

PROJETO DE LEI

Nº 113/2014

Veto P. Nº 13/14

AUTÓGRAFO Nº 103/2014

Lei Nº 10.827

CÂMARA MUNICIPAL DE SOROCABA



SECRETARIA

Autoria: JOSE APOLO DA SILVA

Assunto: Dispõe sobre a implantação de medidas de informação às gestantes e parturientes sobre a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, visando, principalmente, a proteção destas contra a -  
violência obstétrica no município de Sorocaba e dá outras providências.



# Câmara Municipal de Sorocaba

Estado de São Paulo

02

Nº

## PROJETO DE LEI Nº 113/2014

Dispõe sobre a implantação de medidas de informação às gestantes e parturientes sobre a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, visando, principalmente, a proteção destas contra a violência obstétrica no município de Sorocaba e dá outras providências.

A Câmara Municipal de Sorocaba decreta:

Art. 1º. A presente lei tem por objetivo obrigar a divulgação da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, no município de Sorocaba, visando, em especial, a proteção das gestantes e parturientes contra atos de violência obstétrica.

Art. 2º. Considera-se violência obstétrica todo ato praticado por médicos, enfermeiros, equipe hospitalar de modo geral, que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em vias de trabalho de parto ou, ainda, no estado puerperal.

Art. 3º. Para efeitos desta lei, considerar-se-á ofensa verbal ou física, dentre outras, as seguintes condutas praticadas por quaisquer pessoas discriminadas no artigo anterior:

- I. tratar a gestante ou parturiente de forma agressiva, de modo não empático à situação singular à vida da mulher, grosseiramente, com sarcasmo ou ironia ou qualquer outra forma que, de alguma forma a constranja ou a faça sentir-se desconfortável com o tratamento recebido;
- II. ironizar ou repreender a parturiente por comportamentos como gritar, chorar, ter

PROJETO DE LEI Nº 113/2014

PROJETO DE LEI Nº 113/2014 - 16:55 - 133477 - 01/12

CÂMARA MUNICIPAL DE SOROCABA





# Câmara Municipal de Sorocaba

Estado de São Paulo

Nº

- III. medo, solicitar a presença de alguém, sentir vergonha ou ter dúvidas; ironizar ou repreender a parturiente por comportamentos alheios à sua vontade tal como descontrole do esfíncter (evacuação) e outros, bem como por qualquer característica física: obesidade, estrias, celulite, etc.;
- IV. Não dar atenção às queixas e dúvidas da gestante internada ou e em trabalho de parto;
- V. Tratá-la de forma inferior, atribuindo-lhe comandos e nomes infantilizados e diminutivos, de modo a sentir-se incapaz;
- VI. Fazer a gestante ou parturiente acreditar pela necessidade de parto cesáreo quando esta não se faz necessária, utilizando de riscos imaginários ou hipotéticos não comprovados e sem a devida explicação dos riscos que a alcançam e ao bebê;
- VII. Recusar, por qualquer razão, o atendimento de parto, haja vista ser uma emergência médica;
- VIII. Promover a transferência da internação da gestante ou parturiente sem a devida análise e confirmação prévia de haver vaga e garantia de atendimento, bem como tempo suficiente para que esta chegue ao local de forma segura à si própria e ao bebê;
- IX. Impedir que o cônjuge ou qualquer outra pessoa que a mulher escolher, acompanhe-a durante todo o trabalho de parto com manobras do tipo fazer a ficha, providenciar a internação, etc.;
- X. Impedir a gestante de se comunicar com quem lhe aprouver, tirando-lhe a

PROTUDO GERAL

-13-Mar-2014-16:55-133477-002/12

CÂMARA MUNICIPAL DE SOROCABA





# Câmara Municipal de Sorocaba

Estado de São Paulo

Nº

- liberdade de fazer uso de aparelho celular, caminhar até a sala de espera, conversar com familiares e com seu acompanhante;
- XI. Submeter a parturiente a procedimentos dolorosos, desnecessários ou humilhantes, como lavagem intestinal, raspagem de pelos pubianos de forma humilhante, colocá-la em posição ginecológica com portas abertas, exame de toque realizado por mais de um profissional, rompimento da bolsa amniótica de forma estúpida e grosseira (amniotomia);
- XII. Recusar-se à aplicação de anestesia na parturiente quando esta assim o requerer;
- XIII. Realizar episiotomia quando esta comprovadamente não se mostra imprescindível;
- XIV. Manter algemadas mulheres detentas em trabalho de parto;
- XV. Realizar qualquer procedimento sem, previamente, explicar, com palavras simples, a necessidade do que está sendo oferecido ou recomendado e fazê-lo somente com o seu consentimento;
- XVI. Submeter a gestante, parturiente e/ou ao bebê a procedimentos exclusivamente com o intuito de treinar estudantes;
- XVII. Findo o trabalho de parto, demorar injustificadamente para acomodá-la no quarto;
- XVIII. Submeter o bebê saudável à aspiração de rotina, injeções ou procedimentos, na primeira hora de vida, sem que antes tenha sido colocado em contato com a

FOTOCOPIADO GERAL

-13-Mar-2014-16:55-133477-001/12

CÂMARA MUNICIPAL DE SOROCABA





# Câmara Municipal de Sorocaba

Estado de São Paulo

Nº

- mãe e de ter tido a chance de ser amamentado;
- XIX. Privar a mulher, depois do parto, do direito de ter o bebê ao seu lado no alojamento conjunto hospitalar e de amamentar livremente, salvo se um deles, ou ambos necessitarem de cuidados especiais;
- XX. Deixar de informar à mulher, com mais de 25 (vinte e cinco) anos ou com mais de 02 (dois) filhos, sobre seu direito à realização de laqueadura nas trompas, gratuitamente, nos hospitais públicos e conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS);
- XXI. Oferecer tratamento semelhante à visita ao pai do bebê e obstar seu livre acesso para acompanhar a parturiente e o bebê a qualquer hora do dia.

Art. 4º. O Poder Executivo, por meio do setor competente, poderá elaborar Cartilha dos Direitos da Gestante e da Parturiente, propiciando à todas as mulheres as informações e esclarecimentos necessários para um atendimento hospitalar digno e humanizado, visando à erradicação da violência obstétrica.

§ 1º - A Cartilha deverá ser elaborada em linguagem simples e acessível, de forma a possibilitar a compreensão por mulheres de todos os níveis de escolaridade.

§ 2º - A Cartilha referida no caput deste artigo trará a integralidade do texto da Portaria nº 1.067/GM, de 04 de julho de 2.005, que institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências.

Art. 5º. As unidades hospitalares que prestem esse tipo de atendimento deverão expor cartazes informativos contendo as condutas elencadas nos incisos I a XXI do artigo 3º, bem como disponibilizar às mulheres um exemplar da Cartilha referida no artigo 4º desta Lei.

PROTÓCOLO GERAL

-13-Fev-2014-16:56-13347-409/12

CÂMARA MUNICIPAL DE SOROCABA





# Câmara Municipal de Sorocaba

Estado de São Paulo

06

## Nº

§ 1º - Equiparam-se às unidades hospitalares, para os efeitos desta Lei, as unidades básicas de saúde (UBS's), os prontos atendimentos (PA's) e os consultórios médicos especializados no atendimento da saúde da mulher.

§ 2º - Os cartazes devem informar, ainda, os órgãos e trâmites para possível denúncia em casos de violência:

- a) que deverá ser entregue, sem questionamentos e custos, o prontuário da gestante e da parturiente no hospital, se esta assim o exigir;
- b) que a gestante ou parturiente escreva uma carta contando em detalhes o tipo de violência sofrida e como se sentiu;
- c) que se o parto foi realizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), enviar a carta para a Ouvidoria do Hospital com cópia para a Diretoria Clínica, Secretaria Municipal de Saúde e para a Secretaria Estadual de Saúde;
- d) que se o parto foi realizado em hospital da rede privada, enviar a carta para a Diretora Clínica do Hospital, com cópia para a Diretoria do seu Plano de Saúde, para a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) e para as Secretarias Municipal e Estadual de Saúde;
- e) que consulte um advogado para as outras instâncias de denúncia, dependendo da gravidade da violência recebida;
- f) ligue para a Central de Atendimento à Mulher - Ligue 180 (Decreto nº 7.393, de 15 de dezembro de 2.010).

Art. 6º. As despesas com a execução desta Lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias, consignadas no orçamento vigente, suplementadas, se necessário.

Art. 7º. Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

PROTUDO GERAL

-13-Mar-2014-16:56-133477-105

CÂMARA MUNICIPAL DE SOROCABA





# Câmara Municipal de Sorocaba

Estado de São Paulo

Nº

S/S., 13 de março de 2014.  
José Apolo da Silva "Pastor Apolo"  
Vereador

CÂMARA MUNICIPAL DE SOROCABA  
PROTÓTIPO GERAL - 13-Mar-2014-16:56-133477-108/12





# Câmara Municipal de Sorocaba

Estado de São Paulo

## Nº JUSTIFICATIVA:

Submetemos à apreciação dos nobres Pares o presente projeto de lei para instituir a obrigatoriedade de implantação de medidas de informação às gestantes e parturientes sobre a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, visando, principalmente, a proteção destas contra a violência obstétrica no município de Sorocaba.

Nada mais visa senão a busca de melhor qualidade dos serviços prestados pela saúde pública municipal, na obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de atendimento às gestantes e parturientes do município.

A violência obstétrica existe e caracteriza-se pela apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais da saúde, através de tratamento desumanizado, abuso de medicação e patologização dos processos naturais, causando a perda de autonomia e capacidade de decidir livremente.

Há inúmeros relatos de mulheres que sofreram algum tipo de constrangimento no acompanhamento do pré-natal, enquanto gestante ou até mesmo na hora do parto, momento em que se encontra totalmente fragilizada.

Diariamente há mulheres que relatam violência obstétrica em consultórios e hospitais das redes pública e privada de saúde. Muitas parturientes desconhecem os seus direitos no pré-natal, na hora do parto e no pós-parto e constantemente sofrem com agressões físicas ou emocionais por parte dos profissionais de saúde.

Algumas ações que são consideradas violência obstétrica são comuns no atendimento às gestantes e parturientes: enfermeira







# Câmara Municipal de Sorocaba

Estado de São Paulo

**Nº** que repreende a mulher por exprimir dor ou por gritar na hora do parto, ou o médico que faz uma episiotomia (corte entre o ânus e a vagina para facilitar a saída do bebê), indiscriminadamente, são exemplos dessa violência.

A OMS (Organização Mundial da Saúde) determina critérios e cautela para a adoção do procedimento, no entanto, esse é um procedimento médico corriqueiro. Segundo a obstetrix Ana Cristina Duarte, do Gama (Grupo de Maternidade Ativa), entre 80% a 90% das brasileiras são cortadas durante o parto normal. Em muitos casos, é uma ação totalmente desnecessária e extremamente dolorosa. Quando as mulheres são cortadas sem o seu consentimento, configura-se violência obstétrica.

De acordo com dados oficiais, uma em cada quatro mulheres sofre algum tipo de violência durante o parto. Por conta do grande número de denúncias recebidas, o Ministério Público Federal decidiu instaurar nesta semana um inquérito civil público para apurar esses casos.

Segundo o MPF, algumas denúncias "demonstram o desrespeito" a essas mulheres. Esse número ainda não representa o valor real, pois, é fato, pois, muitas mulheres ainda não entendem que foram vítimas desse tipo de violência.

Os efeitos da violência obstétrica são sérios e podem causar depressão, dificuldade para cuidar do recém-nascido e também problemas na sexualidade desta mulher. Os tipos mais comuns de violência, são gritos, procedimentos dolorosos sem consentimento ou informação, falta de analgesia e até negligência. Outros exemplos são a infusão intravenosa para acelerar o trabalho de parto (ocitocina sintética), a pressão sobre a barriga da parturiente para empurrar o bebê (manobra de Kristeller), o uso rotineiro de lavagem intestinal, retirada dos pelos pubianos (tricotomia) e exame de toque frequente para verificar a dilatação. São comuns também os relatos de frases pejorativas ou com sentido de humilhação, praticados por parte dos





# Câmara Municipal de Sorocaba

Estado de São Paulo

**Nº** profissionais de saúde: “se você não parar de gritar, eu não vou mais te atender”, “na hora de fazer não gritou” e outras do gênero.

Também é considerada violência obstétrica agendar um parto cesáreo sem a real necessidade, recusar dar bebida (até mesmo água) ou comida para uma mulher durante o trabalho de parto ou impedir procedimentos simples, como massagens para aliviar a dor e a presença de um acompanhante na hora do parto, que pode ser o marido ou qualquer pessoa da escolha da parturiente.

Há relatos do MPF, onde mulheres são amarradas e obrigadas a ficar deitadas durante o trabalho de parto, quando é comprovado cientificamente que, para minimizar os incômodos das contrações, a mulher deve se movimentar e ficar na posição que se sente mais confortável para parir. Mães que são impedidas de ter contato com o bebê e amamentá-lo logo após o parto também podem denunciar os profissionais de saúde.

A hora do parto faz parte dos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres, por ser direito, não pode ser desrespeitado. Por isso, é preciso haver fiscalização e, sobretudo, divulgação dos direitos das parturientes. As mulheres precisam ser informadas para que possam cobrar dos profissionais que as atendem a assistência digna e baseada em evidências científicas já estabelecida pela OMS.

O projeto de lei em comento tem o objetivo de efetivar a humanização do parto. Deixar de proceder com ações que vão fazer nascer esta realidade em nossa cidade é lutar contra a humanização, querer calar as mulheres violentadas durante o parto, querer estabelecer um suposto e aviltante “direito” da equipe médica de violentá-las (sim, cometer violência é violentar!) baseado num saber que ele não se dispõe a explicar, é negar direitos humanos básicos às mulheres e aos bebês.





# Câmara Municipal de Sorocaba

Estado de São Paulo

**Nº**

Além dos procedimentos errôneos ou desnecessários que enfrentam na hora de dar à luz, as mulheres, vítimas de violência obstétrica, que se configura pela agressão verbal, descaso, grosseria, escárnio, comentários maldosos e discriminatórios ou, todo tipo de ações torpes e com o claro intuito de humilhar.

Países como Argentina e Venezuela consideram a violência obstétrica como um crime cometido contra as mulheres e, como tal, deve ser prevenido, punido e erradicado.

Para que a realidade da violência obstétrica mude, é necessário a compreensão e a denúncia, bem como assegurar que os casos ocorridos sejam recebidos, apurados e julgados.

Faz-se necessário, também, que leis e normas vigentes no país, as quais garantem proteção do pleno direito de sua cidadania, liberdade sexual e reprodutiva às mulheres sejam observadas e cumpridas.

Considerando ainda que, para garantir o acesso a todas as mulheres, indiscriminadamente, necessária a afixação de cartazes informativos nesses órgãos públicos referidos na lei, visando garantir a correta informação e orientação quanto aos instrumentos e mecanismos que se dispõe para garantir o direito das gestantes e parturientes.

Como forma de garantir e fomentar atitudes que promovam a ampla divulgação dos direitos das gestantes e parturientes e como forma de coibir toda e qualquer forma de violência, é que pedimos o apoio e a aprovação do presente projeto.

*S/S., 13 de março de 2014.*  
*José Apolo da Silva "Pastor Apolo"*  
*Vereador*

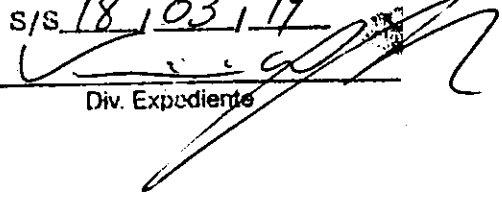


Recebido na Div. Expediente

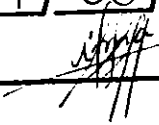
13 de março de 14

A Consultoria Jurídica e Comissões

S/S 18/03/14

  
Div. Expediente

RECEBIDO NA SECRETARIA JURÍDICA

19 / 03 / 14  
  
\_\_\_\_\_



# Câmara Municipal de Sorocaba

Estado de São Paulo

## Nº



**Câmara Municipal de Sorocaba**  
**Sistema de Apoio ao Processo Legislativo**

### RECIBO DE ENVIO DE PROPOSIÇÃO

Código do Documento: <b>M730520397/944</b>	Tipo de Proposição: Projeto de Lei
Autor: Pastor Apolo	Data de Envio: 14/03/2014
Descrição: <b>DISPÕE SOBRE MEDIDAS DE INFORMAÇÃO ÀS GESTANTES E PARTURIENTES E DA OUTRAS PROVIDÊNCIAS.</b>	

Declaro que o conteúdo do texto impresso em anexo é idêntico ao conteúdo enviado eletronicamente por meio do sistema SAPL para esta proposição.

*[Handwritten Signature]*  
Pastor Apolo

Protocolo Geral 13 - Mar - 2014 16:56 133477 - 13/14  
 Câmara Municipal de Sorocaba



Este impresso foi confeccionado com papel 100% reciclado



# Câmara Municipal de Sorocaba

Estado de São Paulo

SECRETARIA JURÍDICA

EXMO. SR. PRESIDENTE

PL 113/2014

A autoria da presente Proposição é do Vereador José Apolo da Silva.

Trata-se de PL que dispõe sobre a implantação de medidas de informação às gestantes e parturientes sobre a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, visando, principalmente, a proteção destas contra a violência obstétrica no município de Sorocaba e dá outras providências.

A presente lei tem por objetivo obrigar a divulgação da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, no Município, visando, em especial, a proteção das gestantes e parturientes contra atos de violência obstétrica (Art. 1º); considera-se violência obstétrica todo ato praticado por médicos, enfermeiros, equipe hospitalar de modo geral, que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em vias de trabalho de parto ou, ainda, no estado puerperal (Art. 2º); para efeito desta lei, considerar-se-á ofensa verbal ou física, dentre outras, as seguintes condutas praticadas por quaisquer pessoas discriminadas: tratar a gestante ou parturiente de forma agressiva, de modo não empático à situação singular à vida da mulher, grosseiramente,



II - multa simples;

## Câmara Municipal de Sorocaba

Estado de São Paulo

SECRETARIA JURÍDICA

com sarcasmo ou ironia ou qualquer outra forma que, de alguma forma a constranja ou a faça sentir-se desconfortável com o tratamento recebido; ironizar ou repreender a parturiente por comportamentos como gritar, chorar, ter medo, solicitar a presença de alguém, sentir vergonha ou ter dúvidas; ironizar ou repreender a parturiente por comportamentos alheios à sua vontade tal como descontrolo de esfíncter e outros, bem como por qualquer característica física: obesidade, estrias, celulite, etc.; não dar atenção às queixas e dúvidas da gestante internada ou em trabalho de parto; trata-la de forma inferior, atribuindo-lhe comandos e nomes infantilizados e diminutivos, de modo a sentir-se incapaz; fazer a gestante ou parturiente acreditar pela necessidade de parto cesáreo quando esta não se faz necessária, utilizando de riscos imaginários ou hipotéticos não comprovados e sem a devida explicação dos riscos que a alcançam e ao bebê; recusar, por qualquer razão, o atendimento de parto, haja vista ser uma emergência médica; promover a transferência da internação de gestante ou parturiente sem a devida análise e confirmação prévia de haver vaga e garantia de atendimento, bem como tempo suficiente para que esta chegue ao local de forma segura à si própria e ao bebê; impedir que o cônjuge ou qualquer outra pessoa que a mulher escolher, acompanhe-a durante todo o trabalho de parto com manobras do tipo fazer a ficha, providenciar a internação, etc.; impedir a gestante de se comunicar com quem lhe aprovar, tirando-lhe a liberdade de fazer uso de aparelho celular, caminhar até a sala de espera, conversar com familiares e com seu acompanhante; submeter a parturiente a procedimentos dolorosos, desnecessários ou humilhantes, com lavagem intestinal, raspagem de pelos pubianos de forma humilhante, coloca-la em posição ginecológica com portas abertas, exame de toque realizado por mais de um profissional, rompimento de bolsa amniótica de forma estúpida e grosseira (amniotomia); recusar-se à aplicação de anestesia na parturiente quando esta assim o requerer; realizar episiotomia quando esta comprovadamente não se mostra imprescindível; manter algemadas mulheres detentas em trabalho de parto; realizar qualquer procedimento sem, previamente, explicar, com palavras simples, a necessidade



# Câmara Municipal de Sorocaba

Estado de São Paulo

## SECRETARIA JURÍDICA

do que está sendo oferecido ou reconhecido e faze-lo somente com o seu consentimento; submeter a gestante, parturiente e ou ao bebê a procedimentos exclusivamente com o intuito de treinar estudantes; findo o trabalho de parto, demorar injustificadamente para cômuda-la no quarto; submeter o bebê saudável à aspiração de rotina, injeções ou procedimentos, na primeira hora de vida, sem que antes tenha sido colocada em contato com a mãe e de ter sido a chance de ser amamentado; privar a mulher, depois do parto, do direito de ter o bebê ao seu lado no alojamento conjunto hospitalar e de amamentar livremente, salvo se um deles, ou ambos necessitarem de cuidados especiais; deixar de informar à mulher, com mais de 25 anos ou com mais de 2 filhos, sobre seu direito à realização de laqueadura nas trompas, gratuitamente, nos hospitais públicos e conveniados ao SUS; oferecer tratamento semelhante à visita ao pai do bebê e obstar seu livre acesso para acompanhar a parturiente e o bebê a qualquer hora do dia (Art. 3º); o Poder Executivo, por meio do setor competente, poderá elaborar Cartilha dos Direitos da Gestante e da Parturiente, propiciando à todas as mulheres as informações e esclarecimentos necessários para um atendimento hospitalar digno e humanizado, visando à erradicação da violência obstétrica. A Cartilha deverá ser elaborada em linguagem simples e acessível, de forma a possibilitar a compreensão por mulheres de todos os níveis de escolaridade; a cartilha trará a integralidade do texto da Portaria nº 1.067/GM, de 04 de julho de 2.005, que institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (Art. 4º); as unidades hospitalares que prestem esse tipo de atendimento deverão expor cartazes informativos contendo as condutas elencadas nos incisos I a XXI do art. 3º, bem como disponibilizar às mulheres um exemplar da Cartilha. Equiparam-se às unidades hospitalares, as unidades básicas de saúde (UBS's), os prontos atendimentos (PA's) e os consultórios médicos especializados no atendimento da saúde da mulher. Os cartazes devem informar, órgãos e trâmites para possível denúncia em casos de violência: que deverá ser entregue, sem questionamentos e custos, o prontuário da gestante e da parturiente no hospital, se esta assim o exigir; que a gestante ou parturiente escreva uma





# Câmara Municipal de Sorocaba

Estado de São Paulo

SECRETARIA JURÍDICA

carta contando em detalhes o tipo de violência sofrida e como se sentiu; que se o parto foi realizado pelo SUS, enviar a carta para a Ouvidoria do Hospital com cópia para a Diretoria Clínica, Secretaria Municipal de Saúde e para a Secretaria Estadual de Saúde; que se o parto foi realizado em hospital da rede privada, enviar a carta para a Diretoria Clínica do Hospital, com cópia para a Diretoria do seu Plano de Saúde, para a ANS e para as Secretarias Municipal e Estadual de Saúde; que consulte um advogado para outras instâncias de denúncia, dependendo da gravidade da violência recebida; ligue para a Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180 (Art. 5º); cláusula de despesa (Art. 6º); vigência da Lei (Art. 7º).

**Este Projeto de Lei encontra respaldo em nosso Direito Positivo**, neste diapasão passa-se a expor:

**Constata-se que esta Proposição visa normatizar sobre a implantação de medidas de informação** às gestantes e parturientes sobre a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, visando, principalmente, a proteção destas contra a violência obstétrica no Município.

O PL em exame visa implementar o direito a informação, sendo tal direito considerado na Constituição da República Federativa do Brasil, como direito fundamental, *in verbis*:

*Título II*

*Dos Direitos e Garantias Fundamentais*

*Capítulo I*

*DOS DIREITOS E DEVERES INDIVIDUAIS E COLETIVOS*



# *Câmara Municipal de Sorocaba*

Estado de São Paulo  
**SECRETARIA JURÍDICA**

*Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantido-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:*

*XIV – é assegurado a todos o acesso à informação e resguardando o sigilo da fonte, quando necessário ao exercício profissional.*

Nas palavras do Ministro do Supremo Tribunal Federal, Carlos Ayres Brito: “No Brasil, o direito a informação tem o mais sólido lastro constitucional. Se traduz no direito de informar, se informar e ser informado.”

O direito a informação está incluído nos direitos fundamentais de segunda dimensão, denominados de direitos sociais, econômicos e culturais. Esses direitos impõem ao Estado (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) uma operação prestacional, voltada para a satisfação das carências da coletividade.

Soma-se, ainda, ao fato que, em conformidade com o Art. 1º do arquétipo constitucional, a República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Município e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito.

E destaca-se como princípio democrático a constituição de uma democracia representativa e participativa, pluralista, e que seja garantia geral da vigência e eficácia dos direitos fundamentais.



# *Câmara Municipal de Sorocaba*

Estado de São Paulo

**SECRETARIA JURÍDICA**

Sublinha-se que foi expedido Portaria oriunda Ministério da Saúde a qual institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, da qual destaca-se infra:

**PORTARIA Nº 1.067/GM DE 4 DE JULHO DE 2005.**

*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 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*



# *Câmara Municipal de Sorocaba*

. Estado de São Paulo  
SECRETARIA JURÍDICA

*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;*



# *Câmara Municipal de Sorocaba*

Estado de São Paulo

SECRETARIA JURÍDICA

*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.*

*Art. 3º Estabelecer um processo de contratação de metas entre os gestores municipais, estaduais e o Ministério da Saúde para organização da rede de atenção obstétrica e neonatal nos estados e municípios, de acordo com as diretrizes e condições a serem aprovadas pela Comissão Intergestores Tripartite - CIT e Conselho Nacional de Saúde - CNS.*

*§ 1º Os contratos de metas para atenção obstétrica e neonatal deverão contemplar a organização da atenção pré-natal ao parto, ao puerpério e ao neonatal, com garantia de referência para diagnóstico, atenção ambulatorial especializada, hospitalar e*



# *Câmara Municipal de Sorocaba*

Estado de São Paulo

SECRETARIA JURÍDICA

*para assistência às situações de intercorrências e urgências obstétricas e neonatais;*

*§ 2º Esse processo de contratualização de metas para atenção obstétrica e neonatal deve contemplar também a reclassificação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - PHPN e a reclassificação das unidades de referência para atendimento às gestantes e recém-nascidos de risco nos estados e municípios.*

*§ 3º Determinar que seja colocado em consulta pública o "Termo de referência para o processo de contratualização de metas para a Atenção Obstétrica e Neonatal" (Anexo 2) pelo prazo de sessenta dias, a contar da data de publicação desta Portaria.*

*§ 4º Estabelecer que a Área Técnica da Saúde da Mulher, do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde analise e consolide as contribuições da consulta pública, submetendo-as à aprovação pela CIT e pelo CNS.*

*Art. 4º Estabelecer os seguintes ajustes no Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - PHPN, instituído por meio das Portarias GM/MS nºs 569, 570, 571 e 572 de junho de 2000: (g.n.)*

*I - revogar a exigência de processo de adesão PHPN proposto na portaria nº 570/GM, de 1º de junho de 2000;*



# *Câmara Municipal de Sorocaba*

Estado de São Paulo

**SECRETARIA JURÍDICA**

*II - disponibilizar o Sistema de Informação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento - Sis prenatal para 100% dos municípios; (g.n.)*

*III - repassar incentivos do PHPN para 100% dos municípios que informarem, por meio do Sis prenatal, a realização dos procedimentos estabelecidos nesta Portaria;*

*IV - extinguir o componente II do PHPN, regulamentado pela Portaria N. 356/00, de 22 de setembro de 2000; e*

*V - substituir o número de cadastro de gestantes no PHPN (série numérica) por número do Cadastro de Usuário do SUS.*

*Art. 5º Estabelecer que a Secretaria de Atenção à Saúde, a Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e o DATASUS tomem as medidas necessárias para cumprimento do exposto nesta Portaria.*

**ANEXO I**

## **PRINCÍPIOS GERAIS E DIRETRIZES PARA A ATENÇÃO OBSTÉTRICA E NEONATAL**

*A Atenção Obstétrica e Neonatal, prestada pelos serviços de saúde deve ter como características essenciais a qualidade e a*



# *Câmara Municipal de Sorocaba*

Estado de São Paulo

SECRETARIA JURÍDICA

*humanização. É dever dos serviços e profissionais de saúde acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido, enfocando-os como sujeitos de direitos.*

*A humanização diz respeito à adoção de valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de co-responsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, de direitos dos usuários e de participação coletiva no processo de gestão.*

*O principal objetivo da atenção obstétrica e neonatal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, ao fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e o bem-estar da mulher e do recém-nascido.*

*A atenção com qualidade e humanizada depende da provisão dos recursos necessários, da organização de rotinas com procedimentos comprovadamente benéficos, evitando-se intervenções desnecessárias e do estabelecimento de relações baseadas em princípios éticos, garantindo-se a privacidade, a autonomia e compartilhando-se com a mulher e sua família as decisões sobre as condutas a serem adotadas.*

Face a todo o exposto, constata-se que este PL encontra guarida no Direito Pátrio, pois visa a dar eficácia ao Direito de Informação, consagrado pela Constituição da República, como Direito Fundamental, e ainda, está





# Câmara Municipal de Sorocaba

Estado de São Paulo

SECRETARIA JURÍDICA

condizente com o princípio democrático, o alicerce que fundamenta o Estado Democrático de Direito; sendo que, sob o aspecto jurídico, nada a opor.

É o parecer.

Sorocaba, 20 de março de 2.014.

MARCOS MACIEL PEREIRA

ASSESSOR JURÍDICO

De acordo:

MARCIA PEGORELLI ANTUNES

Secretaria Jurídica

**PORTARIA Nº 1.067/GM DE 4 DE JULHO DE 2005.**

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,

**R E S O L V E:**

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.

Art. 3º Estabelecer um processo de contratação de metas entre os gestores municipais, estaduais e o Ministério da Saúde para organização da rede de atenção obstétrica e neonatal nos estados e municípios, de acordo com as diretrizes e condições a serem aprovadas pela Comissão Intergestores Tripartite - CIT e Conselho Nacional de Saúde - CNS.

§ 1º Os contratos de metas para atenção obstétrica e neonatal deverão contemplar a organização da atenção pré-natal ao parto, ao puerpério e ao neonatal, com garantia de referência para diagnóstico, atenção ambulatorial especializada, hospitalar e para assistência às situações de intercorrências e urgências obstétricas e neonatais;

§ 2º Esse processo de contratualização de metas para atenção obstétrica e neonatal deve

contemplar também a reclassificação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - PHPN e a reclassificação das unidades de referência para atendimento às gestantes e recém-nascidos de risco nos estados e municípios.

§ 3º Determinar que seja colocado em consulta pública o "Termo de referência para o processo de contratualização de metas para a Atenção Obstétrica e Neonatal" (Anexo 2) pelo prazo de sessenta dias, a contar da data de publicação desta Portaria.

§ 4º Estabelecer que a Área Técnica da Saúde da Mulher, do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde análise e consolide as contribuições da consulta pública, submetendo-as à aprovação pela CIT e pelo CNS.

Art. 4º Estabelecer os seguintes ajustes no Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - PHPN, instituído por meio das Portarias GM/MS nºs 569, 570, 571 e 572 de junho de 2000:

I - revogar a exigência de processo de adesão PHPN proposto na portaria nº 570/GM, de 1º de junho de 2000;

II - disponibilizar o Sistema de Informação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento - Sisprenatal para 100% dos municípios;

III - repassar incentivos do PHPN para 100% dos municípios que informarem, por meio do Sisprenatal, a realização dos procedimentos estabelecidos nesta Portaria;

IV - extinguir o componente II do PHPN, regulamentado pela Portaria N. 356/00, de 22 de setembro de 2000; e

V - substituir o número de cadastro de gestantes no PHPN (série numérica) por número do Cadastro de Usuário do SUS.

Art. 5º Estabelecer que a Secretaria de Atenção à Saúde, a Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e o DATASUS tomem as medidas necessárias para cumprimento do exposto nesta Portaria.

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

HUMBERTO COSTA

ANEXO I

#### PRINCÍPIOS GERAIS E DIRETRIZES PARA A ATENÇÃO OBSTÉTRICA E NEONATAL

A Atenção Obstétrica e Neonatal, prestada pelos serviços de saúde deve ter como características essenciais a qualidade e a humanização. É dever dos serviços e profissionais de saúde acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido, enfocando-os como sujeitos de direitos.

A humanização diz respeito à adoção de valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, de direitos dos usuários e de participação coletiva no processo de gestão.

O principal objetivo da atenção obstétrica e neonatal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, ao fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e o bem-estar da mulher e do recém-nascido.

A atenção com qualidade e humanizada depende da provisão dos recursos necessários, da organização de rotinas com procedimentos comprovadamente benéficos, evitando-se intervenções desnecessárias e do estabelecimento de relações baseadas em princípios éticos, garantindo-se a privacidade, a autonomia e compartilhando-se com a mulher e sua família as decisões sobre as condutas a serem adotadas.

É importante destacar a necessidade de atenção especial à gestante adolescente (10 a 19 anos) e a outros grupos específicos como de mulheres negras, índias e portadoras de HIV ou outras doenças infecciosas de transmissão vertical. Com relação à gravidez na adolescência, apesar do registro de redução nas taxas de fecundidade total, os dados do IBGE apontam para um crescimento de 25% na faixa de 15 a 19 anos, entre 1991 e 2000. Essa faixa etária guarda especificidades que devem ser consideradas na atenção obstétrica como uma das formas de consolidar a qualidade e a humanização na condição de direitos assegurados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente. No que diz respeito à transmissão vertical do HIV, é importante destacar que a população brasileira dispõe de recursos capazes de reduzir esta transmissão para próximo de zero.

Os estados e os municípios necessitam dispor de uma rede de serviços organizada para atenção obstétrica e neonatal, com mecanismos estabelecidos de referência e contra-referência, considerando os seguintes critérios:

- vinculação de unidades que prestam atenção pré-natal às maternidades e hospitais, conforme definição do gestor local;

- garantia dos recursos humanos, físicos, materiais e técnicos, necessários à atenção pré-natal,

assistência ao parto e ao recém-nascido e à atenção puerperal, com estabelecimento de critérios mínimos para funcionamento das maternidades, hospitais e unidades de saúde;

- captação precoce de gestantes na comunidade;
- garantia de atendimento a todas as gestantes que procurem os serviços de saúde;
- garantia da realização dos exames complementares necessários;
- garantia de atendimento a todas as parturientes e recém-nascidos que procurem os serviços de saúde e garantia de internamento, sempre que necessário;
- vinculação das unidades de saúde à Central de Regulação Obstétrica e Neonatal de modo a garantir a internação da parturiente e do recém-nascido nos casos de demanda excedente;
- transferência da gestante e/ou do neonato em transporte adequado, mediante vaga assegurada em outra unidade, quando necessário;
- garantir atenção pré-hospitalar qualificada à gestante e ao neonato em casos de urgência, conforme efetivado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU;
- garantia de atendimento das intercorrências obstétricas e neonatais; e
- garantir de atenção à mulher no puerpério e ao recém-nascido.

#### I - ATENÇÃO PRÉ-NATAL - Ações e procedimentos:

O principal objetivo da atenção pré-natal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, ao fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal.

Uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento pré hospitalar e hospitalar para alto risco.

Os estados e municípios, por meio das unidades integrantes de seu sistema de saúde, devem garantir uma atenção pré-natal realizada em conformidade com os parâmetros estabelecidos a seguir:

1. Captação precoce das gestantes com realização da primeira consulta de pré-natal até 120 dias da gestação;

2. Realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação.

3. Desenvolvimento das seguintes atividades ou procedimentos durante a atenção pré-natal:

3.1. Identificação da gestante pelo nome e dos profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento;

3.2. Escuta da mulher e de seus/suas acompanhantes, esclarecendo dúvidas e informando sobre o que vai ser feito durante a consulta e as condutas a serem adotadas; e

3.3. Atividades educativas – a serem realizadas em grupo ou individualmente ao longo da gestação, com linguagem clara e compreensível, considerando as especificidades das adolescentes, proporcionando respostas às indagações da mulher ou da família e as informações necessárias envolvendo os seguintes temas:

- importância do pré-natal, higiene, promoção da alimentação saudável e atividade física;
- desenvolvimento da gestação, modificações corporais e emocionais, medos e fantasias referentes à gestação e ao parto, incluindo os mitos sobre gestação na adolescência;
- atividade sexual, incluindo prevenção da sífilis, do HIV e outras DST, e aconselhamento para o teste anti-HIV;
- sintomas comuns na gravidez e orientação alimentar para as queixas mais frequentes;
- sinais de alerta e o que fazer nessas situações;
- preparo para o parto: planejamento individualizado considerando local, transporte, recursos necessários para o parto e para o recém-nascido, apoio familiar e social;
- orientação e incentivo para o aleitamento materno e orientação específica para as mulheres que não poderão amamentar;
- importância do planejamento familiar, num contexto de escolha informada, com incentivo à dupla proteção;
- sinais e sintomas do parto;
- cuidados após o parto (para a mulher e o recém-nascido - estimular o retorno ao serviço de saúde),
- saúde mental e violência doméstica e sexual;
- informação acerca dos benefícios legais a que a mãe e o recém-nascido têm direito;
- impacto e agravos causados pelas condições de trabalho sobre a gestação, o parto e o puerpério;
- importância da participação do pai durante a gestação e do estabelecimento do vínculo pai-filho para o desenvolvimento saudável da criança;
- gravidez na adolescência e as implicações sociais e familiares;

- importância das consultas puerperais;
- cuidados com o recém-nascido, dispensando atenção especial aos expostos ao HIV e outros que se encontram em contexto especial;
- importância da realização da Triagem Neonatal (teste do pezinho) na primeira semana de vida do recém-nascido; e
- importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, e das medidas preventivas (vacinação, higiene e saneamento do meio ambiente).

#### 3.4. Anamnese e exame clínico-obstétrico da gestante.

#### 3.5. Exames laboratoriais:

- ABO-Rh, Hemoglobina/Hematócrito, na primeira consulta;
- glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação;
- VDRL, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação;
- urina tipo I, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação;
- oferta de testagem anti-HIV na primeira consulta, com aconselhamento pré e pós-teste;
- sorologia para hepatite B (HBsAg), com um exame, de preferência, próximo à trigésima semana de gestação; e
- sorologia para toxoplasmose (IgM), na primeira consulta, se disponível.

3.6. Imunização antitetânica: aplicação de vacina dupla tipo adulto até a dose imunizante (segunda) do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas;

3.7. Avaliação do estado nutricional da gestante e monitoramento através do SISVAN.

3.8. Prevenção e tratamento dos distúrbios nutricionais.

3.9. Prevenção ou diagnóstico precoce do câncer de colo uterino e de mama.

3.10. Tratamento das intercorrências da gestação.

3.11. Classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas subseqüentes.

3.12. Atendimento às gestantes classificadas como de risco, garantindo o vínculo e o acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar especializado.

3.13. Registro em prontuário e cartão da gestante, inclusive registro de intercorrências/urgências que requeiram avaliação hospitalar em situações que não necessitem de internação.

4. Atenção à mulher e ao recém-nascido na primeira semana após o parto, com realização das ações da "primeira semana de saúde integral" (avaliação global da saúde da criança; realização do teste do pezinho; orientações sobre amamentação; e aplicação de vacinas se necessário e realização da consulta puerperal (entre a 30ª e 42ª semanas pós-parto).

#### II - ATENÇÃO AO PARTO - Ações e procedimentos:

1. Acolher e examinar a parturiente.
2. Chamar a gestante pelo nome e identificar os profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento.
3. Escutar a mulher e seus/suas acompanhantes, esclarecendo dúvidas e informando sobre o que vai ser feito e compartilhando as decisões sobre as condutas a serem tomadas.
4. Desenvolver atividades educativas visando à preparação das gestantes para o parto, amamentação do RN e contracepção pós-parto.
5. Garantir a visita do pai ou de familiares sem restrição de horário.
6. Garantir o direito a acompanhante durante o pré-parto, parto e pós-parto, segundo demanda da mulher.
7. Garantir o apoio diagnóstico necessário.
8. Garantir os medicamentos essenciais para o atendimento das situações normais e das principais intercorrências.
9. Acompanhar as mulheres em trabalho de parto com monitoramento e promoção do bem-estar físico e emocional da mulher.
10. Realizar partos normais e cirúrgicos e atender às intercorrências obstétricas e neonatais.
11. Prestar assistência qualificada e humanizada à mulher no pré-parto e parto:
  - utilizar partograma para registro da evolução do trabalho de parto;
  - realizar teste rápido anti-HIV, com consentimento verbal da mulher, quando o teste anti-HIV não tiver sido realizado no pré-natal;
  - oferecer líquido por via oral durante o trabalho de parto;
  - respeitar a escolha da mulher sobre o local e a posição do parto;
  - respeitar o direito da mulher à privacidade no local do parto;
  - fornecer às mulheres todas as informações e explicações que desejarem;
  - permitir liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto;
  - estimular posições não-supinas durante o trabalho de parto;
  - oferecer métodos não invasivos e não farmacológicos para alívio da dor, como massagens, banhos e técnicas de relaxamento durante o trabalho de parto;

- executar procedimentos pré-anestésicos e anestésicos, quando pertinente;
- promover uso restrito de episiotomia (somente com indicação precisa);
- implementar manejo ativo do terceiro período do parto com administração profilática de ocitocina;
- verificar contratilidade uterina;
- examinar rotineiramente a placenta e as membranas ovulares;
- avaliar o canal de parto: sangramento, lacerações;
- implementar normas de prevenção de infecção (lavagem e anti-sepsia cirúrgica das mãos, uso de materiais descartáveis e processamento dos reutilizáveis, de acordo com normas estabelecidas, uso de luvas no exame vaginal, no parto e no manuseio da placenta, entre outros);
- garantir presença de pediatra na sala de parto, sempre que possível, ou de profissional capacitado para prestar os cuidados necessários ao recém-nascido;
- garantir realização do exame VDRL na mãe em sangue periférico;
- garantir imunoglobulina anti-Rh às mulheres iso-imunizadas; e
- elaborar relatórios médicos/enfermagem e fazer registro de parto e das condições de nascimento do RN.

#### 11. Assistência qualificada ao recém-nascido.

### III - ATENÇÃO AO RECÉM-NASCIDO – RN - Ações e procedimentos:

#### Cuidados no pré parto:

##### Avaliação do pré natal:

- se o pré- natal foi realizado e o número de consultas;
- idade gestacional;
- gravidez única/múltipla;
- uso de medicamentos ou drogas;
- suplementação com sulfato ferroso para a gestante;
- resultado de exames laboratoriais;
- uso de vacinas;
- patologias prévias ou do período gestacional: hipertensão, diabetes, ganho inadequado de peso (baixo peso ou obesidade), pneumopatias, cardiopatias, hepatopatias, doenças reumáticas, anemia, infecções, pré-eclâmpsia, hemorragias no primeiro, segundo ou terceiro trimestre, ameaça de aborto ou de parto prematuro; e
- resultado de exames laboratoriais: hemograma, grupo sanguíneo e fator Rh, EAS, VDRL, sorologia anti-HIV;

##### Condições no trabalho de parto:

- tempo de rotura da bolsa amniótica;
- aspecto do líquido amniótico;

#### Cuidados no parto:

##### Durante e após o parto:

- tipo e duração do parto, se houve intervenção e a causa que motivou, indução, anestesia, apresentação do RN, se houve sofrimento fetal e complicações.

#### Avaliar as condições do nascimento:

##### Se RN em boas condições (bom padrão respiratório, Fc >100bpm, e sem cianose central):

- inicia-se o momento da interação mãe-filho, estimulando a aproximação e contato pele a pele, além de permitir e estimular a amamentação na primeira meia hora após o parto;
- clampar o cordão após esse parar de pulsar, observar suas características e avaliar o Apgar;
- secar o RN cuidadosamente com compressa e remover campos úmidos;
- se necessário aspirar boca e nariz do bebê, levá-lo sob fonte de calor irradiante mantendo a cabeça em leve extensão;
- realizar credeização: antes da credeização, é importante o contato olho a olho com os pais. Usa-se solução de nitrato de prata a 1% em ambos os olhos, removendo-se o excesso.

##### Se RN em más condições de vitalidade:

##### Fatores de risco que indicam a necessidade de reanimação:

gestante sem pré natal  
 DHEG / Diabetes, hipertensãoApresentação  
 anômala  
 Sangramentos no 3º trimestre (descolamento  
 de placenta, placenta prévia)  
 Gestante com choque/hipotensão, ou hipóxia  
 Infecção materna  
 Nó/prolapso de cordão  
 Sofrimento fetal sugerido ao ultrassom

Partos múltiplos  
 Anormalidades na monitorização fetal  
 Líquido com aspecto meconial  
 Prematuridade (<37 semanas)  
 Pós maturidade (>42 semanas)  
 Crescimento intra-uterino retardado  
 Amniorrexe > 24 horas  
 Anestesia/uso de narcóticos  
 Sensibilização Rh

Profissionais das áreas médica e de enfermagem devem ser capacitados, a fim de avaliar o quadro clínico do RN e tomar medidas imediatamente.

Se ausência de mecônio no líquido amniótico:

- prevenir a perda de calor;
- estabelecer a permeabilidade das vias aéreas;
- fazer estimulação táctil, com manobras delicadas no dorso do RN, suficientes para estimular a respiração do RN em apnéia primária; e
- administrar condutas para reanimação, se necessário.

Se presença de líquido meconial:

- se RN deprimido, proceder à intubação antes da aspiração ou até mesmo de secar a criança.

Medidas gerais

- garantir a presença de acompanhante ao RN quando esse necessitar de internação;
- garantir o início da amamentação na sala de parto;
- garantir que o RN saudável siga com a mãe para o alojamento conjunto, quando da saída da sala de parto (não se deve utilizar berçário de observação);
- garantir a assistência ao RN com bases no Manual de Assistência ao RN do MS;
- garantir recursos humanos, equipamentos e métodos diagnósticos terapêuticos para a atenção de qualidade ao RN;
- garantir acesso a todos os níveis de assistência, incluindo UI e UTI neonatal, quando o RN necessitar;
- garantir a implantação do Método Canguru para o RN de baixo peso, após sua estabilização clínica;
- garantir transporte adequado ao RN quando necessário;
- propiciar ao RN vacina contra a hepatite B nas primeiras 12 horas de vida;
- garantir imunoglobulina anti-hepatite B aos RN filhos de mães HbsAg positivas;
- garantir a abertura e o preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança na maternidade; e
- garantir o alojamento conjunto desde o nascimento, favorecendo a relação precoce mãe / bebê.

IV - ACOMPANHAMENTO NO PÓS-PARTO IMEDIATO

- cuidados com o RN após o parto:
  - após atendimento em sala de parto, encaminhar o RN ao Alojamento Conjunto, transportando envolto em campo aquecido. Fazer a identificação, sexo, medidas antropométricas e exame físico sumário, avaliando malformações ou traumas e abrir e transcrever para a Caderneta de Saúde da Criança;
  - anotar dados relativos ao parto, como data, hora, nome da mãe, intercorrências em prontuário e na Caderneta de Saúde da Criança; higienizar o RN;
  - administrar vacinas: BCG e anti Hepatite B. Se a mãe sabidamente é HbsAg+, usar a imunoglobulina anti-hepatite B.
  - usar vitamina K para prevenir a doença hemorrágica do RN;
  - cuidar do RN para devolver à mãe, permanecendo em alojamento conjunto por 24 horas;
  - cuidar do coto umbilical
  - cuidados com a mulher:
    - escutar a mulher, verificando como ela se sente, como está se dando a amamentação e a relação com o/s seu/s filho/s;
    - esclarecer dúvidas e fornecer informações sobre sua condição, sobre a condição do seu filho/a e sobre o que vai ser feito;
    - avaliar o estado psíquico da mulher e encaminhar para profissional especializado, se necessário;
    - proceder avaliação clínico-obstétrica;
    - monitoramento dos dados vitais: pulso, pressão arterial, respiração, temperatura;
    - observação do estado geral: pele, mucosas, presença de edema, cicatriz cirúrgica (se parto normal com episiotomia /cesárea) e membros inferiores;
    - controle de perdas vaginais;
    - exame das mamas: fluxo do leite, ingurgitamentos, sinais inflamatórios, infecciosos, cicatrizes e

- outros que dificultem a amamentação;
- observação da contratilidade uterina;
- exame do períneo e genitais externos (verificar sinais de infecção, presença e características de lóquios);
- verificação de possíveis intercorrências: alterações emocionais, presença de corrimento com odor fétido, sangramento intenso, febre, dor em baixo ventre ou em mamas. No caso de detecção de alguma dessas alterações, solicitar avaliação médica ou psicológica (se emocional) imediata, caso o atendimento esteja sendo realizado por outro profissional da equipe.
- identificar os problemas/necessidades da mulher e do recém-nascido, com base na avaliação realizada;
- orientar sobre:
  - higiene, alimentação, atividades físicas,
  - atividade sexual, informando sobre prevenção de DST/AIDS,
  - cuidado com as mamas, reforçando a orientação sobre o aleitamento (considerando a situação das mulheres que não puderem amamentar),
  - cuidados com o recém-nascido,
  - direitos da mulher (direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas).
- Orientar sobre Planejamento Familiar e ativação de método contraceptivo, se for o caso:
  - informar sobre os métodos que podem ser utilizados no pós-parto,
  - explicar sobre o funcionamento do método da LAM (amenorréia da lactação),
  - se a mulher não deseja, ou não pode usar a LAM, ajudar na escolha de outro método,
  - disponibilizar o método escolhido pela mulher com instruções para o uso, o que deve ser feito se esse apresentar efeitos adversos e instruções para o seguimento.
- aplicar as vacinas, dupla tipo adulto e tríplice viral, se necessário;
- garantir a suplementação com sulfato ferroso até o 3º mês pós parto e vitamina A nas áreas e regiões endêmicas (Nordeste e Vale do Jequitinhonha e Mucuri - MG);
- garantir tratamento das intercorrências e encaminhamento para referência, quando indicado;
- garantir a remoção da mulher e do recém-nascido, nos casos de intercorrências, em unidades de transporte adequadas;
- orientar sobre a primeira semana saúde integral;
- agendar a consulta de puerpério;
- realizar registro em prontuário.
- realizar notificação compulsória, quando for o caso (diagnóstico de sífilis, HIV e tétano).
- garantir o preenchimento do cartão da gestante e do cartão da criança, na maternidade.
- investigar óbito materno, fetal e neonatal.

#### V - ATENDIMENTO ÀS PRINCIPAIS INTERCORRÊNCIAS OBSTÉTRICAS E NEONATAIS

Garantir o atendimento das mulheres e recém-nascidos nas seguintes intercorrências obstétricas e neonatais:

Em relação à mulher

1. Hiperemese.
2. Anemia.
3. Baixo ganho de peso/ sobrepeso e obesidade.
4. Infecções das vias urinárias e outras infecções.
5. Sífilis e outras DST.
6. Distúrbios hemorrágicos.
7. Choque.
8. Distúrbios hipertensivos e eclampsia.
9. Gestação prolongada.
10. Rotura prematura de membranas.
11. Principais complicações no parto (evolução insatisfatória do trabalho de parto, distócias, sofrimento fetal, prolapso de cordão, partos múltiplos).
12. Principais complicações no pós-parto (retenção placentária, retenção de restos ovulares, lacerações no trajeto do parto, atonia uterina, infecção, hemorragia).
13. Assistência ao abortamento incompleto, utilizando, preferencialmente, aspiração manual intra-uterina - AMIU.
14. Diabetes gestacional.

Em relação ao RN:

1. Distúrbios Respiratórios (doença da membrana hialina, aspiração de mecônio e líquido amniótico, pneumonia, taquipnéia transitória, hemorragia pulmonar, broncodisplasia).
2. Cardiopatias (cardiopatias congênitas, insuficiência cardíaca, arritmias, miocardiopatias).
3. Asfixia (uso de fórceps, trabalho de parto prolongado, prolapso de cordão, uso de sedativos pela gestante, RN grande para a idade gestacional, asfixia intraparto, impregnação de mecônio).



4. Cianose (cardiopatas, pneumopatas, obstrução de vias aéreas, compressão extrínseca dos pulmões, lesões do sistema nervoso central, doenças neuromusculares).
5. Prematuridade e pós maturidade.
6. Distúrbios metabólicos e hidreletolíticos.
7. Baixo peso e desnutrição ( considerar erros da amamentação).
8. Icterícia (doença hemolítica perinatal, alterações morfológicas, defeitos enzimáticos, colestase, obstrução e atresia biliar, hemólise, infecções).
9. Distúrbios hematológicos (anemias, policitemia, coagulopatias).
10. Infecções.
11. Encefalopatias, convulsões.
12. Traumas de parto (paralisias, fraturas, rotura de vísceras).
13. Patologias cirúrgicas (pulmonares, gastrointestinais).
14. Síndromes.

#### VI - ATENÇÃO NO PUERPÉRIO

Primeira semana de saúde integral (atenção à mulher e ao recém-nascido na primeira semana pós-parto)

- Acolhimento da mulher e do RN por profissional de saúde habilitado, escutando o que ela tem a dizer, incluindo possíveis queixas e esclarecendo dúvidas;

Ações em relação à puérpera:

- verificar o cartão da gestante, observando condições da gestação e do atendimento na maternidade/ unidade de assistência;
- avaliar o estado psíquico da mulher, considerando as necessidades específicas das adolescentes;
- realizar avaliação clínico-ginecológica:
- verificação de dados vitais,
- observação do estado geral: pele, mucosas, presença de edema, cicatriz cirúrgica (parto normal com episiotomia /cesárea) e membros inferiores;
- exame da mama, verificando a presença de ingurgitamento, sinais inflamatórios, infecciosos ou cicatrizes que dificultem a amamentação;
- exame do abdome, verificando a condição do útero e se há dor à palpação;
- exame do períneo e genitais externos (verificar sinais de infecção, presença e características de lóquios);
- verificação de possíveis intercorrências: alterações emocionais, presença de corrimento com odor fétido, sangramentos intensos e febre, dor em baixo ventre ou em mamas. No caso de detecção de alguma dessas alterações, solicitar avaliação médica ou psicológica (se problema emocional) imediata, caso o atendimento esteja sendo feito por outro profissional da equipe:
- estimular o vínculo mãe-filho;
- observar e avaliar a mamada para garantia do adequado posicionamento e pega da aréola. O posicionamento errado do bebê, além de dificultar a sucção comprometendo a quantidade de leite ingerido, é uma das causas mais frequentes de problemas nos mamilos. Em caso de ingurgitamento mamário, mais comum entre o 3º e o 5º dia pós-parto, orientar quanto à ordenha manual, armazenamento e doação do leite excedente a um Banco de Leite Humano (caso haja na região);
- identificar problemas/necessidades da mulher e do recém-nascido, com base na avaliação realizada;
- orientar sobre:
  - higiene, alimentação, atividades físicas;
  - atividade sexual, informando sobre prevenção de DST/AIDS;
  - cuidado com as mamas, reforçando a orientação sobre o aleitamento (considerando a situação das mulheres que não puderem amamentar);
  - cuidados com o recém-nascido;
  - direitos da mulher (direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas);
  - orientar sobre Planejamento Familiar e ativação de método contraceptivo, se for o caso:
  - informação geral sobre os métodos que podem ser utilizados no pós-parto;
  - explicação de como funciona o método da LAM (amenorréia da lactação);
  - se a mulher não deseja, ou não pode usar a LAM, ajudar na escolha de outro método; e
  - disponibilização do método escolhido pela mulher com instruções para o uso, informando o que deve ser feito se esse apresentar efeitos adversos e instruções para o seguimento.
- aplicar vacinas dupla tipo adulto e tríplice viral, se indicado;
- realizar tratamento de possíveis intercorrências;
- registrar em prontuário;
- agendar a consulta de puerpério entre 30 e 42 dias do parto.

Ações em relação ao recém-nascido (RN)

- verificar existência da caderneta de saúde da criança e caso não haja, proceder à abertura imediata;
- observar as condições de alta da maternidade /unidade de assistência ao RN;
- observar orientação da mamada, reforçando as orientações dadas durante o pré-natal e na maternidade, destacando a necessidade do aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida do bebê e complementar até os 2 anos;
- observar e avaliar a mamada para garantia do adequado posicionamento e pega da aréola;
- proceder à observação geral da criança: peso, postura, atividade espontânea, padrão respiratório, estado de hidratação, eliminações e aleitamento materno, ectoscopia, características da pele (presença de palidez, icterícia e cianose), crânio, orelhas, olhos, nariz, boca, pescoço, tórax, abdômen (condições do coto umbilical), genitália, extremidades e coluna vertebral. Caso seja detectada alguma alteração solicitar avaliação médica imediatamente;
- identificar o RN de risco ao nascer:
- residente em área de risco;
- baixo peso ao nascer (menor que 2500g) ;
- prematuros (menor que 37 semanas de idade gestacional);
- asfixia grave (apgar menor que 7 no 5º minuto);
- crianças com intercorrências ou internadas nas maternidades ou unidades de assistência;
- orientações especiais à alta da maternidade ou da unidade de assistência;
- RN de mãe adolescente (<18 anos);
- RN de mãe com baixa instrução (<que 8 anos de estudo);
- história de morte de crianças com menos de 5 anos, na família;

Caso sejam identificados alguns destes critérios, solicitar avaliação médica imediatamente e agendamento para o ambulatório para RN de alto risco, se necessário;

- Realizar teste do pezinho, de acordo com normas definidas na Portaria nº 822/GM, de 6 de junho de 2001;
- aplicar vacinas (BCG e contra Hepatite B);
- registrar em prontuário;
- agendar consulta de puericultura com 15 dias.

#### Avaliação puerperal tardia (entre 30 e 42 dias)

- escuta da mulher verificando como se sente, suas possíveis queixas e esclarecendo dúvidas;
- avaliação clínico-ginecológica, incluindo exame das mamas;
- avaliação do aleitamento;
- orientação sobre:
  - higiene, alimentação, atividades físicas;
  - atividade sexual, informando sobre prevenção de DST/AIDS;
  - cuidado com as mamas, reforçando a orientação sobre o aleitamento (considerando a situação das mulheres que não puderem amamentar);
  - cuidados com o recém-nascido;
  - direitos da mulher e das adolescentes (direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas);
  - orientação sobre Planejamento Familiar e ativação de método contraceptivo se for o caso:
    - informação geral sobre os métodos que podem ser utilizados no pós-parto;
    - explicação de como funciona o método da LAM (amenorréia da lactação);
    - se a mulher não deseja ou não pode usar a LAM, ajudar na escolha de outro método;
    - disponibilização do método escolhido pela mulher com instruções para o uso, o que deve ser feito se esse apresentar efeitos adversos e instruções para o seguimento.
- tratamento de possíveis intercorrências;
- realização das ações previstas para a "Primeira Semana de Saúde Integral", caso a mulher não tenha comparecido naquele período.

#### ANEXO II

##### TERMO DE REFERÊNCIA PARA O PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO DE METAS PARA A ATENÇÃO OBSTÉTRICA E NEONATAL

Este termo de referência descreve as diretrizes gerais que orientam as metas a serem pactuadas na atenção básica, média e de alta complexidade e as atividades educacionais direcionadas à mulher gestante, sua família, à comunidade e à educação permanente dos profissionais de saúde.

A celebração dos contratos de metas será realizada entre as Secretarias Estaduais e as Municipais de Saúde e os contratos deverão ser homologados pelos Conselhos Municipais de Saúde e a Comissão Intergestores Bipartite - CIB. Após a celebração dos contratos entre municípios e estados, as SES

apresentarão as metas a serem pactuadas com o Ministério da Saúde que, no ato de homologação na Comissão Intergestores Tripartite, estará homologando também os contratos para a organização da atenção obstétrica e neonatal nos estados e nos municípios.

A atenção ao pré-natal, ao parto e ao puerpério deve ser pautada pela coerência com os princípios fundamentais e as estratégias definidas pela Política Nacional para a Atenção Obstétrica e Neonatal, visando à garantia dos direitos das mulheres e das crianças e a satisfação dos(as) usuários(as).

## I - DEFINIÇÃO DOS COMPROMISSOS / RESPONSABILIDADES CONJUNTAS – SMS/SES/MS

### 1. Caracterização geral da Atenção Obstétrica e Neonatal

1.1. Estabelecer mecanismos de relação entre as partes com a definição e a pactuação das atividades competentes aos gestores estaduais e municipais com relação ao planejamento, à organização, ao controle, à avaliação e à regulação do sistema estadual/regional/municipal de atenção obstétrica e neonatal nos diferentes níveis de complexidade.

1.2. Organizar rede de serviços de atenção obstétrica e neonatal, garantindo atendimento à gestante e ao recém-nascido de baixo e alto risco e em situações de urgência, incluindo mecanismos de referência e contra-referência.

1.3. Garantir a alocação de recursos financeiros provenientes das três esferas de governo (União, Estados e Municípios), conforme diagnóstico das necessidades locais, com vistas à ampliação de cobertura da Atenção Obstétrica e Neonatal, tanto quantitativa quanto qualitativamente.

1.4. Garantir os recursos físicos, humanos e materiais necessários para o funcionamento das Unidades que prestam atenção obstétrica e neonatal.

1.5. Adotar, em conjunto com as instituições formadoras de recursos humanos, estratégias de inserção das unidades básicas de saúde e unidades hospitalares como campo de estágio em nível de graduação e pós-graduação para os profissionais da área de saúde que contemplem as necessidades do SUS e em consonância com os princípios e diretrizes da Política Nacional para a Atenção Obstétrica e Neonatal.

1.6. Desenvolver Programa de Educação Permanente para os profissionais da rede de atenção obstétrica e neonatal básica, em um contexto de atuação multidisciplinar, incluindo a formação de enfermeiras obstetras.

1.7. Promover a capacitação de parteiras tradicionais e doulas comunitárias para atenção humanizada ao parto e ao nascimento.

1.8. Analisar, conjunta e periodicamente, conforme cronograma pré-estabelecido, as metas alcançadas frente aos resultados esperados, de forma a adotar as medidas julgadas cabíveis.

1.9. Desenvolver e garantir, para além do setor saúde, estratégias de articulação intersetorial, de forma a viabilizar à gestante um conjunto de informações que possibilitem o exercício de seus direitos de cidadania.

1.10. Garantir a formalização do Contrato de Metas celebrado entre unidades hospitalares e os respectivos gestores – estadual ou municipal, a observância dos princípios e diretrizes estabelecidos na Política Nacional para a Atenção Obstétrica e Neonatal.

1.11. Adotar iniciativas que promovam a satisfação dos usuários e participar de processos de avaliação de qualidade de serviços promovidas pelo Ministério da Saúde.

1.12. Implantar/implementar projetos especiais e inovadores para a área, tais como Mãe Canguru e Doulas Comunitárias.

### 2. Caracterização da atenção pré-natal e puerperal

2.1. Garantir o acesso à atenção pré-natal de qualidade que assegure a realização das consultas, dos exames e das ações recomendadas pelo PHPN, incluindo estratégias de captação precoce das gestantes.

2.2. Adotar ou estimular a adoção de abordagem centrada nas necessidades das gestantes e suas famílias, coerente com as diretrizes da Política Nacional de Humanização.

2.3. Planejar e garantir a realização de ações educativas e de orientação nutricional direcionadas à gestante, a familiares e à comunidade, com vistas à divulgação das práticas de promoção e proteção à saúde da mulher e da criança.

2.4. Garantir o acesso à unidade hospitalar de referência, coerente com a complexidade relacionada ao risco gestacional/parto.

2.5. Adotar estratégias de captação das puérperas e recém-nascidos, após a alta hospitalar, de forma a garantir a realização das ações da “primeira semana de saúde integral” e a consulta puerperal até 42 dias após o nascimento.

2.6. Garantir, para todas as gestantes, o preenchimento do cartão da gestante.

### 3. Caracterização da atenção laboratorial

3.1. Definir as unidades laboratoriais de referência e os mecanismos de vinculação com a rede básica.

3.2. Garantir a realização do conjunto de exames laboratoriais preconizados pelo PHPN para

gestantes de baixo e de alto risco.

3.3. Desenvolver estratégias de ampliação de cobertura para a realização dos exames laboratoriais de forma a atender a 100% da necessidade das usuárias do SUS.

3.4. Desenvolver estratégias para garantir que o resultado dos exames laboratoriais seja disponibilizado para a rede básica, em tempo hábil para a implementação das condutas necessárias.

#### 4. Caracterização da atenção hospitalar

4.1. Definir as unidades hospitalares de referência para o atendimento à gestante de baixo e de alto risco e os mecanismos de vinculação entre elas e a rede básica.

4.2. Garantir o atendimento a todas as parturientes e aos recém-nascidos que procurem as unidades hospitalares, considerando as especificidades das adolescentes, viabilizando o internamento sempre que necessário, de acordo com a vinculação hospital/rede básica, previamente pactuada entre gestores e hospitais.

4.3. Garantir a vinculação dos hospitais às centrais de regulação obstétrica e neonatal, de modo a viabilizar, em tempo hábil, a internação da parturiente e dos recém-nascidos nos casos de demanda excedente.

4.4. Garantir atenção hospitalar qualificada e humanizada às parturientes e aos recém-nascidos, de acordo com os princípios, as diretrizes e as recomendações preconizados pelo PHPN para este nível de assistência.

4.5. Adotar protocolos técnicos de assistência na área de obstetrícia e neonatologia.

4.6. Adotar estratégias que garantam a utilização rotineira do partograma.

4.7. Garantir a presença de acompanhante, durante o pré-parto, o parto e o pós-parto, segundo lei federal do acompanhante (Lei nº 11108/05).

4.8. Garantir o apoio diagnóstico necessário.

4.9. Garantir os equipamentos, os insumos, o sangue e os medicamentos essenciais para o atendimento das situações normais e das principais intercorrências.

4.10. Garantir as medidas necessárias para prevenção da transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatite B.

4.11. Realizar avaliação de risco obstétrico e neonatal e garantir assistência imediata à mulher e ao recém-nascido em situações de intercorrências, devendo para tal dispor de profissionais capacitados para prestar os cuidados imediatos nestas situações.

4.12. Acolher a gestante e prestar os cuidados imediatos até a realização da transferência, quando necessário.

4.13. Garantir, durante a transferência hospitalar, o deslocamento seguro da mulher e/ou do recém-nascido de acordo com os critérios estabelecidos no Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais ou Municipais de Urgência e Emergência referente às transferências e transportes inter-hospitalares.

4.14. Orientar e oferecer métodos para contracepção no pós-parto e no pós-aborto, inclusive a inserção e remoção do DIU, de acordo com as normas técnicas do MS.

4.15. Desenvolver estratégias que estabeleçam os mecanismos de contra-referência para a rede básica de forma a viabilizar para a puérpera e o recém-nascido as ações da "primeira semana de saúde integral" e a consulta puerperal até 42 dias após o nascimento.

4.16. Adotar estratégias de acompanhamento da qualidade da atenção hospitalar ao parto e aos recém-nascidos, utilizando indicadores próprios desse nível de atenção.

4.17. Manter controle e adotar estratégias para redução das taxas de cesáreas de acordo com o preconizado pelo MS.

4.18. Garantir a entrega e o preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança para todos os recém-nascidos naquela unidade, usuários ou não do Sistema Único de Saúde.

4.19. Implantar, implementar e manter Comitês de Mortalidade Materna e de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal implantados e atuantes, informando ao gestor municipal/estadual, periodicamente, os seus índices e as iniciativas adotadas para a sua redução e os resultados alcançados.

#### 5. Caracterização da atenção às intercorrências obstétricas e neonatais

5.1. Definir as unidades ambulatoriais e hospitalares de referência para atenção às intercorrências obstétricas e neonatais e os mecanismos de vinculação com as demais unidades ambulatoriais e hospitalares.

5.2. Manter serviços de atenção pré-natal e de planejamento familiar para mulheres em situação de risco.

5.3. Garantir o atendimento a todas as gestantes, parturientes e recém-nascidos em situações de intercorrências obstétricas e neonatais, viabilizando o internamento, sempre que necessário, de acordo com as vinculações hospital/unidade móvel/rede básica ou outras unidades, previamente pactuadas entre gestores e hospitais.

5.4. Garantir assistência humanizada e qualificada a mulheres em situação de abortamento.

5.5. Garantir o atendimento às mulheres e às adolescentes em situação de violência doméstica e sexual, de acordo com as normas técnicas do MS.

5.6. Garantir a vinculação das unidades que atendem intercorrências obstétricas e neonatais às

centrais de regulação, de modo a viabilizar, em tempo hábil, a internação da gestante, parturiente ou recém-nascido nos casos de intercorrências.

5.7. Garantir a atenção qualificada e humanizada à gestantes, parturientes e recém-nascidos em situações de intercorrências obstétricas ou neonatais, de acordo com as diretrizes e recomendações preconizadas pela Política Nacional para Atenção Obstétrica e Neonatal, para esse nível de assistência.

5.8. Garantir o apoio diagnóstico necessário.

5.9. Garantir os equipamentos, os insumos e os medicamentos essenciais para o atendimento das principais intercorrências.

5.10. Garantir a disponibilidade e a utilização adequada de sangue e hemoderivados, através da organização da hemorrede e da orientação para uso racional desses produtos, de acordo com as normas técnicas do MS.

5.11. Garantir, quando necessário, a transferência hospitalar, o deslocamento seguro da parturiente e/ou do recém-nascido de acordo com os critérios estabelecidos no Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e emergência referente às transferências e transportes inter-hospitais.

## 6. Atenção ao Planejamento Familiar

6.1. Garantir o acesso a serviços de planejamento familiar que assegurem a concepção e a anticoncepção na oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis e cirúrgicos e a ativação desses métodos respeitando a decisão informada dos(as) usuários(as).

## 7. Caracterização dos Sistemas de Informação na atenção obstétrica e neonatal

7.1. Garantir a alimentação regular dos Sistemas de Informação (SISPRENATAL, SIA, SIH, SIAB, SISVAN etc), bem como adotar estratégias de capacitação regular de recursos humanos necessários a essa atividade.

7.2. Garantir a utilização dos Sistemas de Informação como instrumentos de gestão.

7.3. Desenvolver atividades de vigilância epidemiológica dos óbitos maternos, fetais e neonatais, utilizando, entre outros mecanismos, a implantação e a implementação dos Comitês de Mortalidade.

## II - DO PROCESSO DE PACTUAÇÃO PARA A CONTRATUALIZAÇÃO ENTRE SERVIÇOS DE SAÚDE, MUNICÍPIOS E ESTADO

1. O gestor estadual deverá apoiar tecnicamente os municípios no processo de construção dos pactos no nível local e nas definições das estratégias de ações e metas a serem alcançadas, a partir de amplo debate entre os gestores, prestadores de serviços, profissionais da rede, comunidade, setores de interface com a saúde e demais atores envolvidos.

2. O processo de pactuação para a organização da atenção obstétrica e neonatal entre Secretarias Municipais e Secretarias Estaduais de Saúde deverá estar coerente com o processo de regionalização e hierarquização, definido no Plano Diretor de Regionalização – PDR, conforme aprovado na Tripartite.

3. Cada município deverá celebrar contrato de metas com os prestadores de serviços contemplando a descrição das responsabilidades das partes, os serviços a serem prestados pelas unidades de saúde e as metas qualitativas e quantitativas, conforme proposições descritas no termo de referência para a contratualização e em sintonia com as proposições do Pacto Nacional para Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.

4. Os termos e metas definidos nos contratos celebrados entre prestadores de serviços e gestores, e entre gestor estadual e gestor municipal deverão estar coerentes com a alocação de recursos definida na Programação Pactuada e Integrada – PPI da Atenção em Saúde e no Plano Diretor de Investimentos – PDI.

5. A pactuação concretizada através da celebração de contrato de metas entre os municípios e o estado deverá contemplar a definição das responsabilidades das partes e das metas qualitativas e quantitativas, conforme proposições descritas no termo de referência para a contratualização e em sintonia com as proposições do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.

## III - DOS FLUXOS E DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS NO PROCESSO DE PACTUAÇÃO PARA A CONTRATUALIZAÇÃO ENTRE SERVIÇOS DE SAÚDE, MUNICÍPIOS, ESTADO E GOVERNO FEDERAL

### ÂMBITO MUNICIPAL

1. Fluxos necessários à definição do contrato de metas no âmbito municipal:

a) identificar, com base no processo de regionalização definido no Plano Diretor de Regionalização – PDR, na Programação Pactuada e Integrada – PPI da Atenção em Saúde e no Plano Diretor de Investimentos – PDI, os municípios que se constituem em adstritos, sede de módulo e sedes de micro e macrorregião de saúde e a programação pactuada com referência à prestação de serviços ambulatoriais, hospitalares e de apoio diagnóstico e terapêutico bem como de alocação de recursos financeiros;

b) realizar diagnóstico situacional da atenção obstétrica e neonatal com relação à:

- perfil sócio-demográfico e epidemiológico no que se refere às mulheres em idade fértil e recém-

nascidos; e

- capacidade instalada da rede própria e conveniada no que se refere aos recursos físicos humanos;

c) identificar e elencar os principais problemas e obstáculos referentes à atenção obstétrica e neonatal no âmbito municipal;

d) promover amplo debate com os representantes legais das instituições prestadoras de serviços nos diferentes níveis de complexidade, profissionais da rede, sociedade civil organizada, usuários, setores de interface com a saúde etc.;

e) identificar os principais parceiros necessários ao processo de pactuação e definição das metas a serem alcançadas;

f) definir as metas e identificar as estratégias para alcance das metas pactuadas;

g) definir indicadores de acompanhamento para cada uma das metas pactuadas e cronograma de avaliação do desempenho do contrato de metas; e

h) constituir, no âmbito do Conselho Municipal de Saúde, uma Comissão de Acompanhamento do Contrato de Metas que terá a atribuição de avaliar o cumprimento das metas pactuadas.

2. Instrumentos de comprovação junto aos Conselhos Municipais de Saúde – CMS, com vistas à aprovação dos pactos e contrato de metas a ser apresentado a Comissão Intergestores Bipartite – CIB:

a) o gestor municipal deverá apresentar ao CMS o contrato de metas celebrado com cada um dos prestadores, conforme diretrizes gerais apresentadas no termo de referência para contratualização, contemplando as especificações relacionadas às responsabilidades das partes, as dimensões relacionadas à atenção ambulatorial, laboratorial, hospitalar, urgência/emergência, hemorredes, atividades de informação e de educação permanente direcionadas aos profissionais da rede e à gestante, familiares e comunidade;

b) o gestor deverá apresentar ao CMS as metas a serem alcançadas com relação à atenção obstétrica e neonatal com as respectivas estratégias e indicadores de acompanhamento, conforme proposto no item “Dimensões das metas” do termo de referência para o contrato de metas, que deverá ser validado pelo CMS, através de resolução própria para ser apresentado à CIB.

#### ÂMBITO ESTADUAL

1. Fluxos necessários à definição do contrato de metas no âmbito estadual

a) apoiar tecnicamente os municípios no processo de pactuação local das metas a serem alcançadas nos níveis locais;

b) realizar diagnóstico situacional da atenção obstétrica e neonatal com relação à:

- perfil sócio-demográfico e epidemiológico no que se refere às mulheres em idade fértil; e

- capacidade instalada da rede própria e conveniada no que se refere aos recursos físicos e recursos humanos;

c) com base no processo de regionalização definido no Plano Diretor de Regionalização –PDR, na Programação Pactuada e Integrada – PPI e no Plano Diretor de Investimentos – PDI, o gestor estadual deve pactuar e garantir as referências e contra-referências intermunicipais e a alocação de recursos financeiros;

d) identificar e elencar os principais problemas e obstáculos referentes à atenção obstétrica e neonatal no âmbito estadual;

e) promover amplo debate com os gestores municipais, representantes legais das instituições prestadoras de serviços sob gestão estadual nos diferentes níveis de complexidade, profissionais da rede, sociedade civil organizada, usuários, setores de interface com a saúde etc.;

f) identificar os principais parceiros necessários ao processo de pactuação e definição das metas a serem alcançadas, bem como a definição das responsabilidades próprias de cada nível de gestão – municipal e estadual;

g) definir as metas e identificar as estratégias para alcance das metas pactuadas no âmbito do estado;

h) definir os indicadores de acompanhamento para cada uma das metas pactuadas e o cronograma de avaliação do desempenho do contrato de metas no âmbito estadual;

i) constituir, no âmbito do Conselho Estadual de Saúde, uma Comissão de Acompanhamento do Contrato de Metas que terá a atribuição de avaliar trimestralmente o cumprimento das metas pactuadas;

e

J) outros

2. Instrumentos de comprovação junto à Comissão Intergestores Bipartite – CIB com vistas à aprovação dos pactos estabelecidos por município a serem apresentados à Comissão Intergestores Tripartite – CIT

a) após a apresentação da pactuação de cada município, o gestor estadual deverá elaborar um consolidado das metas a serem alcançadas por município, para validação do pacto no nível estadual, conforme proposto no item “Dimensões das metas” do termo de referência para o contrato de metas, que deverá ser validado pela CIB, através de resolução própria, para ser apresentado à CIT.

#### ÂMBITO FEDERAL

1. Fluxos e documentos a serem apresentados à Comissão Intergestores Tripartite - CIT no processo de pactuação para a contratualização das metas estaduais:

a) após a aprovação dos pactos estabelecidos entre gestor estadual e gestores municipais, o gestor estadual deverá encaminhar à Comissão Intergestores Tripartite - CIT:

- ofício solicitando a validação do pacto;
- consolidado das metas a serem alcançadas por município, conforme proposto no item "Dimensões das metas" do termo de referência para o contrato de metas,
- resolução própria da CIB validando as pactuações municipais.

b) constituir, no âmbito do Ministério da Saúde, uma Comissão de Acompanhamento do Contrato de Metas que terá a atribuição de avaliar trimestralmente o cumprimento das metas a serem alcançadas pelas unidades federadas, conforme pactuações locais.

A periodicidade de celebração desse contrato, com re-adequação de seus termos, deverá ser anual.

IV - DO PROCESSO DE ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO DE METAS - Comissões de Acompanhamento do Contrato de Metas:

O contrato contará com Comissões Municipais e Estadual de Acompanhamento, constituídas, no âmbito dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, com a finalidade de acompanhar a execução do referido contrato, principalmente no tocante aos seus custos, cumprimento das metas estabelecidas e avaliação da qualidade da atenção à saúde das gestantes e neonatos, que deverá reunir-se com uma periodicidade previamente definida, devendo, no mínimo, reunir-se uma vez por mês.

A Comissão de Acompanhamento do Contrato deverá ser criada até sessenta dias após a validação do consolidado de metas pelos CMS e pela CIB.

As instituições prestadoras ficam obrigadas a fornecer à Comissão Municipal de Acompanhamento do Contrato todos os documentos e informações necessárias ao cumprimento de suas finalidades bem como encaminhar relatórios trimestrais.

Os municípios ficam obrigados a fornecer à Comissão Estadual de Acompanhamento do Contrato todos os documentos e informações necessários ao cumprimento de suas finalidades, bem como encaminhar relatórios semestrais.

As Secretarias Estaduais de Saúde deverão encaminhar semestralmente o relatório de desempenho do contrato de metas no âmbito do estado ao Ministério da Saúde, tendo como modelo o consolidado das "Dimensões do Contrato de Metas".

V - DIMENSÕES DO CONTRATO DE METAS PARA ORGANIZAÇÃO DA REDE DE "ATENÇÃO OBSTÉTRICA E NEONATAL" (AON)

Área	Dimensões / Ações a serem pactuadas	Indicadores para acomp/ avaliação
Rede de atenção obstétrica e neonatal	Processo de regionalização e hierarquização	"Contrato de Metas" realizado e validado; Nº de serviços de atenção básica e de referência para AON;
	Controle, avaliação e regulação	Montante de recurso financeiro alocado para AON;
	Alocação de recursos financeiros	Nº de cursos de atualização/ano e Nº de participantes nos cursos/ano;
	Programa de educação permanente para profissionais de saúde	Nº de reuniões/eventos envolvendo vários setores relacionados à AON;
	Articulação intersetorial	Nº de óbitos maternos e neonatais no município;
	Vigilância epidemiológica	Nº de leitos obstétricos, neonatais e de UTI disponibilizados na Central de Regulação;
	Vinculação rede hospitalar/rede básica	Nº de Unidades de Saúde vinculadas ao SUS com essa estratégia de avaliação/total de Unidades de Saúde;
	Mecanismos de referência e contra-referência	Nº de relatórios de desempenho do Contrato de Metas apresentado à Comissão de Acompanhamento/ano.
	Avaliações realizadas sobre satisfação das usuárias e trabalhadores.	
	Apresentação de relatórios de desempenho do Contrato de Metas à Comissão Municipal de Acompanhamento	
	Implantar / implementar projetos	

		especiais / inovadores para a área, tais como o Programa Mãe Canguru e Doulas Comunitárias	
Atenção natal	Pré-	Captação precoce das gestantes (1ª consulta até 120 dias de gestação)	<p>Percentual de gestantes que realizaram a 1ª consulta até 120 dias/nascidos vivos no período (Sis prenatal /SINASC);</p> <p>Proporção de puérperas com 6 ou mais consultas de pré-natal (Sis prenatal);</p> <p>Proporção de gestantes que realizaram todos os exames básicos (Sis prenatal);</p> <p>Percentual de gestantes que receberam a 2ª dose ou dose de reforço ou a dose imunizante da vacina anti-tetânica (Sis prenatal); Nº de casos de tétano neonatal;</p> <p>Proporção de puérperas que realizaram a consulta de puerpério (Sis prenatal);</p> <p>% de demanda reprimida nas Unidades de Referência (encaminhamentos não atendidos);</p> <p>Nº de cursos de atualização em PN/ano e Nº de participantes nos cursos/ano;</p> <p>% de gestantes que receberam suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico</p> <p>% de gestantes em acompanhamento nutricional</p>
		Consultas de pré-natal (mínimo de 6 consultas durante o PN)	
		Realização dos exames de rotina (1ª e 2ª bateria de exames)	
		Realização da imunização anti-tetânica (vacina dupla tipo adulto)	
		Acompanhamento das suplementações com micronutrientes	
		Ações educativas e de orientação nutricional direcionadas à gestante e familiares	
		Ações educativas direcionadas à comunidade	
		Acesso à unidade hospitalar de referência	
		Realização da consulta de puerpério	
		Programa de educação permanente	
		Mecanismos para acompanhamento da qualidade da atenção pré-natal.	
Atenção laboratorial		Acesso à unidade laboratorial de referência, com garantia da realização e entrega do resultado dos exames em tempo hábil.	<p>Nº de laboratórios de referência/Nº de Unidades Básicas de Saúde;</p> <p>Nº de exames realizados em gestantes nos laboratórios de referência;</p> <p>Tempo médio de entrega dos resultados dos exames de rotina do PN.</p>
		Mecanismos de referência e contra-referência entre a rede laboratorial com a rede básica e hospitalar.	
Atenção hospitalar		Garantir o acesso ao atendimento humanizado e de qualidade à todas as parturientes e recém-nascidos que procurem as unidades hospitalares.	<p>Nº de leitos hospitalares para atendimento à gestante de baixo, médio e alto risco; nº de leitos obstétricos/mulheres em idade fértil (10 a 49 anos);</p> <p>Percentual de gestantes com acompanhante durante o pré-parto, parto e puerpério imediato;</p> <p>Existência de camas de PPP, bolas, cavalinhos, banquetas de parto na vertical, etc, nas Unidades que atendem parto;</p> <p>Relação de insumos e medicamentos disponíveis nas US contendo todos os medicamentos essenciais para AON;</p> <p>% de partos em posição supina, vertical, de cócoras, na água, decúbito lateral (SIMS), etc;</p> <p>% de puérperas que receberam a megadose de vitamina A no pós - parto imediato</p> <p>Casos de sífilis congênita, hepatite e HIV neonatal;</p> <p>Taxas de cesáreas/hospitais que atendem parto e por município e estado;</p> <p>Nº de serviços de contracepção no pós-parto e pós-aborto/US que prestam assistência ao parto e ao aborto;</p> <p>Resultado de processos de avaliação da qualidade da atenção hospitalar.</p>
		Garantia da presença do acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto.	
		Garantia dos equipamentos, insumos e medicamentos essenciais para o atendimento às gestantes e RN.	
		Disponibilização de equipamento para atenção humanizada a partos e nascimentos	
		Adoção de Protocolos técnicos de assistência na área de obstetria e neonatologia;	
		Garantir que a mulher possa escolher a posição para seu parto	
		Centrais de regulação obstétrica e neonatal	
		Transferências e transportes inter-hospitalares	
		Ações para prevenção da transmissão vertical da sífilis, hepatite B e HIV.	
		Administração da megadose de vitamina A às puérperas no pós - parto imediato	
	Contracepção pós-parto e pós-aborto.		



		<p>Vinculação com a rede básica para garantia da atenção no puerpério.</p> <p>Vinculação com a rede básica para garantia das ações da Primeira Semana de Saúde Integral</p> <p>Investigação, pela equipe de atenção ao RN, de óbitos ocorridos</p> <p>Mecanismos para controle das taxas de cesáreas</p> <p>Mecanismos para acompanhamento da qualidade da atenção hospitalar.</p>	<p>% de mães e crianças encaminhadas articuladamente para a rede básica</p> <p>% de Óbitos fetais e infantis investigados</p>
Atenção às intercorrências obstétricas neonatais, incluindo urgências/emergências		Garantir a atenção pré-natal e em planejamento familiar para mulheres em situação de risco	<p>Letalidade materna por parto nas Unidades de referência;</p> <p>Letalidade materna por internações obstétricas parto nas Unidades de referência;</p> <p>Letalidade neonatal por nascidos vivos parto nas Unidades de referência;</p> <p>% de anóxia, asfixia, seqüelas, outras complicações;</p> <p>Nº de gestantes enc. ao pré-natal de alto risco/ nº de gestantes inscritas no pré-natal x 100;</p> <p>Nº de leitos obstétricos e neonatais em serviços de referência para gestantes e RN de risco;</p> <p>Nº de atendimentos a mulheres em situação de abortamento com a técnica AMIU/ Nº de atendimentos a mulheres em situação de abortamento;</p> <p>Relação de equipamentos, insumos e materiais essenciais para o atendimento das principais</p> <p>intercorrências obstétricas e neonatais existentes nas Unidades de Referência.</p>
		Garantir o atendimento a todas as gestantes, parturientes e RN em situações de intercorrências obstétricas e neonatais.	
		Garantir a assistência humanizada às mulheres em situação de abortamento	
		Garantir o apoio diagnóstico necessário às mulheres e RN em situação de risco.	
		Garantir os equipamentos, insumos e medicamentos essenciais para o atendimento das principais intercorrências.	
		Garantir, quando necessário, a transferência hospitalar, com deslocamento seguro da parturiente e/ou recém-nascido,	
		Garantir atenção pré-hospitalar qualificada a gestante e ao neonato conforme efetivado pelo SAMU.	
Hemorrede		Garantir a disponibilidade e utilização racional de sangue e hemoderivados	<p>Nº de casos atendidos pelas agências transfusionais / nº de solicitações x 100;</p> <p>Nº de médicos capacitados para uso racional de sangue e hemoderivados nas Unidades de referência.</p>
Atenção ao Planejamento Familiar		Garantir o acesso a serviços de planejamento familiar.	<p>Nº de puérperas enc. ao Plan. Fam/ nº de NV;</p>
		Garantir a oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis	
		Garantir o acesso a serviços de saúde para a realização de laqueadura tubária e vasectomia.	
		Garantir o acesso a serviços de reprodução humana assistida	
Informação AON		Garantir a alimentação regular dos Sistemas de Informação (SISPRENATAL, SAI, SIH, SIAB, outros)	<p>% de gestantes com registro completo no Sis prenatal (informações de gestação e parto);</p> <p>Relatórios dos Sistemas de Informação regularmente utilizados pelos gestores;</p> <p>Nº de notificações de óbitos maternos e neonatais;</p> <p>Nº de Comitês implantados.</p>
		Garantir a utilização dos Sistemas de informação como instrumento de gestão	
		Desenvolver atividades de vigilância epidemiológica dos óbitos maternos e neonatais	

	Implantação e implementação dos Comitês de Mortalidade Materna e Neonatal.	
--	--	--



# Câmara Municipal de Sorocaba

Estado de São Paulo

42

Nº

## COMISSÃO DE JUSTIÇA

**SOBRE:** o Projeto de Lei nº 113/2014, de autoria do Edil José Apolo da Silva, que dispõe sobre a implantação de medidas de informação às gestantes e parturientes sobre a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, visando, principalmente, a proteção destas contra a violência obstétrica no município de Sorocaba e dá outras providências.

*Conforme o Art. 51 do Regimento Interno da Câmara Municipal de Sorocaba, indico para relator deste Projeto o Vereador Jessé Loures de Moraes, que deverá observar o § 1º devendo emitir seu parecer conforme os §§ 2º e 3º do mesmo artigo.*

S/C., 27 de março de 2014.

  
**MÁRIO MARTE MARINHO JÚNIOR**  
*Presidente da Comissão*





# Câmara Municipal de Sorocaba

Estado de São Paulo

## Nº COMISSÃO DE JUSTIÇA RELATOR: Vereador Jessé Loures de Moraes PL 113/2014

Trata-se de Projeto de Lei de autoria do nobre Vereadôr José Apolo da Silva, que *“Dispõe sobre a implantação de medidas de informação às gestantes e parturientes sobre a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, visando, principalmente, a proteção destas contra a violência obstétrica no município de Sorocaba e dá outras providências”*.

De início, a proposição foi encaminhada à D. Secretaria Jurídica, para exame da matéria, quanto aos aspectos legais e constitucionais, que exarou parecer favorável ao projeto (fls.13/24).

Na sequência de sua tramitação legislativa, vem, agora, a esta Comissão de Justiça para ser apreciada.

Procedendo à análise da propositura, constatamos que o PL está em consonância com o nosso direito positivo, tendo em vista que o acesso à informação é um direito fundamental consagrado no art. 5º, XIV da CF/88.

Por todo exposto, nada a opor sob o aspecto legal.

S/C., 27 de março de 2014.

  
MÁRIO MARTE MARINHO JÚNIOR  
*Presidente*

  
JESSÉ LOURES DE MORAES  
*Membro-Relator*

  
JOSÉ FRANCISCO MARTÍNEZ  
*Membro*





# Câmara Municipal de Sorocaba

Estado de São Paulo

**Nº**

## COMISSÃO DE ECONOMIA, FINANÇAS, ORÇAMENTO E PARCERIAS

**SOBRE:** o Projeto de Lei nº 113/2014, de autoria do Edil José Apolo da Silva, que dispõe sobre a implantação de medidas de informação às gestantes e parturientes sobre a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, visando, principalmente, a proteção destas contra a violência obstétrica no município de Sorocaba e dá outras providências.

Pela aprovação.

S/C., 04 de abril de 2014.

  
NEUSA MALDONADO SILVEIRA  
*Presidente*

  
ANSELMO ROLIM NETO  
*Membro*

  
JOSÉ FRANCISCO MARTINEZ  
*Membro*





# Câmara Municipal de Sorocaba

Estado de São Paulo

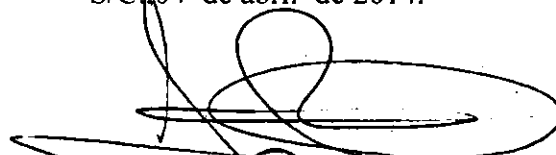
Nº

## COMISSÃO DE SAÚDE PÚBLICA

**SOBRE:** o Projeto de Lei nº 113/2014, de autoria do Edil José Apolo da Silva, que dispõe sobre a implantação de medidas de informação às gestantes e parturientes sobre a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, visando, principalmente, a proteção destas contra a violência obstétrica no município de Sorocaba e dá outras providências.

Pela aprovação.

S/C.04 de abril de 2014.

  
**IZÍDIO DE BRITO CORREIA**  
*Presidente*

  
**FERNANDO ALVES LISBOA DINI**  
*Membro*

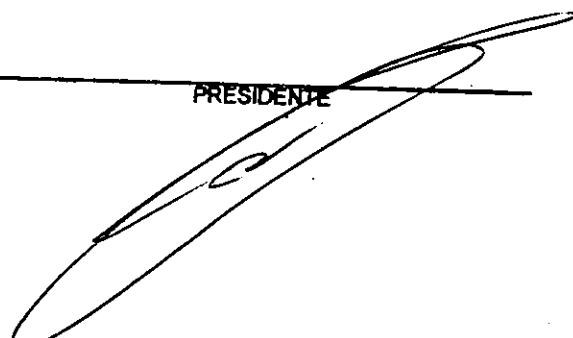


**1ª DISCUSSÃO** SE. 35/2014.

APROVADO  REJEITADO

EM 24 / 04 / 2014

\_\_\_\_\_  
PRESIDENTE

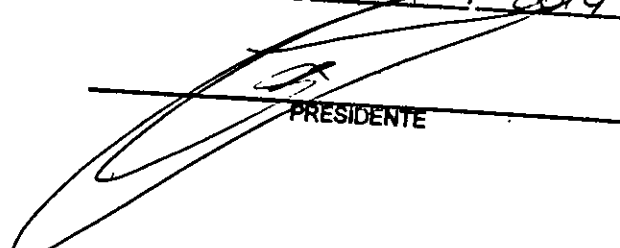


**2ª DISCUSSÃO** SE. 36/2014.

APROVADO  REJEITADO

EM 24 / 04 / 2014

\_\_\_\_\_  
PRESIDENTE





# Câmara Municipal de Sorocaba

Estado de São Paulo

Nº 0377

Sorocaba, 25 de abril de 2014.

Excelentíssimo Senhor,

Estamos encaminhando a Vossa Excelência, os Autógrafos n<sup>o</sup>s 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104 e 105/2014, aos Projetos de Lei n<sup>o</sup>s 324, 355, 426, 499/2013, 47, 09, 93, 99, 100, 104, 107, 108, 113, 117 e 125/2014, respectivamente, já aprovados em definitivo por este Legislativo.

Sendo só o que nos apresenta para o momento, subscrevemo-nos,

Atenciosamente

**GERVINO CLÁUDIO GONÇALVES**  
*Presidente*

Ao  
Excelentíssimo Senhor  
Engenheiro ANTONIO CARLOS PANNUNZIO  
Digníssimo Prefeito Municipal de  
SOROCABA







# Câmara Municipal de Sorocaba

Estado de São Paulo

Nº

AUTÓGRAFO Nº 103/2014

PREFEITURA MUNICIPAL DE SOROCABA

LEI Nº DE DE 2014

**Dispõe sobre a implantação de medidas de informação às gestantes e parturientes sobre a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, visando, principalmente, a proteção destas contra a violência obstétrica no município de Sorocaba e dá outras providências.**

PROJETO DE LEI Nº 113/2014, DO EDIL JOSÉ APOLO DA SILVA

A Câmara Municipal de Sorocaba decreta:

Art. 1º A presente Lei tem por objetivo obrigar a divulgação da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, no município de Sorocaba, visando, em especial, a proteção das gestantes e parturientes contra atos de violência obstétrica.

Art. 2º Considera-se violência obstétrica todo ato praticado por médicos, enfermeiros, equipe hospitalar de modo geral, que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em vias de trabalho de parto ou, ainda, no estado puerperal.

Art. 3º Para efeitos desta Lei, considerar-se-á ofensa verbal ou física, dentre outras, as seguintes condutas praticadas por quaisquer pessoas discriminadas no artigo anterior:

I - tratar a gestante ou parturiente de forma agressiva, de modo não empático à situação singular à vida da mulher, grosseiramente, com sarcasmo ou ironia ou qualquer outra forma que, de alguma forma a constranja ou a faça sentir-se desconfortável com o tratamento recebido;

II - ironizar ou repreender a parturiente por comportamentos como gritar, chorar, ter medo, solicitar a presença de alguém, sentir vergonha ou ter dúvidas;

III - ironizar ou repreender a parturiente por comportamentos alheios à sua vontade tal como descontrole do esfíncter (evacuação) e outros, bem como por qualquer característica física: obesidade, estrias, celulite, etc.;



# Câmara Municipal de Sorocaba

Estado de São Paulo

- Nº** em trabalho de parto;
- IV - não dar atenção às queixas e dúvidas da gestante internada ou e
- V - tratá-la de forma inferior, atribuindo-lhe comandos e nomes infantilizados e diminutivos, de modo a sentir-se incapaz;
- VI - fazer a gestante ou parturiente acreditar pela necessidade de parto cesáreo quando esta não se faz necessária, utilizando de riscos imaginários ou hipotéticos não comprovados e sem a devida explicação dos riscos que a alcançam e ao bebê;
- VII - recusar, por qualquer razão, o atendimento de parto, haja vista ser uma emergência médica;
- VIII - promover a transferência da internação da gestante ou parturiente sem a devida análise e confirmação prévia de haver vaga e garantia de atendimento, bem como tempo suficiente para que esta chegue ao local de forma segura à si própria e ao bebê;
- IX - impedir que o cônjuge ou qualquer outra pessoa que a mulher escolher, acompanhe-a durante todo o trabalho de parto com manobras do tipo fazer a ficha, providenciar a internação, etc.;
- X - impedir a gestante de se comunicar com quem lhe aprouver, tirando-lhe a liberdade de fazer uso de aparelho celular, caminhar até a sala de espera, conversar com familiares e com seu acompanhante;
- XI - submeter a parturiente a procedimentos dolorosos, desnecessários ou humilhantes, como lavagem intestinal, raspagem de pelos pubianos de forma humilhante, colocá-la em posição ginecológica com portas abertas, exame de toque realizado por mais de um profissional, rompimento da bolsa amniótica de forma estúpida e grosseira (amniotomia);
- XII - recusar-se à aplicação de anestesia na parturiente quando esta assim o requerer;
- XIII - realizar episiotomia quando esta comprovadamente não se mostra imprescindível;
- XIV - manter algemadas mulheres detentas em trabalho de parto;
- XV - realizar qualquer procedimento sem, previamente, explicar, com palavras simples, a necessidade do que está sendo oferecido ou recomendado e fazê-lo somente com o seu consentimento;
- XVI - submeter a gestante, parturiente e/ou ao bebê a procedimentos exclusivamente com o intuito de treinar estudantes;





# Câmara Municipal de Sorocaba

Estado de São Paulo

**Nº**

XVII - findo o trabalho de parto, demorar injustificadamente para acomodá-la no quarto;

XVIII - submeter o bebê saudável à aspiração de rotina, injeções ou procedimentos, na primeira hora de vida, sem que antes tenha sido colocado em contato com a mãe e de ter tido a chance de ser amamentado;

XIX - privar a mulher, depois do parto, do direito de ter o bebê ao seu lado no alojamento conjunto hospitalar e de amamentar livremente, salvo se um deles, ou ambos necessitarem de cuidados especiais;

XX - deixar de informar à mulher, com mais de 25 (vinte e cinco) anos ou com mais de 02 (dois) filhos, sobre seu direito à realização de laqueadura nas trompas, gratuitamente, nos hospitais públicos e conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS);

XXI - oferecer tratamento semelhante à visita ao pai do bebê e obstar seu livre acesso para acompanhar a parturiente e o bebê a qualquer hora do dia.

Art. 4º O Poder Executivo, por meio do setor competente, poderá elaborar Cartilha dos Direitos da Gestante e da Parturiente, propiciando à todas as mulheres as informações e esclarecimentos necessários para um atendimento hospitalar digno e humanizado, visando à erradicação da violência obstétrica.

§ 1º A Cartilha deverá ser elaborada em linguagem simples e acessível, de forma a possibilitar a compreensão por mulheres de todos os níveis de escolaridade.

§ 2º A Cartilha referida no caput deste artigo trará a integralidade do texto da Portaria nº 1.067/GM, de 04 de julho de 2005, que institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências.

Art. 5º As unidades hospitalares que prestem esse tipo de atendimento deverão expor cartazes informativos contendo as condutas elencadas nos incisos I a XXI do art. 3º, bem como disponibilizar às mulheres um exemplar da Cartilha referida no art. 4º desta Lei.

§ 1º Equiparam-se às unidades hospitalares, para os efeitos desta Lei, as unidades básicas de saúde (UBS's), os prontos atendimentos (PA's) e os consultórios médicos especializados no atendimento da saúde da mulher.

§ 2º Os cartazes devem informar, ainda, os órgãos e trâmites para possível denúncia em casos de violência:

a) que deverá ser entregue, sem questionamentos e custos, o prontuário da gestante e da parturiente no hospital, se esta assim o exigir;



# Câmara Municipal de Sorocaba

Estado de São Paulo

**Nº**

b) que a gestante ou parturiente escreva uma carta contando em detalhes o tipo de violência sofrida e como se sentiu;

c) que se o parto foi realizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), enviar a carta para a Ouvidoria do Hospital com cópia para a Diretoria Clínica, Secretaria Municipal de Saúde e para a Secretaria Estadual de Saúde;

d) que se o parto foi realizado em hospital da rede privada, enviar a carta para a Diretora Clínica do Hospital, com cópia para a Diretoria do seu Plano de Saúde, para a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) e para as Secretarias Municipal e Estadual de Saúde;

e) que consulte um advogado para as outras instâncias de denúncia, dependendo da gravidade da violência recebida;

f) ligue para a Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180 (Decreto nº 7.393, de 15 de dezembro de 2010).

Art. 6º As despesas com a execução desta Lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias, consignadas no orçamento vigente, suplementadas, se necessário.

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

Rosa./



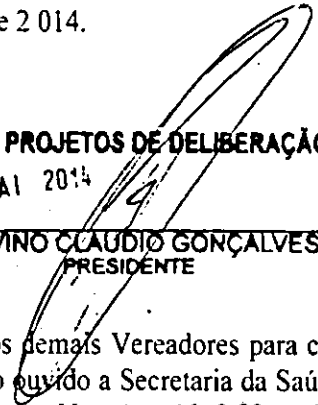


# Prefeitura de SOROCABA

Sorocaba, de Maio de 2014.

VETO Nº 13/2014  
Processo nº 13.171/2014

Excelentíssimo Senhor Presidente:

J. AOS PROJETOS DE DELIBERAÇÃO  
EM  
20 MAI 2014  
  
GERMINO CLAUDIO GONÇALVES  
PRESIDENTE

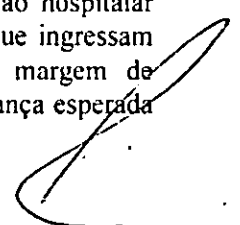
Dirijo-me a Vossa Excelência e aos demais Vereadores para comunicá-lhes que após analisar o Autógrafo nº 103/2014, e tendo ouvido a Secretaria da Saúde, decidi, no uso da faculdade que me conferem os artigos 61, Inciso V, e Art. 46, § 2º, ambos da Lei Orgânica do Município, pelo VETO PARCIAL ao Projeto de Lei nº 113/2014, que Dispõe sobre a implantação de medidas de informação às gestantes e parturientes sobre a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, visando, principalmente, a proteção destas contra a violência obstétrica no Município de Sorocaba e dá outras providências.

Embora possa se reconhecer os nobres propósitos que embasaram a propositura aprovada por esse Poder Legislativo, a negativa de sanção de alguns incisos do Art. 3º do Projeto se justificam por conflito com o Código de Ética Médica aprovado pela Resolução nº 1931/2009 do Conselho Federal de Medicina e demais regulamentos médico-hospitalares, conforme a seguir se demonstrará.

Com efeito, o Inciso "VI" colide com o disposto no Capítulo I, incisos VIII e XXI, bem como com o Capítulo II, incisos II e IX, ambos do Código de Ética Médica, que asseguram ao médico a liberdade profissional para tomada de decisões, de acordo com seus ditames de consciência práticas cientificamente reconhecidas, os procedimentos diagnósticos e terapêuticos adequados ao caso. O Inciso traz significativo grau de imprecisão, tornando difícil a aplicação no caso concreto. Veja, riscos imaginários ou hipotéticos podem tanto ser aqueles irrealis, como aqueles prováveis, caso não adotado o procedimento médico adequado. Nesse passo, manter o referido Inciso na Lei poderá coibir o bom exercício profissional, trazendo risco não só à parturiente, como ao próprio bebê.

Semelhantemente, o Inciso "VII" encontra obstáculo no Capítulo I, Inciso VII e Capítulo V, Art. 33, do Código de Ética, segundo o qual o médico não é obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, salvo apenas quando da ausência de outro médico. Ocorre que o dispositivo citado, ao qualificar como conduta ofensiva a recusa de atendimento "por qualquer razão", afronta tal disposição ao criar um regime imperativo de ação ao médico, mesmo quando o especialista da área ou o próprio médico da paciente esteja no local, circunstância que poderia gerar conflito de atendimentos com consequências danosas aos pacientes.

O Inciso "IX", por sua vez, contraria as normas operacionais de serviço de atendimento hospitalar. Vale dizer, a realização de fichas e prévio cadastro é necessário não só à identificação da paciente, como também à própria segurança delas e dos seus filhos, pois a ausência de qualquer controle prévio de entrada por parte da instituição hospitalar poderá viabilizar o acesso de pessoas mal intencionadas, sobretudo daquelas que ingressam em maternidades para subtrair recém-nascidos. O dispositivo deixa certa margem de subjetivismo, o que dificultaria sua aplicação em detrimento à necessária segurança esperada em uma unidade hospitalar, sobretudo naquelas em que haja maternidade.



51  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
-20-MAI-2014-13:01-135611-1/8



## Prefeitura de SOROCABA

Veto nº 13 – fls. 2.

Já o Inciso “X” deve ser vetado por trazer previsão que num primeiro momento poderia parecer conveniente (permitir que a parturiente faça uso de aparelho celular durante todo o processo de parto), mas que, todavia, não o é por questões de controle de infecção da própria parturiente como de seus bebês. É cediço que os aparelhos celulares se tornaram instrumentos cada vez mais comuns na vida moderna. As pessoas carregam esses objetos em todos os lugares, e como já se pode esperar, consigo também carregam inúmeras bactérias transmissoras de infecções. Assim,

permitir que a parturiente permaneça com o aparelho celular durante todo o trabalho de parto poderia representar risco à saúde dela e, sobretudo, do recém-nascido, cuja imunidade nos primeiros momentos de vida é muito mais vulnerável às doenças, de modo que é plenamente justificável a restrição do uso do aparelho celular em certas hipóteses. De outro lado, como já é assegurado pelo Art. 19-J da Lei Federal nº 8.080/90 a presença de um acompanhante durante todo o trabalho de parto, a parturiente já tem garantido contato com pessoa de sua escolha como a qual poderá se comunicar a qualquer tempo, o que já atende a finalidade da Lei.

Os incisos “XI”, “XII” e “XIII” contêm normas que afetam diretamente a autonomia profissional necessária ao bom cuidado da própria paciente. É certo que nenhuma paciente deve ser submetida a tratamento desnecessário ou humilhante. Ocorre que alguns procedimentos como lavagem intestinal, exame de toque, uso de anestesia por mais de um profissional entre outros, muitas vezes são não só recomendáveis, como indispensáveis ao bom atendimento da paciente. Isso, porém, só o médico pode dizer no caso concreto, não havendo como pré-estabelecer, na Lei, casos em que será ou não possível sua realização. Outrossim, dizer que a paciente não possa ser submetida a rompimento da bolsa amniótica de forma estúpida e grosseria ou realização de episiotomia quando esta comprovadamente não se mostra imprescindível contém em si significativo grau de imprecisão, o que igualmente permitiria subjetivismos e excessos na aplicação da Lei, afrontando o Capítulo I, Inciso VIII e XXI, bem como Capítulo II, incisos II e IX, do Código de Ética Médica.

Prosseguindo, o Inciso “XV” diz que o médico não poderá realizar qualquer procedimento sem, previamente, explicar, com palavras simples, a necessidade do que está sendo oferecido ou recomendado e fazê-lo somente com o seu consentimento restringe injustificadamente o exercício da medicina nas hipóteses de urgência e emergência, em que não há tempo hábil para apresentação de qualquer explicação ou colheita de consentimento da paciente. A imposição desse procedimento, pela Lei local, ao invés de trazer benefícios, poderá acarretar sérios prejuízos à população, pois os profissionais estariam impedidos de realizar qualquer atendimento, ainda que de urgência ou emergência, sem que prévia comunicação à parturiente, o que poderia colocar ou, no mínimo, agravar os riscos da mulher e do seu bebê.

Semelhante, o Inciso “XVIII”, embora de motivação compreensível, se aplicado, poderá causar em risco à vida do recém-nascido cuja recomendação médica recomende adoção de procedimentos clínicos imediatos. Vale dizer, mesmo os bebês “saudáveis” precisam ser submetidos a procedimentos médicos de rotinas, antes mesmo do contato ou amamentação com a mãe, sob pena de prejuízo ao próprio recém-nascido. Assim,

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
-30-MAI-2014-13:02-155611-2/0



## Prefeitura de SOROCABA

Veto nº 13 – fls. 3.

aqui também se verifica que houve certo excesso na previsão da Lei, interferindo na atuação médica.

Por fim, o Inciso “XXI” coloca em risco as normas de segurança do Hospital e, sobretudo, dos recém-nascidos. Vale repetir, infelizmente não são poucos os casos de bebês que são subtraídos do Hospital. Se não houver prévio controle de entrada e saída, ainda que do pai ou acompanhante da parturiente, isso só facilitará a ação desses criminosos, lembrando que a simples identificação do pai/accompanhante, segundo as normas de cada Hospital, não inviabiliza os direitos que se busca proteger com a Lei.

É por essas breves razões que se justifica o VETO PARCIAL aos incisos VI, VII, IX, X, XI, XII, XIII, XV, XVIII e XXI do Art. 3º por contrariedade ao interesse público, uma vez que alguns dessas disposições podem gerar efeitos contrários àquele pretendido por essa Casa, sem falar tais disposições colidirem com o Código de Ética Médica aprovado pela Resolução nº 1931/2009 do Conselho Federal de Medicina que já regulamenta a profissão, bem como demais regulamentos médico-hospitalares necessários ao adequado tratamento e atenção à saúde tanto da parturiente quanto dos recém-nascidos.

Esperamos, assim, proporcionar a esta Casa de Leis a oportunidade de reapreciar a matéria, na certeza de que, conhecendo as razões que me motivaram a negar a sanção, irão reformular seu entendimento.

Atenciosamente,

  
ANTONIO CARLOS PANNUNZIO  
Prefeito Municipal

Ao  
Exmo. Sr.  
GERVINO CLÁUDIO GONÇALVES  
DD. Presidente da Câmara Municipal de  
SOROCABA  
Veto nº 13 - Aut 103 2014 e PL 113 2014

SECRETARIA MUNICIPAL DE SOROCABA  
20-MAI-2014-13:01-135611-316

SECRETARIA MUNICIPAL DE SOROCABA



# Câmara Municipal de Sorocaba

Estado de São Paulo

54

Nº

“MUNICÍPIO DE SOROCABA” 23 DE MAIO DE 2014 / Nº 1.636

FOLHA 1 DE 2

(Processo nº 13.171/2014)  
LEI Nº 10.827, DE 20 DE MAIO DE 2014

(Dispõe sobre a implantação de medidas de informação às gestantes e parturientes sobre a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, visando, principalmente, a proteção destas contra a violência obstétrica no Município de Sorocaba e dá outras providências).

Projeto de Lei nº 113/2014 – autoria do Vereador JOSE APOLO DA SILVA

A Câmara Municipal de Sorocaba decreta e eu promulgo a seguinte Lei:

Art. 1º A presente Lei tem por objetivo obrigar a divulgação da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, no Município de Sorocaba, visando, em especial, a proteção das gestantes e parturientes contra atos de violência obstétrica.

Art. 2º Considera-se violência obstétrica todo ato praticado por médicos, enfermeiros, equipe hospitalar de modo geral, que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em vias de trabalho de parto ou, ainda, no estado puerperal.

Art. 3º Para efeitos desta Lei, considerar-se-á ofensa verbal ou física, dentre outras, as seguintes condutas praticadas por quaisquer pessoas discriminadas no Artigo anterior:

I - tratar a gestante ou parturiente de forma agressiva, de modo não empático a situação singular à vida da mulher, grosseiramente, com sarcasmo ou ironia ou qualquer outra forma que, de alguma forma a constranja ou a faça sentir-se desconfortável com o tratamento recebido;

II - ironizar ou repreender a parturiente por comportamentos como gritar, chorar, ter medo, solicitar a presença de alguém, sentir vergonha ou ter dúvidas;

III - ironizar ou repreender a parturiente por comportamentos alheios à sua vontade tal como descontrolo do esfíncter (evacuação) e outros, bem como por qualquer característica física: obesidade, estrias, celulite, etc.;

IV - não dar atenção às queixas e dúvidas da gestante internada ou e em trabalho de parto;

V - tratá-la de forma inferior, atribuindo-lhe comandos e nomes infantilizados e diminutivos, de modo a sentir-se incapaz;

VI - Vetado;

VII - Vetado;

VIII - promover a transferência da internação da gestante ou parturiente sem a devida análise e confirmação prévia de haver vaga e garantia de atendimento, bem como tempo suficiente para que esta chegue ao local de forma segura à si própria e ao bebê;

IX - Vetado;

X - Vetado;

XI - Vetado;

XII - Vetado;

XIII - Vetado;

XIV - manter algemadas mulheres detentas em trabalho de parto;

XV - Vetado;

XVI - submeter a gestante, parturiente e/ou ao bebê a procedimentos exclusivamente com o intuito de treinar estudantes;

XVII - findo o trabalho de parto, demorar injustificadamente para acomodá-la no quarto;

XVIII - Vetado;

XIX - privar a mulher, depois do parto, do direito de ter o bebê ao seu lado no alojamento conjunto hospitalar e de amamentar livremente, salvo se um deles, ou ambos necessitarem de cuidados especiais;

XX - deixar de informar à mulher, com mais de 25 (vinte e cinco) anos ou com mais de 2 (dois) filhos, sobre seu direito à realização de laqueadura nas trompas, gratuitamente, nos hospitais públicos e conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS);

XXI - Vetado.

Art. 4º O Poder Executivo, por meio do setor competente, poderá elaborar Cartilha dos Direitos da Gestante e da Parturiente, propiciando à todas as mulheres as informações e esclarecimentos necessários para um atendimento hospitalar digno e humanizado, visando à erradicação da violência obstétrica.

§ 1º A Cartilha deverá ser elaborada em linguagem simples e acessível, de forma a possibilitar a compreensão por mulheres de todos os níveis de escolaridade.

§ 2º A Cartilha referida no caput deste artigo trará a integralidade do texto da Portaria nº 1.067/GM, de 4 de Julho de 2005, que institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências.

Art. 5º As unidades hospitalares que prestem esse tipo de atendimento deverão expor cartazes informativos contendo as condutas elencadas nos incisos I a XXI do Art. 3º, bem como disponibilizar às mulheres um exemplar da Cartilha referida no Art. 4º desta Lei.

§ 1º Equiparam-se às unidades hospitalares, para os efeitos desta Lei, as unidades básicas de saúde (UBS's), os prontos atendimentos (PA's) e os consultórios médicos especializados no atendimento da saúde da mulher.

§ 2º Os cartazes devem informar, ainda, os órgãos e trâmites para possível denúncia em casos de violência:

a) que deverá ser entregue, sem questionamentos e custos, o prontuário da gestante e da parturiente no Hospital, se esta assim o exigir;

b) que a gestante ou parturiente escreva uma carta contando em detalhes o tipo de violência sofrida e como se sentiu;

c) que se o parto foi realizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), enviar a carta para a Ouvidoria do Hospital com cópia para a Diretoria Clínica, Secretaria Municipal de Saúde e para a Secretaria Estadual de Saúde;

d) que se o parto foi realizado em hospital da rede privada, enviar a carta para a Diretoria Clínica do Hospital, com cópia para a Diretoria do seu Plano de Saúde, para a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) e para as Secretarias Municipal e Estadual de Saúde;

e) que consulte um advogado para as outras instâncias de denúncia, dependendo da gravidade da violência recebida;

f) ligue para a Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180 (Decreto nº 7.393, de 15 de Dezembro de 2010).

Art. 6º As despesas com a execução desta Lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias, consignadas no orçamento vigente, suplementadas, se necessário.

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

Palácio dos Tropeiros, em 20 de Maio de 2014, 359º da Fundação de Sorocaba.

ANTONIO CARLOS PANNUNZIO  
Prefeito Municipal

MAURÍCIO JORGE DE FREITAS  
Secretário de Negócios Jurídicos







# Câmara Municipal de Sorocaba

Estado de São Paulo

Nº

“MUNICÍPIO DE SOROCABA” 23 DE MAIO DE 2014 / Nº 1.636  
FOLHA 2 DE 2

**JOÃO LEANDRO DA COSTA FILHO**  
Secretário de Governo e Segurança Comunitária

Publicado na Divisão de Controle de Documentos e Atos Oficiais, na data supra.

**VIVIANE DA MOTTA BERTO**  
Chefe da Divisão de Controle de Documentos e Atos Oficiais

**TERMO DECLARATÓRIO**

A presente Lei nº 10.827, de 20 de Maio de 2014, foi afixada no átrio desta Prefeitura Municipal de Sorocaba/Palácio dos Tropeiros, nesta data, nos termos do Art. 78, §4º, da L.O.M.

Palácio dos Tropeiros, em 20 de Maio de 2014.

**VIVIANE DA MOTTA BERTO**  
Chefe da Divisão de Controle de Documentos e Atos Oficiais

**JUSTIFICATIVA:**

Submetemos à apreciação dos nobres Pares o presente Projeto de Lei para instituir a obrigatoriedade de implantação de medidas de informação às gestantes e parturientes sobre a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, visando, principalmente, a proteção destas contra a violência obstétrica no Município de Sorocaba.

Nada mais visa senão a busca da melhor qualidade dos serviços prestados pela saúde pública municipal, na obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de atendimento às gestantes e parturientes do Município.

A violência obstétrica existe e caracteriza-se pela apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais da saúde, através de tratamento desumanizado, abuso de medicação e patologização dos processos naturais, causando a perda de autonomia e capacidade de decidir livremente.

Há inúmeros relatos de mulheres que sofreram algum tipo de constrangimento no acompanhamento do pré-natal, enquanto gestante ou até mesmo na hora do parto, momento em que se encontra totalmente fragilizada.

Diariamente há mulheres que relatam violência obstétrica em consultórios e hospitais das redes pública e privada de saúde. Muitas parturientes desconhecem os seus direitos no pré-natal, na hora do parto e no pós-parto e constantemente sofrem com agressões físicas ou emocionais por parte dos profissionais de saúde.

Algumas ações que são consideradas violência obstétrica são comuns no atendimento às gestantes e parturientes: enfermeira que repreende a mulher por exprimir dor ou por gritar na hora do parto, ou o médico que faz uma episiotomia (corte entre o ânus e a vagina para facilitar a saída do bebê), indiscriminadamente, são exemplos dessa violência.

A OMS (Organização Mundial da Saúde) determina critérios e cautela para a adoção do procedimento, no entanto, esse é um procedimento médico corriqueiro. Segundo a obstetriz Ana Cristina Duarte, do Gama (Grupo de Maternidade Ativa), entre 80% a 90% das brasileiras são cortadas durante o parto normal. Em muitos casos, é uma ação totalmente desnecessária e extremamente dolorosa. Quando as mulheres são cortadas sem o seu consentimento, configura-se violência obstétrica.

De acordo com dados oficiais, uma em cada quatro mulheres sofre algum tipo de violência durante o parto. Por conta do grande número de denúncias recebidas, o Ministério Público Federal decidiu instaurar nesta semana um inquérito civil público para apurar esses casos.

Segundo o MPF, algumas denúncias “demonstram o desrespeito” a essas mulheres. Esse número ainda não representa o valor real, pois, é fato, pois, muitas mulheres ainda não entendem que foram vítimas desse tipo de violência.

Os efeitos da violência obstétrica são sérios e podem causar depressão, dificuldade para cuidar do recém-nascido e também problemas na sexualidade desta mulher. Os tipos mais comuns de violência são gritos, procedimentos dolorosos sem consentimento ou informação, falta de analgesia e até negligência. Outros exemplos são a infusão intravenosa para acelerar o trabalho de parto (ocitocina sintética), a pressão sobre a barriga da parturiente para empurrar o bebê (manobra de Kristeller), o uso rotineiro de lavagem intestinal, retirada dos pelos pubianos (tricotomia) e exame de toque frequente para verificar a dilatação. São comuns também os relatos de frases pejorativas ou com sentido de humilhação, praticados por parte dos profissionais de saúde: “se você não parar de gritar, eu não vou mais te atender”, “na hora de fazer não gritou” e outras do gênero.

Também é considerada violência obstétrica agendar um parto cesáreo sem a real necessidade, recusar dar bebida (até mesmo água) ou comida para uma mulher durante o trabalho de parto ou impedir procedimentos simples, como massagens para aliviar a dor e a presença de um acompanhante na hora do parto, que pode ser o marido ou qualquer pessoa da escolha da parturiente.

Há relatos do MPF, onde mulheres são amarradas e obrigadas a ficar deitadas durante o trabalho de parto, quando é comprovado cientificamente que, para minimizar os incômodos das contrações, a mulher deve se movimentar e ficar na posição que se sente mais confortável para parir. Mães que são impedidas de ter contato com o bebê e amamentá-lo logo após o parto também podem denunciar os profissionais de saúde.

A hora do parto faz parte dos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres, por ser direito, não pode ser desrespeitado. Por isso, é preciso haver fiscalização e, sobretudo, divulgação dos direitos das parturientes. As mulheres precisam ser informadas para que possam cobrar dos profissionais que as atendem a assistência digna e baseada em evidências científicas já estabelecida pela OMS.

O Projeto de Lei em comento tem o objetivo de efetivar a humanização do parto. Deixar de proceder com ações que vão fazer nascer esta realidade em nossa cidade é lutar contra a humanização, querer calar as mulheres violentadas durante o parto, querer estabelecer um suposto e aviltante “direito” da equipe médica de violentá-las (sim, cometer violência é violentar!) baseado num saber que ele não se dispõe a explicar, é negar direitos humanos básicos às mulheres e aos bebês.

Além dos procedimentos errôneos ou desnecessários que enfrentam na hora de dar à luz, as mulheres, vítimas de violência obstétrica, que se configura pela agressão verbal, descaso, grosseria, escárnio, comentários maldosos e discriminatórios ou, todo tipo de ações torpes e com o claro intuito de humilhar.

Países como Argentina e Venezuela consideram a violência obstétrica como um crime cometido contra as mulheres e, como tal, deve ser prevenido, punido e erradicado.

Para que a realidade da violência obstétrica mude, é necessária a compreensão e a denúncia, bem como assegurar que os casos ocorridos sejam recebidos, apurados e julgados.

Faz-se necessário, também, que leis e normas vigentes no País, as quais garantem proteção do pleno direito de sua cidadania, liberdade sexual e reprodutiva às mulheres sejam observadas e cumpridas.

Considerando ainda que, para garantir o acesso a todas as mulheres, indiscriminadamente, necessária a afixação de cartazes informativos nesses órgãos públicos referidos na Lei, visando garantir a correta informação e orientação quanto aos instrumentos e mecanismos que se dispõe para garantir o direito das gestantes e parturientes.

Como forma de garantir e fomentar atitudes que promovam a ampla divulgação dos direitos das gestantes e parturientes e como forma de coibir toda e qualquer forma de violência, é que pedimos o apoio e a aprovação do presente Projeto.





LEI Nº 10.827, DE 20 DE MAIO DE 2014

(Processo nº 13.171/2014)

(Dispõe sobre a implantação de medidas de informação às gestantes e parturientes sobre a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, visando, principalmente, a proteção destas contra a violência obstétrica no Município de Sorocaba e dá outras providências).

Projeto de Lei nº 113/2014 – autoria do Vereador JOSE APOLO DA SILVA.

A Câmara Municipal de Sorocaba decreta e eu promulgo a seguinte Lei:

Art. 1º A presente Lei tem por objetivo obrigar a divulgação da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, no Município de Sorocaba, visando, em especial, a proteção das gestantes e parturientes contra atos de violência obstétrica.

Art. 2º Considera-se violência obstétrica todo ato praticado por médicos, enfermeiros, equipe hospitalar de modo geral, que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em vias de trabalho de parto ou, ainda, no estado puerperal.

Art. 3º Para efeitos desta Lei, considerar-se-á ofensa verbal ou física, dentre outras, as seguintes condutas praticadas por quaisquer pessoas discriminadas no Artigo anterior:

I - tratar a gestante ou parturiente de forma agressiva, de modo não empático a situação singular à vida da mulher, grosseiramente, com sarcasmo ou ironia ou qualquer outra forma que, de alguma forma a constranja ou a faça sentir-se desconfortável com o tratamento recebido;

II - ironizar ou repreender a parturiente por comportamentos como gritar, chorar, ter medo, solicitar a presença de alguém, sentir vergonha ou ter dúvidas;

III - ironizar ou repreender a parturiente por comportamentos alheios à sua vontade tal como descontrolo do esfíncter (evacuação) e outros, bem como por qualquer característica física: obesidade, estrias, celulite, etc.;

IV - não dar atenção às queixas e dúvidas da gestante internada ou e em trabalho de parto;

V - tratá-la de forma inferior, atribuindo-lhe comandos e nomes infantilizados e diminutivos, de modo a sentir-se incapaz;

VI - Vetado;

VII - Vetado;

VIII - promover a transferência da internação da gestante ou parturiente sem a devida análise e confirmação prévia de haver vaga e garantia de atendimento, bem como tempo suficiente para que esta chegue ao local de forma segura à si própria e ao bebê;

IX - Vetado;

X - Vetado;

XI - Vetado;

XII - Vetado;



Lei nº 10.827, de 20/5/2014 – fls. 2.

XIII - Vetado;

XIV - manter algemadas mulheres detentas em trabalho de parto;

XV - Vetado;

XVI - submeter a gestante, parturiente e/ou ao bebê a procedimentos exclusivamente com o intuito de treinar estudantes;

XVII - findo o trabalho de parto, demorar injustificadamente para acomodá-la no quarto;

XVIII - Vetado;

XIX - privar a mulher, depois do parto, do direito de ter o bebê ao seu lado no alojamento conjunto hospitalar e de amamentar livremente, salvo se um deles, ou ambos necessitarem de cuidados especiais;

XX - deixar de informar à mulher, com mais de 25 (vinte e cinco) anos ou com mais de 2 (dois) filhos, sobre seu direito à realização de laqueadura nas trompas, gratuitamente, nos hospitais públicos e conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS);

XXI - Vetado.

Art. 4º O Poder Executivo, por meio do setor competente, poderá elaborar Cartilha dos Direitos da Gestante e da Parturiente, propiciando à todas as mulheres as informações e esclarecimentos necessários para um atendimento hospitalar digno e humanizado, visando à erradicação da violência obstétrica.

§ 1º A Cartilha deverá ser elaborada em linguagem simples e acessível, de forma a possibilitar a compreensão por mulheres de todos os níveis de escolaridade.

§ 2º A Cartilha referida no caput deste artigo trará a integralidade do texto da Portaria nº 1.067/GM, de 4 de Julho de 2005, que institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências.

Art. 5º As unidades hospitalares que prestem esse tipo de atendimento deverão expor cartazes informativos contendo as condutas elencadas nos incisos I a XXI do Art. 3º, bem como disponibilizar às mulheres um exemplar da Cartilha referida no Art. 4º desta Lei.

§ 1º Equiparam-se às unidades hospitalares, para os efeitos desta Lei, as unidades básicas de saúde (UBS's), os prontos atendimentos (PA's) e os consultórios médicos especializados no atendimento da saúde da mulher.

§ 2º Os cartazes devem informar, ainda, os órgãos e trâmites para possível denúncia em casos de violência:

a) que deverá ser entregue, sem questionamentos e custos, o prontuário da gestante e da parturiente no Hospital, se esta assim o exigir;

b) que a gestante ou parturiente escreva uma carta contando em detalhes o tipo de violência sofrida e como se sentiu;

c) que se o parto foi realizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), enviar a carta para a Ouvidoria do Hospital com cópia para a Diretoria Clínica, Secretaria Municipal de Saúde e para a Secretaria Estadual de Saúde;



Lei nº 10.827, de 20/5/2014 – fls. 3.

d) que se o parto foi realizado em hospital da rede privada, enviar a carta para a Diretora Clínica do Hospital, com cópia para a Diretoria do seu Plano de Saúde, para a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) e para as Secretarias Municipal e Estadual de Saúde;

e) que consulte um advogado para as outras instâncias de denúncia, dependendo da gravidade da violência recebida;

f) ligue para a Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180 (Decreto nº 7.393, de 15 de Dezembro de 2010).

Art. 6º As despesas com a execução desta Lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias, consignadas no orçamento vigente, suplementadas, se necessário.

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


Palácio dos Tropeiros, em 20 de Maio de 2014, 359º da Fundação de Sorocaba.

  
ANTONIO CARLOS PANNUNZIO  
Prefeito Municipal

  
MAURÍCIO JORGE DE FREITAS  
Secretário de Negócios Jurídicos

  
JOÃO LEANDRO DA COSTA FILHO  
Secretário de Governo e Segurança Comunitária

Publicado na Divisão de Controle de Documentos e Atos Oficiais, na data supra.

  
VIVIANE DA MOTTA BERTO  
Chefe da Divisão de Controle de Documentos e Atos Oficiais



Lei nº 10.827, de 20/5/2014 – fls. 4.

**JUSTIFICATIVA:**

Submetemos à apreciação dos nobres Pares o presente Projeto de Lei para instituir a obrigatoriedade de implantação de medidas de informação às gestantes e parturientes sobre a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, visando, principalmente, a proteção destas contra a violência obstétrica no Município de Sorocaba.

Nada mais visa senão a busca de melhor qualidade dos serviços prestados pela saúde pública municipal, na obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de atendimento às gestantes e parturientes do Município.

A violência obstétrica existe e caracteriza-se pela apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais da saúde, através de tratamento desumanizado, abuso de medicação e patologização dos processos naturais, causando a perda de autonomia e capacidade de decidir livremente.

Há inúmeros relatos de mulheres que sofreram algum tipo de constrangimento no acompanhamento do pré-natal, enquanto gestante ou até mesmo na hora do parto, momento em que se encontra totalmente fragilizada.

Diariamente há mulheres que relatam violência obstétrica em consultórios e hospitais das redes pública e privada de saúde. Muitas parturientes desconhecem os seus direitos no pré-natal, na hora do parto e no pós-parto e constantemente sofrem com agressões físicas ou emocionais por parte dos profissionais de saúde.

Algumas ações que são consideradas violência obstétrica são comuns no atendimento às gestantes e parturientes: enfermeira que repreende a mulher por exprimir dor ou por gritar na hora do parto, ou o médico que faz uma episiotomia (corte entre o ânus e a vagina para facilitar a saída do bebê), indiscriminadamente, são exemplos dessa violência.

A OMS (Organização Mundial da Saúde) determina critérios e cautela para a adoção do procedimento, no entanto, esse é um procedimento médico corriqueiro. Segundo a obstetritz Ana Cristina Duarte, do Gama (Grupo de Maternidade Ativa), entre 80% a 90% das brasileiras são cortadas durante o parto normal. Em muitos casos, é uma ação totalmente desnecessária e extremamente dolorosa. Quando as mulheres são cortadas sem o seu consentimento, configura-se violência obstétrica.

De acordo com dados oficiais, uma em cada quatro mulheres sofre algum tipo de violência durante o parto. Por conta do grande número de denúncias recebidas, o Ministério Público Federal decidiu instaurar nesta semana um inquérito civil público para apurar esses casos.

Segundo o MPF, algumas denúncias “demonstram o desrespeito” a essas mulheres. Esse número ainda não representa o valor real, pois, é fato, pois, muitas mulheres ainda não entendem que foram vítimas desse tipo de violência.

Os efeitos da violência obstétrica são sérios e podem causar depressão, dificuldade para cuidar do recém-nascido e também problemas na sexualidade desta mulher. Os tipos mais comuns de violência são gritos, procedimentos dolorosos sem consentimento ou informação, falta de analgesia e até negligência. Outros exemplos são a infusão intravenosa para acelerar o trabalho de parto (ocitocina sintética), a pressão sobre a barriga da parturiente para empurrar o bebê (manobra de Kristeller), o uso rotineiro de lavagem intestinal, retirada dos pelos pubianos (tricotomia) e exame de toque frequente para verificar a dilatação. São comuns também os relatos de frases pejorativas ou com sentido de humilhação, praticados por parte dos profissionais de saúde: “se você não parar de gritar, eu não vou mais te atender”, “na hora de fazer não gritou” e outras do gênero.

Também é considerada violência obstétrica agendar um parto cesáreo sem a real necessidade, recusar dar bebida (até mesmo água) ou comida para uma mulher durante o trabalho de parto ou impedir procedimentos simples, como massagens para aliviar a dor e a presença de um acompanhante na hora do parto, que pode ser o marido ou qualquer pessoa da escolha da parturiente.



Lei nº 10.827, de 20/5/2014 – fls. 5.

Há relatos do MPF, onde mulheres são amarradas e obrigadas a ficar deitadas durante o trabalho de parto, quando é comprovado cientificamente que, para minimizar os incômodos das contrações, a mulher deve se movimentar e ficar na posição que se sente mais confortável para parir. Mães que são impedidas de ter contato com o bebê e amamentá-lo logo após o parto também podem denunciar os profissionais de saúde.

A hora do parto faz parte dos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres, por ser direito, não pode ser desrespeitado. Por isso, é preciso haver fiscalização e, sobretudo, divulgação dos direitos das parturientes. As mulheres precisam ser informadas para que possam cobrar dos profissionais que as atendem a assistência digna e baseada em evidências científicas já estabelecida pela OMS.

O Projeto de Lei em comento tem o objetivo de efetivar a humanização do parto. Deixar de proceder com ações que vão fazer nascer esta realidade em nossa cidade é lutar contra a humanização, querer calar as mulheres violentadas durante o parto, querer estabelecer um suposto e aviltante “direito” da equipe médica de violentá-las (sim, cometer violência é violentar!) baseado num saber que ele não se dispõe a explicar, é negar direitos humanos básicos às mulheres e aos bebês.

Além dos procedimentos errôneos ou desnecessários que enfrentam na hora de dar à luz, as mulheres, vítimas de violência obstétrica, que se configura pela agressão verbal, descaso, grosseria, escárnio, comentários maldosos e discriminatórios ou, todo tipo de ações torpes e com o claro intuito de humilhar.

Países como Argentina e Venezuela consideram a violência obstétrica como um crime cometido contra as mulheres e, como tal, deve ser prevenido, punido e erradicado.

Para que a realidade da violência obstétrica mude, é necessária a compreensão e a denúncia, bem como assegurar que os casos ocorridos sejam recebidos, apurados e julgados.

Faz-se necessário, também, que leis e normas vigentes no País, as quais garantem proteção do pleno direito de sua cidadania, liberdade sexual e reprodutiva às mulheres sejam observadas e cumpridas.

Considerando ainda que, para garantir o acesso a todas as mulheres, indiscriminadamente, necessária a afixação de cartazes informativos nesses órgãos públicos referidos na Lei, visando garantir a correta informação e orientação quanto aos instrumentos e mecanismos que se dispõe para garantir o direito das gestantes e parturientes.

Como forma de garantir e fomentar atitudes que promovam a ampla divulgação dos direitos das gestantes e parturientes e como forma de coibir toda e qualquer forma de violência, é que pedimos o apoio e a aprovação do presente Projeto.



# Prefeitura de SOROCABA

Sorocaba, de Maio de 2 014.

VETO Nº 13/2014  
Processo nº 13.171/2014

J. AOS PROJETOS DE DELIBERAÇÃO  
EM  
20 MAI 2014  
GERVINO CLAUDIO GONÇALVES  
PRESIDENTE

Excelentíssimo Senhor Presidente:

Dirijo-me a Vossa Excelência e aos demais Vereadores para comunicá-lhes que após analisar o Autógrafo nº 103/2014, e tendo ouvido a Secretaria da Saúde, decidi, no uso da faculdade que me conferem os artigos 61, Inciso V, e Art. 46, § 2º, ambos da Lei Orgânica do Município, pelo **VETO PARCIAL** ao Projeto de Lei nº 113/2014, que Dispõe sobre a implantação de medidas de informação às gestantes e parturientes sobre a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, visando, principalmente, a proteção destas contra a violência obstétrica no Município de Sorocaba e dá outras providências.

Embora possa se reconhecer os nobres propósitos que embasaram a propositura aprovada por esse Poder Legislativo, a negativa de sanção de alguns incisos do Art. 3º do Projeto se justificam por conflito com o Código de Ética Médica aprovado pela Resolução nº 1931/2009 do Conselho Federal de Medicina e demais regulamentos médico-hospitales, conforme a seguir se demonstrará.

Com efeito, o Inciso “VI” colide com o disposto no Capítulo I, incisos VIII e XXI, bem como com o Capítulo II, incisos II e IX, ambos do Código de Ética Médica, que asseguram ao médico a liberdade profissional para tomada de decisões, de acordo com seus ditames de consciência práticas cientificamente reconhecidas, os procedimentos diagnósticos e terapêuticos adequados ao caso. O Inciso traz significativo grau de imprecisão, tornando difícil a aplicação no caso concreto. Veja, riscos imaginários ou hipotéticos podem tanto ser aqueles irrealis, como aqueles prováveis, caso não adotado o procedimento médico adequado. Nesse passo, manter o referido Inciso na Lei poderá coibir o bom exercício profissional, trazendo risco não só à parturiente, como ao próprio bebê.

Semelhantemente, o Inciso “VII” encontra obstáculo no Capítulo I, Inciso VII e Capítulo V, Art. 33, do Código de Ética, segundo o qual o médico não é obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, salvo apenas quando da ausência de outro médico. Ocorre que o dispositivo citado, ao qualificar como conduta ofensiva a recusa de atendimento “por qualquer razão”, afronta tal disposição ao criar um regime imperativo de ação ao médico, mesmo quando o especialista da área ou o próprio médico da paciente esteja no local, circunstância que poderia gerar conflito de atendimentos com consequências danosas aos pacientes.

O Inciso “IX”, por sua vez, contraria as normas operacionais de serviço de atendimento hospitalar. Vale dizer, a realização de fichas e prévio cadastro é necessário não só à identificação da paciente, como também à própria segurança delas e dos seus filhos, pois a ausência de qualquer controle prévio de entrada por parte da instituição hospitalar poderá viabilizar o acesso de pessoas mal intencionadas, sobretudo daquelas que ingressam em maternidades para subtrair recém-nascidos. O dispositivo deixa certa margem de subjetivismo, o que dificultaria sua aplicação em detrimento à necessária segurança esperada em uma unidade hospitalar, sobretudo naquelas em que haja maternidade.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
-20-Mai-2014-13:01-135611-1/A

CÂMARA MUNICIPAL DE SOROCABA



# Prefeitura de SOROCABA

Veto nº 13 – fls. 2.

Já o Inciso “X” deve ser vetado por trazer previsão que num primeiro momento poderia parecer conveniente (permitir que a parturiente faça uso de aparelho celular durante todo o processo de parto), mas que, todavia, não o é por questões de controle de infecção da própria parturiente como de seus bebês. É cediço que os aparelhos celulares se tornaram instrumentos cada vez mais comuns na vida moderna. As pessoas carregam esses objetos em todos os lugares, e como já se pode esperar, consigo também carregam inúmeras bactérias transmissoras de infecções. Assim,

permitir que a parturiente permaneça com o aparelho celular durante todo o trabalho de parto poderia representar risco à saúde dela e, sobretudo, do recém-nascido, cuja imunidade nos primeiros momentos de vida é muito mais vulnerável às doenças, de modo que é plenamente justificável a restrição do uso do aparelho celular em certas hipóteses. De outro lado, como já é assegurado pelo Art. 19-J da Lei Federal nº 8.080/90 a presença de um acompanhante durante todo o trabalho de parto, a parturiente já tem garantido contato com pessoa de sua escolha como a qual poderá se comunicar a qualquer tempo, o que já atende a finalidade da Lei.

Os incisos “XI”, “XII” e “XIII” contém normas que afetam diretamente a autonomia profissional necessária ao bom cuidado da própria paciente. É certo que nenhuma paciente deve ser submetida a tratamento desnecessário ou humilhante. Ocorre que alguns procedimentos como lavagem intestinal, exame de toque, uso de anestesia por mais de um profissional entre outros, muitas vezes são não só recomendáveis, como indispensáveis ao bom atendimento da paciente. Isso, porém, só o médico pode dizer no caso concreto, não havendo como pré-estabelecer, na Lei, casos em que será ou não possível sua realização. Outrossim, dizer que a paciente não possa ser submetida a rompimento da bolsa amniótica de forma estúpida e grosseria ou realização de episiotomia quando esta comprovadamente não se mostra imprescindível contém em si significativo grau de imprecisão, o que igualmente permitiria subjetivismos e excessos na aplicação da Lei, afrontando o Capítulo I, Inciso VIII e XXI, bem como Capítulo II, incisos II e IX, do Código de Ética Médica.

Prosseguindo, o Inciso “XV” diz que o médico não poderá realizar qualquer procedimento sem, previamente, explicar, com palavras simples, a necessidade do que está sendo oferecido ou recomendado e fazê-lo somente com o seu consentimento restringe injustificadamente o exercício da medicina nas hipóteses de urgência e emergência, em que não há tempo hábil para apresentação de qualquer explicação ou colheita de consentimento da paciente. A imposição desse procedimento, pela Lei local, ao invés de trazer benefícios, poderá acarretar sérios prejuízos à população, pois os profissionais estariam impedidos de realizar qualquer atendimento, ainda que de urgência ou emergência, sem que prévia comunicação à parturiente, o que poderia colocar ou, no mínimo, agravar os riscos da mulher e do seu bebê.

Semelhante, o Inciso “XVIII”, embora de motivação compreensível, se aplicado, poderá causar em risco à vida do recém-nascido cuja recomendação médica recomende adoção de procedimentos clínicos imediatos. Vale dizer, mesmo os bebês “saudáveis” precisam ser submetidos a procedimentos médicos de rotinas, antes mesmo do contato ou amamentação com a mãe, sob pena de prejuízo ao próprio recém-nascido. Assim,

SECRETARIA

20/Mai-2014-13:01-135611-2/6

CARTELA MUNICIPAL DE SOROCABA





# Prefeitura de SOROCABA

Veto nº 13 – fls. 3.

aqui também se verifica que houve certo excesso na previsão da Lei, interferindo na atuação médica.

Por fim, o Inciso “XXI” coloca em risco as normas de segurança do Hospital e, sobretudo, dos recém-nascidos. Vale repetir, infelizmente não são poucos os casos de bebês que são subtraídos do Hospital. Se não houver prévio controle de entrada e saída, ainda que do pai ou acompanhante da parturiente, isso só facilitará a ação desses criminosos, lembrando que a simples identificação do pai/acompanhante, segundo as normas de cada Hospital, não inviabiliza os direitos que se busca proteger com a Lei.

É por essas breves razões que se justifica o VETO PARCIAL aos incisos VI, VII, IX, X, XI, XII, XIII, XV, XVIII e XXI do Art. 3º por contrariedade ao interesse público, uma vez que alguns dessas disposições podem gerar efeitos contrários àquele pretendido por essa Casa, sem falar tais disposições colidirem com o Código de Ética Médica aprovado pela Resolução nº 1931/2009 do Conselho Federal de Medicina que já regulamenta a profissão, bem como demais regulamentos médico-hospitalares necessários ao adequado tratamento e atenção à saúde tanto da parturiente quanto dos recém-nascidos.

Esperamos, assim, proporcionar a esta Casa de Leis a oportunidade de reapreciar a matéria, na certeza de que, conhecendo as razões que me motivaram a negar a sanção, irão reformular seu entendimento.

Atenciosamente,

  
ANTONIO CARLOS PANNUNZIO  
Prefeito Municipal

Ao  
Exmo. Sr.  
GERVINO CLÁUDIO GONÇALVES  
DD. Presidente da Câmara Municipal de  
SOROCABA  
Veto nº 13 - Aut 103 2014 e PL 113 2014

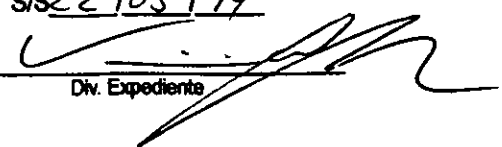
NOTÍCIA Nº 14

20-Mai-2014-13:01-155611-316

CÂMARA MUNICIPAL DE SOROCABA

Recebido na Div. Expediente  
20 de MAIO de 14

A Consultoria Jurídica e Comissões  
SIS22105114

  
Div. Expediente



# Câmara Municipal de Sorocaba

Estado de São Paulo

64

## Nº COMISSÃO DE JUSTIÇA

RELATOR: Jessé Loures de Moraes

VETO PARCIAL Nº 13/2014

A COMISSÃO DE JUSTIÇA, por seus integrantes, no uso das atribuições que o RI desta Casa de Leis lhe confere, manifesta-se sobre o VETO nº 13/2014 ao Projeto de Lei nº 113/2014 (AUTÓGRAFO 103/2014), em atendimento às disposições dos arts. 119 e seguintes do Regimento Interno:

A Câmara Municipal de Sorocaba aprovou o projeto de autoria do Nobre Vereador José Apolo da Silva, que foi enviado, na forma de AUTÓGRAFO, pelo Presidente da Câmara ao Sr. Prefeito para sanção, nos termos do art. 46 da Lei Orgânica do Município de Sorocaba, no caso de sua concordância.

Entretanto, o Sr. Prefeito Municipal, considerando os incisos VI, VII, IX, X, XI, XII, XIII, XV, XVIII e XXI do art. 3º da proposição ilegais por colidirem com o Código de Ética Médica, bem como contrário ao interesse público, vetou-o parcialmente, procedendo na forma do § 2º do art. 46 da LOMS, obedecido o prazo nele previsto (15 dias úteis), comunicando ao Presidente desta Casa de Leis a sua decisão.

Assim, por força do art. 119, §3º do RIC (dupla fundamentação), a proposição vetada foi encaminhada a esta Comissão de Justiça para a sua manifestação.

Sendo assim, sob o aspecto legal nada a opor quanto à tramitação do VETO aposto pelo Chefe do Executivo, que será submetido ao julgamento do Plenário em uma única discussão e votação nominal (art. 120, § 1º do RIC) e só poderá ser rejeitado pela maioria absoluta dos membros da Câmara (art. 163, V do RIC).

Por fim, alertamos que tendo em vista a dupla fundamentação do veto exige-se, além da manifestação desta Comissão de Justiça, o envio às Comissões de Mérito para manifestação na forma e prazos estabelecidos no RIC (art. 119 § 3º).

S/C., 27 de maio de 2014.

MÁRIO MARTE MARINHO JÚNIOR  
*Presidente*

JESSÉ LOURES DE MORAES  
*Membro-Relator*

JOSÉ FRANCISCO MARTINEZ  
*Membro*





# Câmara Municipal de Sorocaba

Estado de São Paulo

**Nº**

## **COMISSÃO DE ECONOMIA, FINANÇAS, ORÇAMENTO E PARCERIAS**

**SOBRE:** Veto Parcial nº 13/2014, ao Projeto de Lei nº 113/2014, Autógrafo nº 103/2014, de autoria do Edil José Apolo da Silva, que dispõe sobre a implantação de medidas de informação às gestantes e parturientes sobre a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, visando, principalmente, a proteção destas contra a violência obstétrica no município de Sorocaba e dá outras providências.

Pela aprovação.

S/C., 3 de junho de 2014.

**NEUSA MALDONADO SILVEIRA**  
*Presidente*

**ANSELMO ROLIM NETO**  
*Membro*

**JOSÉ FRANCISCO MARTINEZ**  
*Membro*





# Câmara Municipal de Sorocaba

Estado de São Paulo

**Nº**

## COMISSÃO DE SAÚDE PÚBLICA

**SOBRE:** Veto Parcial nº 13/2014, ao Projeto de Lei nº 113/2014, Autógrafo nº 103/2014, de autoria do Edil José Apolo da Silva, que dispõe sobre a implantação de medidas de informação às gestantes e parturientes sobre a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, visando, principalmente, a proteção destas contra a violência obstétrica no município de Sorocaba e dá outras providências.

Pela aprovação.

S/C., 3 de junho de 2014.

  
IZÍDIO DE BRITO CORREIA

*Presidente*

  
FERNANDO ALVES LISBOA DINI

*Membro*

  
JOSÉ APOLO DA SILVA

*Membro*

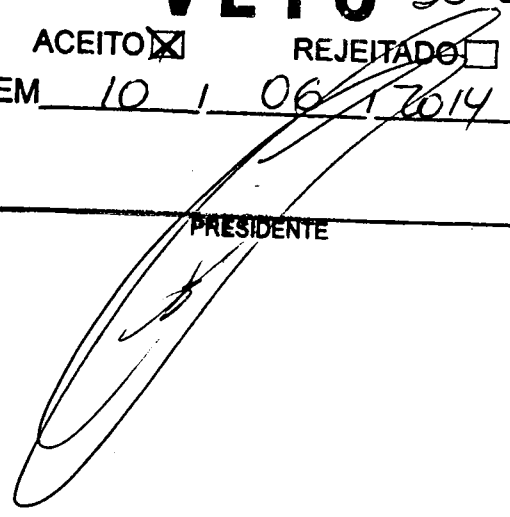


**VETO** 50.34/2014

ACEITO  REJEITADO

EM 10 / 1 / 06 / 2014

\_\_\_\_\_  
PRESIDENTE

A large, stylized handwritten signature in black ink, written over the signature line and extending upwards into the date field.





# Câmara Municipal de Sorocaba

Estado de São Paulo

Nº 0546

Sorocaba, 10 de junho de 2014.

Excelentíssimo Senhor,

Comunicamos a Vossa Excelência que o Veto Parcial nº 13/2014, ao Projeto de Lei nº 113/2014, Autógrafo nº 103/2014, de autoria do Edil José Apolo da Silva, *que dispõe sobre a implantação de medidas de informação às gestantes e parturientes sobre a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, visando, principalmente, a proteção destas contra a violência obstétrica no município de Sorocaba e dá outras providências*, foi ACEITO, por esta Edilidade.

Sendo só o que nos apresenta para o momento, subscrevemo-nos,

Atenciosamente

GERVINO CLÁUDIO GONÇALVES  
Presidente

Ao  
Excelentíssimo Senhor  
ANTONIO CARLOS PANNUNZIO  
Digníssimo Prefeito Municipal de  
SOROCABA

rosa.-



Este Impressão foi confeccionado  
com papel 100% reciclado