



SUBSTITUTIVO INTEGRAL AO PROJETO DE LEI Nº 30/2017 - Lei da Humanização do Parto e Nascimento

Regulamenta, no âmbito público e privado, a humanização da via de nascimento, os direitos da mulher relacionados ao parto e nascimento, as medidas de proteção contra a violência obstétrica e dá outras providências.

Capítulo I – Da humanização da via de nascimento

Art. 1º - A presente lei tem por objeto a humanização da assistência ao parto e nascimento no município do Natal, nas redes pública e privada, a fim de estimular o parto normal, além de garantir os direitos da mulher relacionados ao parto e nascimento e indicar medidas de proteção contra a violência obstétrica em âmbito municipal.

Parágrafo único - Toda mulher tem direito à assistência humanizada, física e emocional, durante o pré-natal, trabalho de parto, parto, cirurgia cesárea e logo após o nascimento do recém-nascido, incluindo-se a situação de abortamento, na rede de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e em estabelecimento privado de saúde suplementar.

Art. 2º - Para os efeitos desta lei, tem-se como assistência humanizada do pré-natal, trabalho de parto, parto, cirurgia cesárea e em situação de abortamento o atendimento feito por qualquer profissional, contratado ou prestador de serviços, dentro da rede hospitalar, casa de parto ou similar, seguindo o preceituado pelas recomendações do Manual de Boas Práticas de Atenção ao Parto e o Nascimento da Organização Mundial de Saúde de 1996 (OMS), a Política Nacional de Humanização (PNH/2003), as Portarias 569/2000, 1.067/2005, 1.459/2011 e 353/2017 do Ministério da Saúde, e em conformidade com as orientações da Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - RDC nº 36/2008, considerando principalmente:

- I. Garantir a segurança do processo, bem como a saúde da parturiente e do feto ou recém-nascido;
- II. Garantir o monitoramento fetal de acordo com Manual de Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 1996. Dar preferência à ausculta intermitente dos batimentos cardíacos do feto, sendo realizada a cada 15-30 minutos no primeiro estágio do trabalho de parto ativo e logo depois de cada contração no segundo estágio.
- III. Só adotar rotinas e procedimentos cuja extensão e conteúdo tenham sido objeto de revisão e avaliação científica por parte da OMS ou de outras instituições de excelência reconhecida;
- IV. Garantir à gestante, se assim desejar, o acompanhamento de uma doula de sua escolha, nos estabelecimentos de saúde e clínicas médicas, no



âmbito público e privado, sem impor condições ou exigências de qualquer natureza à entrada e permanência da doula e sem prejuízo do direito do acompanhante previsto na Lei Federal nº 11.108/2005 e na Lei Municipal nº 6.497/2014;

V. Garantir que os períodos clínicos do parto sejam assistidos no mesmo ambiente;

VI. Garantir à gestante o direito à informação clara, concisa, segura e imparcial;

VII. Garantir à gestante o direito de optar pelos procedimentos eletivos que, resguardada a segurança do parto, lhe propiciem maior conforto e bem estar, incluindo procedimentos médicos para alívio da dor, se assim desejar;

VIII. Assegurar à parturiente o direito ao consentimento esclarecido em relação aos procedimentos invasivos, como a episiotomia, ocitocina sintética, amniotomia, toques vaginais, entre outros;

IX. Assegurar à parturiente a escolha de posição física que seja mais confortável durante o trabalho de parto e parto;

X. Disponibilizar à parturiente métodos não-farmacológicos para alívio da dor, tais como:

- a) Barra fixa,
- b) Escada de Ling,
- c) Bola de Bobath,
- d) Cavalinho
- e) Chuveiro e/ou banheira com água quente.

XI. Cumprir o Plano de Parto entregue à equipe profissional ou ao estabelecimento de saúde, fazendo valer as escolhas expressas, no caso de parto de risco habitual, sem intercorrências;

XII. Para os casos em que o Plano de Parto não possa ser seguido, sempre que possível, a parturiente e/ou responsável deverão ser comunicados sobre as possibilidades de intervenção em linguagem clara e acessível, assim como, sobre benefícios e riscos de cada uma;

XIII. Atender, no âmbito público e privado, ao estabelecido nos instrumentos normativos do Ministério da Saúde que instituem diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN), especialmente a Portaria nº 371, de 07 de maio de 2014, do Ministério da Saúde;

XIV. Apenas promover ou autorizar a transferência da gestante ou parturiente com a análise ou confirmação prévias de que haverá vaga e garantia de atendimento, bem como tempo suficiente para seu deslocamento até o local a que será transferida, disponibilizando relatório de transferência legível, contendo minimamente a identificação da paciente e do recém-nascido, resumo clínico com dados que justifiquem a transferência e descrição ou cópia de laudos de exames realizados, quando existentes, conforme Lei Federal 11.634/2007 e Portaria Municipal 242/2013;

XV. Garantir à gestante (ou seu representante autorizado) obtenção da cópia integral de seu prontuário médico (hospitalar ou de consultório), nos



termos do art. 5º da Resolução nº 1605/2000 do Conselho Federal de Medicina;

XVI. Possibilitar à gestante o direito de visitar o estabelecimento de saúde, público ou privado, em que deverá ter seu recém-nascido a fim de tirar dúvidas, conhecer as dependências do local, incluindo as destinadas à internação, cirurgias e partos, a equipe de plantão, dentre outras informações que forem pertinentes à gravidez, à via de nascimento e aos procedimentos do estabelecimento de saúde, devendo este disponibilizar um profissional médico ou enfermeiro para o atendimento às gestantes que assim desejarem, dentro do horário comercial e mediante agendamento prévio, inclusive por telefone quando acessíveis, conforme Lei Federal 11.634/2007 e Portaria Municipal 242/2013.

Parágrafo único – No que diz respeito aos métodos elencados no inciso X deste artigo, as despesas decorrentes da sua implementação devem ser oriundas dos recursos do orçamento municipal já destinados ao financiamento da saúde no que se refere ao serviço público.

Art. 3º - São princípios da assistência humanizada durante o parto, trabalho de parto e/ou cirurgia cesárea:

I. O protagonismo restituído à mulher, valorizando as suas escolhas e considerando o parto dentro de uma visão integrativa e interdisciplinar do parto, retirando deste o caráter de processo biológico, e alçando-o ao patamar de evento humano, onde os aspectos emocionais, fisiológicos, sociais, culturais e espirituais são igualmente valorizados, e suas específicas necessidades atendidas;

II. O compromisso com os direitos da cidadã, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e populações específicas;

III. A vinculação e a harmonização entre segurança e bem estar da gestante ou parturiente com a Medicina Baseada em Evidências;

IV. A preferência pela utilização dos métodos menos invasivos;

V. O fornecimento prévio e claro de informação isenta e de qualidade à gestante ou parturiente, assim como ao pai ou ao acompanhante, sempre que for solicitado, dos métodos e procedimentos eletivos;

Art. 4º - Constatada a gravidez, a gestante que desejar elaborará Plano de Parto, contendo as informações contidas no Anexo I à presente lei, e deverá ser apresentado ainda durante o pré-natal ao médico obstetra da gestante ou, quando o parto for realizado por plantonista, à direção clínica da maternidade, para que o profissional possa, de posse do plano, avaliar o desejo da gestante, associado ao risco da gravidez, e assim harmonizar a liberdade de escolha da mulher em conjunto com sua integridade física e a do feto ou recém-nascido, de acordo com as normativas da Agência Nacional de Saúde e da Organização Mundial de Saúde.

§ 1º - O Plano de Parto tem a função de registrar as preferências da mulher sobre todas as etapas do nascimento do bebê, podendo ser escrito em forma de carta corrida ou uma lista de itens com as preferências da mulher sobre o atendimento no



local de parto, desde a sua chegada até a alta, incluindo os cuidados com o recém-nascido.

§ 2º - O Plano de Parto, uma vez validado pelo(a) médico(a) obstetra da gestante ou com a direção clínica da maternidade, quando o parto for realizado por plantonista, deverá ser assinado pelo mesmo(a) e pela gestante, não podendo ser descumprido, salvo em caso de pôr em risco a saúde e integridade da mulher e do feto ou recém-nascido, o que deverá ser devidamente comprovado em Partograma ou Relatório Médico por escrito, nos termos da Resolução nº 368 de 06 de janeiro de 2015, da Agência Nacional de Saúde – ANS;

Capítulo II – Da caracterização da violência obstétrica

Art. 5º - Caracteriza-se a violência obstétrica como a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos(as) profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, que cause a perda da autonomia e capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.

Parágrafo único - Para efeitos da presente Lei, para fins de responsabilização civil e administrativa, considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo(a) profissional da equipe de saúde que ofenda, de forma verbal, psicológica ou física, as mulheres gestantes em trabalho de parto, em situação de abortamento e no pós-parto/puerpério.

Art. 6º - Considera-se violência obstétrica, nas suas formas físicas, psicológicas ou verbais, dentre outras, as seguintes condutas:

- I. A imposição do jejum durante o trabalho de parto;
- II. A administração de enemas (lavagem intestinal);
- III. Restringir a liberdade de ir e vir da gestante, interferindo na sua liberdade de locomoção, sem justificativa médica baseada em evidência científica;
- IV. Obrigar a manter a mulher em posição ginecológica ou litotômica, supina ou horizontal;
- V. A administração de ocitocina sem o consentimento da gestante, a fim de acelerar o trabalho de parto;
- VI. Os esforços de puxos prolongados e dirigidos durante processo expulsivo;
- VII. Incentivar ou conduzir a mulher a realizar Manobra de Valsalva (exalar forçadamente o ar contra os lábios fechados e nariz tapado, forçando o ar em direção ao ouvido médio);
- VIII. Realizar a episiotomia (corte no períneo) quando esta não for considerada clinicamente necessária, enfatizando-se, para efeitos desta Lei, que tal procedimento é vedado se realizado para aceleração do período expulsivo por conveniência do profissional que presta assistência ao parto, ou de proteção prévia do



períneo para evitar lacerações, não podendo tais justificativas clínico-obstétricas serem aceitas.

- IX. A tricotomia (raspagem de pelos pubianos);
- X. Exames de toque cervical repetidos, ou agressivos e dolorosos, ou realizados por diversos profissionais, sem o prévio esclarecimento de sua necessidade e a prévia autorização da mulher;
- XI. Proceder à dilatação manual do colo uterino para acelerar o tempo do parto;
- XII. Romper de forma precoce e/ou artificial as membranas ou a bolsa das águas (amniotomia) para acelerar o tempo do parto;
- XIII. Praticar Manobra de Kristeller (aplicação de pressão na parte superior do útero);
- XIV. Deixar de aplicar anestesia na parturiente, quando esta assim o requerer;
- XV. Recusar o atendimento de parto e assistência às situações de abortamento, tendo em vista tratar-se de uma emergência;
- XVI. Atender a mulher com a porta aberta, interferindo em sua privacidade;
- XVII. Realizar quaisquer outros procedimentos sem prévia orientação dada à mulher e sem a obtenção de sua permissão, sendo exigido que o profissional utilize comunicação simples e eficiente para esclarecê-la;
- XVIII. Após o trabalho de parto ou assistência à situação de abortamento, demorar injustificadamente para acomodar a mulher no quarto;
- XIX. Retirar da mulher, depois do parto, o direito de ter o recém-nascido ao seu lado no Alojamento Conjunto e de amamentar em livre demanda, salvo se, pelo menos, um deles, mulher ou recém-nascido, necessitar de cuidados especiais;
- XX. Submeter a mulher e/ou o recém-nascido a procedimentos feitos exclusivamente para treinar estudantes, sem o seu consentimento;
- XXI. Submeter o recém-nascido saudável à aspiração de rotina, higienização, injeções e outros procedimentos na primeira hora de vida, sem que antes tenha sido colocado em contato pele-a-pele com a mulher e recebido estímulo para mamar, inclusive em cesariana;
- XXII. Impedir a mulher de acompanhar presencial e continuamente o recém-nascido quando este necessitar de cuidados especiais no estabelecimento de saúde, inclusive em unidade de terapia intensiva neonatal;
- XXIII. Não informar a mulher, com mais de vinte e cinco anos ou com mais de dois filhos, sobre seu direito à realização da laqueadura ou ligadura de tubas uterinas, gratuitamente nos hospitais públicos e conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS).
- XXIV. Manter algemadas, durante o trabalho de parto, parto e puerpério, as mulheres que cumprem medidas privativas de liberdade, consoante a Lei nº 13.434 de 12 de abril de 2017.
- XXV. Tratar a mulher de forma injuriosa ou ofensiva, dando-lhe comandos com termos inapropriados, infantilizando-a ou diminuindo-a na sua integridade;
- XXVI. Recriminar ou ridicularizar a parturiente pelas suas escolhas e/ou por qualquer das reações emocionais que ela venha a apresentar durante os procedimentos do parto, tais como gritar, chorar, demonstrar insegurança, ou se desestabilizar emocionalmente, e ainda, por qualquer característica ou condição física;
- XXVII. Tentar induzir a gestante ou parturiente a realizar uma cesariana, utilizando-se de argumentos falsos, de riscos imaginários, ou hipotéticos, sem a devida



explicação sobre os reais riscos que possam atingi-la e ao feto ou recém-nascido, com a realização desse procedimento.

Art. 7º - Será objeto de justificação por escrito, no Partograma ou no Relatório Médico, a adoção de qualquer dos procedimentos que:

- I – Sejam desnecessários ou prejudiciais à saúde da gestante ou parturiente ou ao feto ou recém-nascido;
- II – Tenham a sua eficácia não comprovada por evidência científica;
- III – Sejam suscetíveis de causar dano, de qualquer natureza, quando aplicados de forma generalizada ou rotineira;
- IV – Não cumpram o plano de parto.

§ 1º A justificação de que trata este artigo será averbada, ainda, ao prontuário médico após a entrega de cópia à gestante, a seu acompanhante ou a quem ela autorizar.

§ 2º Ressalvada disposição legal expressa em contrário, ficam sujeitas à justificação de que trata este artigo, dentre outros:

- I - A administração de enemas;
- II - A administração de ocitocina, a fim de acelerar o trabalho de parto;
- III - Os esforços de puxos prolongados e dirigidos durante processo expulsivo;
- IV - A amniotomia;
- V - A episiotomia, quando indicada;
- VI - A manobra de Kristeller.

Art. 8º - Os serviços de atenção obstétrica e neonatal devem ter suas estruturas físicas nos moldes do disposto na normatização da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, especialmente na RDC nº 36/2008.

Parágrafo único – As unidades que não estejam adequadas à norma devem realizar progressiva adaptação no período de três anos.

Capítulo III – Das penalidades

Art. 9º - Competirá ao órgão gestor municipal de saúde, em âmbito municipal, proceder à fiscalização acerca das práticas e condutas descritas no art. 6º desta lei e à aplicação das penalidades previstas no art. 10.

Parágrafo único - A fiscalização poderá ocorrer sem agendamento prévio, e será precedida ou não de denúncia.

Art. 10 - O estabelecimento de saúde, clínica, maternidade ou similar, na rede pública, estará sujeito à fiscalização pelo órgão gestor municipal de saúde ao qual caberá a aplicação das seguintes sanções, na hipótese de descumprimento da presente lei:



Estado do Rio Grande do Norte
Câmara Municipal do Natal
Gabinete Natália Bonavides

NATÁLIA VEREADORA
BONAVIDES

I. Notificação por escrito e recomendação de cumprimento da presente lei devidamente publicada no órgão oficial de imprensa no âmbito municipal – Diário Oficial;

II. Em caso de reincidência, a abertura de processo administrativo de sindicância para averiguar a responsabilidade do gestor visando à aplicação das penalidades legais e a notificação ao conselho profissional ao qual o profissional é vinculado.

Parágrafo único – O descumprimento desta lei poderá ser objeto de denúncia na Secretaria Municipal de Políticas Públicas para as Mulheres do Natal – SEMUL, sem prejuízo das sanções aplicadas.

Art. 11 - O estabelecimento de saúde, clínica, maternidade ou similar, na rede privada, estará sujeito à fiscalização pelo órgão gestor municipal de saúde ao qual caberá a aplicação das seguintes sanções, de forma gradativa, na hipótese de descumprimento da presente lei:

I. Advertência por escrito e recomendação de cumprimento da presente lei devidamente publicada no órgão oficial de imprensa no âmbito municipal – Diário Oficial;

II. Em caso de reincidência, a aplicação de penalidade de multa no valor de R\$ 3.000,00 (três mil reais).

Parágrafo único - A multa será dobrada em caso de nova reincidência, podendo chegar até o limite de R\$ 100.000,00 (cem mil reais), com reajuste anual pelo IGMP/FGV, a ser revertida, preferencialmente, em favor da secretaria municipal gestora das políticas públicas para as mulheres.

Capítulo IV – Das disposições finais

Art. 12 - Os serviços públicos e privados de saúde abrangidos pela obrigatoriedade desta lei deverão adotar, no prazo máximo de 90 (noventa) dias contados da sua publicação, as providências necessárias ao seu cumprimento.

Parágrafo único – As adequações estruturais obedecerão o prazo disposto no art. 8º desta lei.

Art. 13 – O órgão gestor municipal de saúde deverá comunicar às diretorias de hospitais públicos e privados, aos sindicatos, associações, órgãos de classe dos médicos ou entidades similares de serviços de saúde, a partir da publicação da presente lei, para seu imediato conhecimento, adoção das medidas para o respectivo cumprimento no prazo de 90 dias de sua publicação, bem como, de suas responsabilidades.

Art. 14 - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.



ANEXO 1

PLANO DE PARTO

O Plano de Parto é uma carta ou uma lista na qual a mulher relaciona o que gostaria ou não gostaria que acontecesse em seu parto. Mais que um documento, é uma forma de a gestante entrar em contato com os procedimentos normalmente relacionados com o parto e nascimento, atentando para o diálogo prévio com a equipe que irá assistir ao parto.

O plano de parto deve ser antecedido de um texto que ateste que as preferências indicadas são para a situação em que o parto transcorra dentro do esperado fisiologicamente. Por exemplo:

"Estamos cientes de que o parto pode tomar diferentes rumos. Abaixo listamos nossas preferências em relação ao parto e nascimento do nosso filho, caso tudo transcorra bem. Sempre que os planos não puderem ser seguidos, gostaríamos de ser previamente avisados e consultados a respeito das alternativas."

A seguir a mulher deve indicar os procedimentos que deseja ou não.

Durante o trabalho de parto:

- A mulher pode optar pela presença de uma doula, sem prejuízo de seu acompanhante, já garantido por lei.
- Pode indicar que não deseja raspagem dos pelos (tricotomia) ou enema (lavagem intestinal), pois ambos são considerados procedimentos desnecessários pela Organização Mundial de Saúde.
- Pode ainda indicar que não deseja perfusão contínua de soro e/ou ocitocina ou rompimento artificial de bolsa de águas (amniotomia) de maneira rotineira.
- Listar que deseja ter liberdade para: se alimentar e/ou beber água e sucos enquanto for tolerado por ela; para caminhar e escolher a posição em se sente mais confortável; para o uso ilimitado da banheira e/ou chuveiro e de outros métodos não farmacológicos para alívio da dor.
- Escolher o monitoramento fetal intermitente, uma vez que é o indicado preferencialmente pela Organização Mundial de Saúde, sendo feito a cada 15-30 minutos no primeiro estágio do trabalho de parto ativo e após cada contração no segundo estágio. Deixando o monitoramento fetal contínuo apenas para situações com indicação clínica clara.
- Analgesia pode ser uma opção para a parturiente, mas deve ser escolha dela. Em hipótese alguma, ser prescrita ou oferecida de forma rotineira.

Durante o parto:



- A mulher pode informar sua preferência em relação à posição para o nascimento. As posições verticais são mais benéficas, como, por exemplo, de cócoras ou semi-sentada.
- Sobre os puxos, a gestante pode escrever em seu plano, a preferência por puxos espontâneos. Ou seja, não fazer força por meio de comandos, mas sim quando sentir vontade.
- Pode indicar ainda que não aceita Manobra de Kristeller, uma vez que esta é uma prática proscrita, não recomendada pela OMS.
- Sobre a episiotomia, a mulher pode informar que não deseja como prática rotineira e que só deve ser realizada com seu consentimento expresso depois de apresentada as justificativas para tal.
- A mulher pode informar preferências sobre o ambiente no qual irá parir, pode solicitar um ambiente mais calmo, com menos ruídos, menor incidência luminosa (penumbra) e com temperatura confortável para ela (sendo dada a possibilidade de desligar o ar condicionado ou aumentar a temperatura), inclusive em caso de cesariana.
- Caso a cesárea seja necessária, a mulher pode solicitar que na hora do nascimento o campo seja abaixado para que a mesma possa ver nascer o bebê.

Após o parto:

- Logo após o nascimento, o contato pele-a-pele e a amamentação na primeira hora de vida é o recomendado pelo Ministério da Saúde no Guia para profissionais de saúde sobre Atenção à Saúde do Recém-Nascido (2012), inclusive em caso de nascimento por via cirúrgica, e a mulher pode deixar isso expresso em seu plano de parto.
- Sobre a expulsão da placenta, o ideal é que seja feita sem manobras, tração ou massagens, mas de forma espontânea, e, se possível ter auxílio da amamentação.
- O alojamento conjunto é o recomendado também pelo Ministério da Saúde no Guia para profissionais de saúde sobre Atenção à Saúde do Recém-Nascido (2012) e a mãe também pode estar com o recém-nascido o tempo todo enquanto estiver na sala de parto, mesmo para exames e avaliação.
- Amamentação em livre demanda deve ser estimulada e, em hipótese alguma, oferecer água glicosada, bicos ou qualquer outra coisa ao recém-nascido.



Estado do Rio Grande do Norte
Câmara Municipal do Natal
Gabinete Natália Bonavides

NATÁLIA VEREADORA
BONAVIDES

JUSTIFICATIVA

“A humanização do nascimento não representa um retorno romântico ao passado, nem uma desvalorização da tecnologia. Em vez disso, oferece uma via ecológica e sustentável para o futuro”
(Ricardo Herbert Jones)

Desde os primórdios da humanidade, mulheres dão à luz a seus filhos, sendo o parto um evento fisiológico e natural. Apesar disso, desde o final do século XIX, com a crescente participação médica, o parto e nascimento vêm sendo encarados como um evento cultural, cercado de rituais e procedimentos, que muitas vezes tornam a figura da mulher alheia ao processo.

Nos últimos anos, profissionais de saúde e diversas áreas, governos e organizações têm demonstrado interesse em compreender a realidade obstétrica que hoje vivemos. Em nosso país, a taxa de cesarianas supera a taxa de partos normais, contrariando recomendações internacionais e expondo mães e bebês a riscos de saúde aumentados em decorrência das cirurgias.

Baseando-se em estudos científicos e análise de dados recentes de cada país, a Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta que “a cesárea pode causar complicações significativas e, às vezes, permanentes, assim como sequelas ou morte, especialmente em locais sem infraestrutura e/ou capacidade de realizar cirurgias de forma segura e de tratar complicações pós-operatórias. Idealmente, uma cesárea deveria ser realizada apenas quando ela for necessária, do ponto de vista médico”¹.

Apesar das claras recomendações da OMS, vemos diminuir, nos últimos anos, o acesso das mulheres ao parto normal, especialmente na rede suplementar de saúde. Mesmo quando há acesso ao parto normal, em geral este ocorre como um procedimento médico e/ou tecnológico. A inserção de novas técnicas de realização do parto, apoiadas exclusivamente no amplo aparato tecnológico disponível, gera expressivo número de intervenções desnecessárias para mães e bebês, sendo que, na maioria dos casos, o uso de muitas delas, até recentemente, não conta com o necessário e adequado embasamento científico quanto à sua eficácia e segurança²

As evidências científicas mostram que quanto menos se intervém em um parto



Estado do Rio Grande do Norte
Câmara Municipal do Natal
Gabinete Natália Bonavides

NATÁLIA VEREADORA
BONAVIDES

normal, melhor para mãe e bebê. As intervenções no processo do parto e do nascimento devem ter uma razão importante, e não devem ser tomadas como procedimentos de rotina nos partos. As práticas adotadas nas maternidades são consideradas um problema de saúde pública e de direitos humanos³.

Visando a melhoria da assistência obstétrica, em alinhamento com as evidências científicas e recomendações do Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde, é chegado o momento de garantir dignidade e respeito à toda mulher gestante, parturiente e puérpera, apoiando e incentivando as boas práticas publicadas desde 1996 pela OMS⁴ e preconizadas pela Rede Cegonha desde 2011⁵, elaborando estratégias para enfrentamento às práticas – ainda persistentes – contrárias às recomendações e, finalmente, encaminhando Projeto de Lei para regulamentação, nos âmbitos público e privado, da humanização da via de nascimento, dos direitos da mulher relacionados ao parto e nascimento e das medidas de proteção contra à violência obstétrica.

Natal/RN, 22 de fevereiro de 2017.

Vereadora NATÁLIA BONAVIDES
PT/RN

¹ Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf

² Disponível em: http://www.mulheres.org.br/revistarhm/revista_rhm1/revista1/80-91.pdf

³ Disponível em: http://www.mulheres.org.br/revistarhm/revista_rhm1/revista1/80-91.pdf

⁴ Disponível em: <http://static.hmv.org.br/wp-content/uploads/2014/07/OMS-Parto-Normal.pdf>

⁵ Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gravidez_parto_nascimento_saude_qualidade.pdf