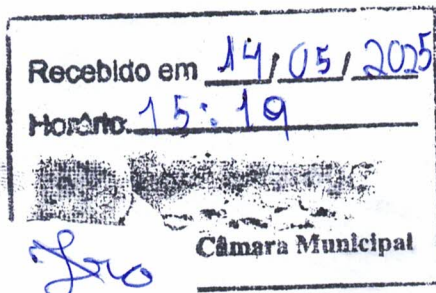




**PROJETO DE LEI Nº 18/2025
DE 14 DE MAIO DE 2025.**



"Dispõe sobre a humanização na assistência durante a gestação, pré-parto, parto, pós-parto, abortamento e nascimento, na cidade de Santa Rita do Sapucaí/MG".

A Câmara Municipal de Santa Rita do Sapucaí, Minas Gerais, DECRETA:

Art. 1º Toda gestante tem direito à assistência humanizada durante a gestação, pré-parto, parto, cesariana, pós-parto, perda gestacional e neonatal e puerpério, na rede de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e em estabelecimento privado de saúde suplementar.

Art 2º Para os efeitos do disposto nesta seção, ter-se-á por assistência humanizada, o atendimento que:

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

II - só adotar 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;

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

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

V - garantir a presença, junto à parturiente, de um(a) acompanhante de sua escolha, durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, inclusive em caso de cesariana;

VI - garantir à gestante/parturiente a elaboração do seu plano de parto;

VII - garantir que a gestante seja chamada pelo nome ou por apelido de sua preferência;

VIII - garantir o atendimento digno e humano, respeitando seus direitos garantidos pelos tratados internacionais CEDAW (Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres) e Convenção do Belém do Pará e Constituição Federal.

Art. 3º São princípios da assistência humanizada:





I - a harmonização entre segurança e bem-estar da gestante ou parturiente, assim como do nascituro;

II - a mínima interferência por parte da equipe médica;

III - a preferência pela utilização dos métodos menos invasivos e mais naturais;

IV - a oportunidade de escolha dos métodos e procedimentos natais por parte da parturiente, sempre que não implicar risco para sua segurança ou do nascituro;

V - o fornecimento de informação à gestante ou parturiente dos métodos e procedimentos eletivos;

VI – Assistência baseada em evidências científicas;

VII – Equipe multiprofissional na assistência ao ciclo gravídico-puerperal.

Art. 4º Toda gestante, parturiente e puérpera, 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 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 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 14.737/2023;

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

X – a escolher a posição que deseja parir;

XI – a ingerir líquidos e alimentos leves durante o trabalho de parto e parto;





XII – 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;

XIII – assegurar que as unidades de saúde, sejam públicas ou privadas, ofertem acomodação em leito, ala ou área, em separado aos demais pacientes e gestantes, às mães de natimorto e/ou mães com óbito fetal;

XIV – a contratar profissional (ais) que prestará (ão) assistência durante o pré-natal, trabalho de parto, parto, em caso de abortamento e puerpério, como, por exemplo, doula, enfermeira obstétrica, psicóloga obstétrica, fisioterapeuta pélvica e consultora de amamentação;

XV – a ter contato pele a pele com seu bebê na primeira hora de vida (Golden Hour) ou se recusar ao contato em caso de adoção e/ou qualquer outro motivo que não precisa ser justificado pela parturiente.

Parágrafo único. Cada profissional mencionada no artigo 4º, XIV, tem uma função essencial para a assistência, portanto, não deve ser impedimento um profissional ingressar na instituição hospitalar, público ou privado, em detrimento de outro já estar com a gestante/parturiente/puérpera.

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, consoante Resolução do CFM 1995/2012:

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

II - a equipe responsável pela assistência ao pré-natal;

III - a contratação de profissionais que prestam serviços assistência ao trabalho de parto, parto e puerpério, que terão autorização para executar ações complementares às da equipe de atendimento ao trabalho de parto no estabelecimento de saúde, como, por exemplo, doula, enfermeira obstétrica, psicóloga obstétrica, fisioterapeuta pélvica e consultora de amamentação;

IV – o acompanhante livremente escolhido pela gestante;

V - as rotinas e procedimentos eletivos de assistência as fases do trabalho de parto, parto, pós-parto imediato, cuidados com o recém-nascido e assistência em caso de cesariana, pelos quais a gestante fizer opção ou as quais não autoriza que equipe realize;

VI – a utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor;

VII – a utilização de métodos farmacológicos para alívio da dor;

VIII – os métodos de indução de parto, caso seja necessário.

Parágrafo 1º As disposições de vontade constantes do Plano Individual de Parto somente poderão ser alteradas se, comprovadamente, durante o trabalho de parto, forem necessárias intervenções para garantir a saúde da mãe e/ou do concepto em





condições de urgência ou emergência que indiquem risco de morte materna e/ou fetal, devendo somente ser realizadas após o consentimento da mulher.

Parágrafo 2º Toda e qualquer alteração das disposições de vontade constantes do Plano Individual de Parto que for praticada durante o atendimento ao trabalho de parto, parto e pós-parto, bem como, em caso de cesariana, deve ser registrada no prontuário da gestante pelo(a) médico(a) responsável, mediante justificativa clínica do procedimento adotado.

Parágrafo 3º O Plano de parto pode ser alterado a qualquer momento pela gestante/parturiente, inclusive durante o trabalho de parto, através de manifestação verbal.

Art. 6º Será objeto de justificativa por escrito, independentemente de elaboração de Plano de Parto pela parturiente, firmada pelo profissional que adotou qualquer dos procedimentos que:

I – forem desnecessários ou prejudiciais à saúde da gestante, parturiente ou ao nascituro;

II - de eficácia carente de evidência científica;

III - suscetíveis de causar dano quando aplicados de forma generalizada ou rotineira.

§ 1º - A justificativa de que trata este artigo será averbada ao prontuário médico após a entrega de cópia à gestante ou seu acompanhante.

§ 2º - Ressalvada disposição legal expressa em contrário, ficam sujeitas à justificativa de que trata este artigo:

I - a administração de enemas;

II - a administração de ocitocina, a fim de acelerar o trabalho de parto;

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

IV - a amniotomia;

V – o uso de fórceps ou vácuo extrator;

VI – a necessidade de cesariana;

VII - a episiotomia;

VIII - a tração ou remoção manual da placenta;

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

Art. 7º 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 profissionais que prestam assistência no ciclo gravídico-puerperal, por meio do tratamento desumanizado, ofensas físicas, verbais ou psicológicas, restrição de direitos, abuso da medicalização, 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 e experiência da gestação e parto.





Art. 8º Consideram-se violências obstétricas, 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 ou pessoa gestante, referente a preconceitos socialmente disseminados, especialmente a questões de cor, etnia, idade, escolaridade, religião, cultura, crenças, condição socioeconômica, estado civil, orientação sexual ou identidade de gênero;

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 gestante 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 na assistência, como doula, enfermeira obstétrica, psicóloga obstétrica, fisioterapeuta pélvica e consultora de amamentação;

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;

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, impedindo-a de escolher a posição que se sente mais confortável
 - 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);
 - f) proceder à raspagem de pelos pubianos (tricotomia);
 - g) romper, de forma precoce e/ou sem necessidade, as membranas ou a bolsa das águas (amniotomia) para acelerar o tempo do parto;
 - h) utilizar ocitocina sintética, sem real necessidade, 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) praticar Manobra de Kristeller;
 - l) acelerar os mecanismos de parto, mediante rotação e tração da cabeça ou da coluna cervical do concepto após a saída da cabeça fetal;
 - m) aceleração do terceiro período do parto mediante tração ou remoção manual da placenta, impedindo o tempo fisiológico da dequitação.
- 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 e/ou braços da mulher durante o período expulsivo, mantendo-a em confinamento simbólico na posição litotômica;
- 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 o recém-nascido saudável à aspiração de rotina, banho, medição e pesagem, entre 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 cesarianas;





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 integralmente o recém-nascido quando este necessitar de cuidados especiais no estabelecimento de saúde, inclusive em unidade de terapia intensiva neonatal;

XXII - a coação com a finalidade de confissão e denúncia à polícia nos atendimentos à mulher em situação de perda gestacional.

Art. 9º- O recém-nascido tem direito:

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

II – a ser mantido ligado à placenta pelo cordão umbilical até que o mesmo pare de pulsar, o clampeando em momento oportuno, a fim de garantir o suprimento de sangue e nutrientes necessários, 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 hora de vida, independente da via de nascimento;

IV – a não ser separada de sua mãe para realização de procedimentos de rotina, devendo a realização de quaisquer exames ser feita com o bebê 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 qualquer intervenção sem autorização dos seus representantes legais, durante todo o período de permanência no estabelecimento de saúde;

VI – a ser amamentado em livre demanda e ser acompanhado 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.

Parágrafo único Deverá ter justificativa em prontuário médico caso o plano de parto da gestante não seja respeitado, bem como o desrespeito aos direitos mencionados no presente artigo, contendo as razões médicas que levaram à tal decisão.

Art. 10º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Câmara Municipal de Santa Rita do Sapucaí (MG), 14 de maio de 2025.






Carla Stefânia Lourenço de Almeida
Vereadora

JUSTIFICATIVA PROJETO DE LEI

Santa Rita do Sapucaí, 14 de maio de 2025

Ao Senhor
Antônio Otávio Silvério de Cunha
Presidente da câmara Municipal
Santa Rita do Sapucaí / MG

**Excelentíssimo Senhor Presidente;
Senhores Vereadores e Vereadoras.**

No Brasil, há uma gama enorme de normas infralegais que buscam a efetivação do parto humanizado nos serviços de saúde nos moldes preconizados pela OMS. O parto humanizado é, acima de tudo, três pilares: i) o papel de protagonista da gestante/parturiente/puérpera; ii) medicina baseada em evidências científicas e iii) equipe multiprofissional.

A partir desses pilares identificam-se como relevantes e essenciais para o parto humanizado alguns conceitos como: cuidado respeitoso e acolhedor; apoio durante o trabalho de parto; autonomia da gestante para fazer as escolhas sobre como se dará o nascimento de seu filho; ambiente que proporcione o suporte necessário; métodos farmacológicos e não farmacológicos para alívio da dor; práticas e condutas baseadas em evidências científicas; abolição de intervenções desnecessárias ou contraindicadas; valorização do contato mãe-bebê, entre outros.





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. 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.

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.

Estudos da *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* demonstraram que existe a chance seis vezes maior de pessoas que gestam morrerem na cesariana do que no parto vaginal, devido à ocorrência de hemorragias e infecções. Para o recém-nascido, aumenta-se em quatro vezes o risco de necessidade de uso da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) quando o nascimento ocorre via cesariana, principalmente devido à falta de início de trabalho de parto e à não consideração da maturidade do feto.

Os direitos reprodutivos se estabelecem em quatro grandes pilares: integridade corporal, autonomia pessoal, igualdade e diversidade. A partir desses princípios, os órgãos oficiais de saúde formulam suas preconizações, assegurando que os direitos humanos sejam cumpridos no âmbito da saúde por meio de seus comitês reguladores. No Brasil, o descumprimento dos direitos humanos no parto tem sido um tema polêmico na saúde pública. Segundo pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo (2010), uma em cada quatro brasileiras sofre algum tipo de violência durante o parto,



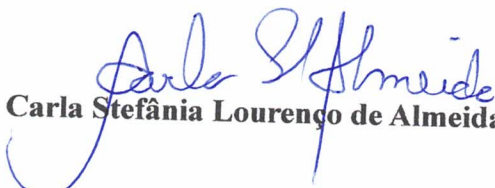


dentre as quais estão violência verbal (como xingamentos e frases de conotação sexual) e violência física (procedimentos dolorosos e desnecessários, sem consentimento). O mesmo foi observado em uma pesquisa recente, realizada pela internet, que alcançou quase duas mil mulheres.

Além disso, o direito à presença de um acompanhante tem sido desrespeitado. De acordo com a pesquisa *Inquérito Nacional Nascer no Brasil*, 24,5% das mulheres não tiveram acompanhante algum, 18,8% tiveram companhia contínua e 56,7% receberam acompanhamento parcial. Esse fator, sem dúvidas, contribui para a prática da violência obstétrica. Por esse motivo, é fundamental que haja a expansão do acesso à informação sobre os direitos reprodutivos antes, durante e após o parto, garantindo que as pessoas que gestam tenham um pós-parto emocionalmente saudável. Dessa forma, evita-se o comprometimento da produção de leite e minimizam-se as oscilações hormonais e de humor típicas dessa fase, reduzindo a chance de desenvolvimento de depressão pós-parto.

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.

Ainda, em 29/04/2025, o presidente Lula sancionou a Lei nº 15.126/2025 onde estabeleceu que a atenção humanizada um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), o que corrobora pra necessidade da aprovação do presente projeto de lei.


Carla Stefânia Lourenço de Almeida





CÂMARA MUNICIPAL DE SANTA RITA DO SAPUCAÍ

Paço Legislativo "Antônio Procópio da Costa"

Vereadora



Praça Expedicionário Maurício Adami, nº 22, Bairro Eletrônica, Santa Rita do Sapucaí (MG) - CEP: 37540-000



(35) 3471-1871 / (35) 3471-1004



contato@camarasrs.mg.gov.br



www.santaritadosapucaí.mg.leg.br