos riscos de 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 profissional assistente;

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 dos profissionais de saúde;

VIII – recusar ou retardar o atendimento oportuno e eficaz à mulher, em qualquer 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 pré-parto, parto e puerpério;

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;

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 sua privacidade;
- d) expor a mulher a exames clínicos, como toque vaginal, por estudantes, sem o consentimento da mesma no termo livre esclarecido;

- e) realizar exames de toques cervical repetidos, ou agressivos ou dolorosos, ou realizados por diversos profissionais sem o prévio esclarecimento de sua necessidade e a prévia autorização da mulher;
- f) proceder à lavagem intestinal (enema ou clister), sem justificativa clínica;
- g) proceder à raspagem de pelos pubianos (tricotomia);
- h) romper, de forma precoce e/ou artificial as membranas ou a bolsa das águas (amniotomia), para acelerar o parto;
- i) utilizar ocitocina sintética para acelerar o tempo do parto;
- j) proceder à dilatação manual do colo uterino para acelerar o tempo do parto;
- k) manter a mulher em esforços físicos e cardiorespiratórios com puxos prolongados e dirigidos durante o período expulsivo;
- l) incentivar ou conduzir a mulher a realizar Manobra de Valsava;
- m) praticar Manobra de Kristeller;
- n) acelerar os mecanismos de parto, mediante rotação e tração da cabeça ou da coluna cervical do conceito, após a saída da cabeça fetal;
- o) aceleração do terceiro período de 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 litomíca, 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.

CAPÍTULO II **DA ERRADICAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

Art. 17. Todos os casos de violência obstétrica praticados pelos profissionais da equipe de saúde e a instituição, serão relatados à ouvidoria dos serviços de saúde e a Câmara Técnica de Enfrentamento a Violência Obstétrica, que procederá com análise do caso e encaminhamentos para as instâncias penais, constituindo em infração à legislação sanitária federal, implicando obrigatoriamente na aplicação das penalidades previstas nesta Lei ao estabelecimento de saúde.

§ 1º Os 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.

§ 3º Os casos de violência obstétrica individual e institucional serão também notificados ao Ministério Público.

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. 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 gravidez ou qualquer outra.

Art. 20. As disposições constantes desta Lei aplicam-se ao Sistema Único de Saúde e a toda a rede de saúde suplementar e filantrópica do Município de Caruaru, bem como aos serviços de saúde prestados de forma autônoma.

Art. 21. Mulheres, crianças, homens e famílias devem ter preservados seus direitos sexuais e reprodutivos, observando-se, especialmente, o seguinte:

I – prestação de informações adequadas sobre a 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 – 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;

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

IV – 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 07 de abril de 2005.

V – 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;

VI – 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);

VII – 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 normal.

Art. 22. 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 dotados 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.

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

Art. 23. Os índices de cesarianas nas instituições ou estabelecimentos obstétricos públicos ou privados de saúde suplementar não deve ultrapassar a média preconizada pela Organização Mundial de 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. 24. Será reconhecida e regulamentada por meio desta Lei, a Câmara Técnica de Enfrentamento a Violência Obstétrica (CTEVO), criada pelo Decreto Municipal de nº 048, de 13 de abril de 2016, representativa do Município de Caruaru.

§ 1º A CTEVO terá por finalidade realizar o controle, o monitoramento e a mobilização social de profissionais e instituições para a redução dos índices de violência obstétrica e cesariana desnecessária no município.

§ 2º A CTEVO será coordenada pelo comitê gestor da mesma, que elegerá a cada ano um(a) coordenador(a) geral e dois-duas secretários(as) entre seus integrantes e submeterá este nome ao Conselho Municipal de Saúde e Conselho Municipal da Mulher.

§ 3º A CTEVO terá a seguinte composição mínima da sua organização estrutural, com um ano de mandato cada: um(a) coordenador(a) geral, em sistema de alternância entre sociedade civil, instituições de ensino, gestão municipal, e/ou profissionais de saúde da mulher; dois-duas secretários(as).

§ 4º O caráter participativo na CTEVO é voluntário e sem fins lucrativos, podendo ser remanejados profissionais de instituições de ensino, movimentos sociais, órgãos, setores e secretarias, conforme sua carga horária de trabalho; caso o representante eleito for funcionário público de Caruaru, fica autorizada sua liberação de atividades laborais para exercer as atividades de 4 (quatro) horas semanais na CTEVO público.

§ 5º A CTEVO permanecerá no combate as violências obstétricas, para que o Município se adeque as boas práticas de parto e mantenha suas taxas municipais 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.

§ 6º Os membros da CTEVO devem reunir-se periodicamente, em caráter ordinário a ser estabelecido conforme rotina e calendário previamente agendado e pactuado, e em caráter

extraordinário, quando necessário e solicitado por seus coordenadores, bem como em encontros municipais, sempre que convocados pela secretaria de saúde.

§ 7º As reuniões dos membros da CTEVO ocorrerão de forma independente e interdependente, podendo haver reuniões individuais nas instituições, e coletivas nas secretarias municipais e, ao final de cada período de 3 (três) meses, para elaboração, apresentação e divulgação, por meio de relatório consolidado a ser dividido na câmara técnica, dos dados referentes aos índices de cesarianas averiguados e à violência obstétrica, com posterior encaminhamento a Secretaria de Saúde e Conselho de Saúde.

§ 8º No relatório de que trata o parágrafo 10 do artigo 25 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 23 desta Lei.

§ 9º As instituições de saúde públicas e privadas, que ultrapassarem o valor limite de índices de cesarianas no período avaliado ou que mantenham ações que perpetuam a prática de violência obstétrica cabe à CTEVO comunicar em caráter de alerta, devendo esta oferecer suporte gerencial para auxiliar a instituição na redução de seus índices, cabendo-lhe realizar universidades, órgãos públicos, dentre outros que compõem a Rede Social de Apoio.

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

§ 11. Para a completa execução da sindicância de que trata o parágrafo 10 deste artigo, a CTEVO deverá entrevistar as próprias mulheres nas quais foram realizadas as cirurgias e ou sofrida a violência, incluindo a necessidade de visitas domiciliares, bem como os profissionais que as praticaram, incluindo necessidade de visitas a clínicas, hospitais, consultórios e ambulatórios prenatalistas.

§ 12. Ao final da sindicância, a CTEVO produzirá um relatório pormenorizado, público e de livre acesso, que identifique as causas, os fatores de risco e os dados epidemiológicos relacionados à elevação dos índices de cesarianas na instituição. Quando tratar-se de violência obstétrica, o relatório será sigiloso, tendo em vista que após a sindicância, o processo será encaminhado para ser julgado nas esferas civil e nos conselhos das profissões cabíveis. Tais relatórios devem 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.

§ 13. A instituição ou município, sindicado por sua CTEVO deve atender às determinações desta nos prazos estabelecidos, tendo o período de 120 (cento e vinte) dias para reduzir inicialmente seus índices de cesarianas, findo o qual a instituição será novamente monitorada e em caso a instituição sindicada não tiver apresentado redução em suas índices, a CTEVO respectiva deverá encaminhar a denúncia, por escrito e fundamentada, ao Ministério Público, em instância competente.

Ar. 25. Para o cumprimento desta Lei, a CTEVO:

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 Poder Judiciário, em local público e visível da instituição;

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

CAPÍTULO V **DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 26. A observação dos dispositivos desta Lei pelos profissionais e instituições de saúde e o atendimento aos princípios nela expostos independem da criação e início de funcionamento da Câmara Técnica de Enfrentamento a Violência Obstétrica – CTEVO.

Art. 27. As instituições e os profissionais que não cumprirem o estabelecido nesta Lei responderão no âmbito civil, penal e administrativo por suas ações e/ou omissões.

Art. 28. O Conselho Municipal de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão para acompanhar a implantação desta Lei.

Art. 29. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Palácio Jaime Nejaim, 20 de junho de 2017; 195º da Independência; 129º da República.

Raquel Lyra
Prefeita