



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

PROJETO DE LEI 717/2015 DE 10/12/2015

Promovente:

Ver. JULIANA CARDOSO (PT)

Ementa:

ESTABELECE DIRETRIZES PARA O ACOMPANHAMENTO DO PARTO DOMICILIAR NO
ÂMBITO DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO.

Observações:

Arquivado em ____/____/____

Chefe de Seção



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

autuado em 30/09/2015 00:00:00.
Folha nº 01 do proc
Nº 01-717-00-15
Adelina Ciccone - Adv. Parlamentar
RF 100 406

PROJETO DE LEI Nº

PL
717/2015

*Estabelece diretrizes para o acompanhamento
do Parto Domiciliar no âmbito da Rede Municipal
de Saúde de São Paulo.*

Art. 1º Ficam estabelecidas diretrizes para o acompanhamento do Parto Domiciliar, no âmbito da Rede Municipal de Saúde de São Paulo, para atendimento à mulher, bebê e seus pares/família no período gravídico-puerperal e perinatal, de forma a complementar as ações de saúde e cuidado oferecidas pela Rede Municipal de saúde durante o trabalho de parto, parto, pós-parto imediato, estendendo-se até os primeiros seis meses após o nascimento.

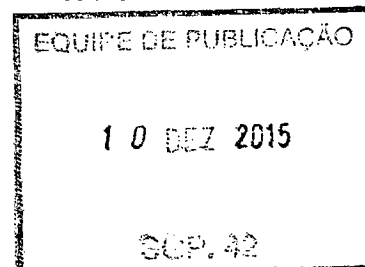
Art. 2 Para os fins dispostos nesta lei, define-se como acompanhamento do Parto Domiciliar no âmbito da rede municipal de saúde o cuidado prestado à mulher que tenha escolhido o domicílio como local do parto e nascimento e que atendam os critérios clínico-obstétricos estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Art. 3º - O programa tem como princípios a humanização do nascimento, a assistência baseada em evidências, os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres no que tange a autonomia da mulher sobre a escolha do local de parto, buscando atender a todas as mulheres, respeitando as especificidades culturais e os desejos das mulheres e suas famílias no parto e pós-parto.

Art. 4º O acompanhamento do Parto Domiciliar no âmbito da rede municipal de saúde será inserido no sistema de saúde da rede municipal, que promoverá recursos materiais e humanos compatíveis com a assistência proposta.

Art. 5º O acompanhamento do Parto Domiciliar observará as seguintes diretrizes:

NO PERÍODO PRÉ-NATAL



Segue(m) juntado(s), nesta data,
documento(s) rubricado(s) sob nº
2 a 12 e folha de informação
sob nº 13. 11/12/15
Ass: 

Adelina Cicone
Assistente Parlamentar
Registro 100.406



CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

autuado em 30/09/2015 00:00:00.
Folha nº 02 do proc
Nº 01.717 de 15
Adelina Oliveira - A.O. Parlamentar
RF 100 406

fls. 3

- I- Acesso e acolhimento da mulher no programa de pré-natal da rede básica de saúde do município
- II- Desenvolver atividades educativas e de humanização, visando sua preparação para a escolha informada do local do parto/nascimento e para a elaboração do plano de parto junto à equipe do programa do PD.
- III- Acolher e avaliar as condições de saúde materna e fetal pela equipe de PD a partir de 35 semanas de gestação.
- IV- Avaliar as condições do ambiente escolhido (domicílio) para o parto e nascimento, conforme os critérios estabelecidos pelo protocolo de acompanhamento do PD.
- V- Acompanhamento pela equipe do PD a partir de 35 semanas de gestação concomitante ao acompanhamento de pré-natal da rede básica.

NO TRABALHO DE PARTO E PARTO

- I- Desenvolver ações conjuntas com a rede básica de saúde e com o Programa de Saúde da Família (PSF).
- II- Garantir o atendimento por equipe composta por no mínimo duas Obstetizes/Enfermeiras Obstétricas presentes em todo o processo.
- III- Garantir o acolhimento e cuidado contínuo durante todo o processo envolvido.
- IV- Acompanhamento pela equipe de PD desde a fase latente, fase ativa, parto e pós-parto imediato.
- V- Monitorar a evolução do trabalho de parto, parto e pós-parto.
- VI- Garantir de assistência ao parto normal sem distócias, respeitando as escolhas da mulher.
- VII- Avaliação constante e ativação do sistema de transferência para atendimento da mulher e/ou do recém-nascido na instituição de saúde de referência, quando necessário.
- VIII- Monitorar in loco das condições do recém-nascido nas primeiras 6 horas de vida.
- IX- Garantir a imediata remoção da mulher para serviços de referência, nos casos eventuais de risco ou intercorrências no trabalho de parto, parto e/ou pós-parto, em unidades de transporte adequadas.
- X- Garantir a assistência imediata ao recém-nascido em situações eventuais de risco, devendo para tal dispor de profissionais capacitados para prestar manobras básicas de reanimação preconizadas pelo Ministério da Saúde.

**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

Folha nº 03 do proc	Fls. 4
Nº 01.717.02.15	
Adelina Cicora - Ass. Parlamentar	
RF 100 406	

NO PÓS-PARTO

- I- Monitorar in loco das condições materna e do recém nascido com 24 horas, no período pós-parto/nascimento.
- II- Garantir a realização da triagem neonatal: oximetria de pulso na visita domiciliar no período compreendido entre 24 a 48 horas após o nascimento.
- III- Monitorar in loco das condições materna e do recém nascido com 24 horas, 72 horas e entre 7 a 15 dias do pós-parto/nascimento.
- IV- Garantir o encaminhamento do recém-nascido para a rede básica de saúde e/ou instituições de saúde de referência para a avaliação neonatal precoce (na primeira semana de vida).
- V- Garantir da realização da triagem neonatal: teste do pezinho (fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, anemia falciforme e outras hemoglobinopatias e fibrose cística), o teste da orelhinha (Emissões Otoacústicas Evocadas), teste do olhinho (reflexo vermelho)
- VI- Garantir a realização da imunização conforme calendário/protocolo de vacinação proposto pelo Ministério da Saúde, na primeira semana de vida.
- VII- Garantir a avaliação puerperal na rede básica de saúde no período de 40 a 60 do pós-parto.
- VIII- Garantir o acesso ao planejamento familiar proposto e escolhido pela mulher durante a assistência no pré-natal, na sua unidade de saúde de referencia.

NA PUERICULTURA

- I- Garantir de acompanhamento domiciliar mensal pela equipe de PD durante os primeiros seis meses de vida da criança.
- II- Garantir de acolhimento e disponibilização de cuidados necessários na rede básica de saúde de referencia para os encaminhamentos indicados pela equipe de PD.

Art. 6º O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de 90 (noventa) dias contados de sua publicação, oportunidade em que estabelecerá as rotinas de acompanhamento, supervisão e controle que garantam o cumprimento dos objetivos deste programa.

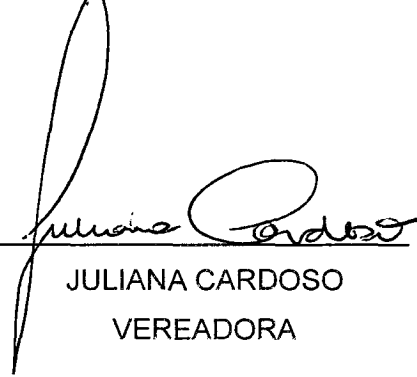


**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

atualizado em 30/09/2015 00:00:00.
Folha nº 04 do proc. 5
Nº 01-717 de 15
Adelina Cicora - Ass. Parlamentar
RF 100.406

Art. 7º As despesas decorrentes da execução desta Lei correrão por conta das dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 8º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.


JULIANA CARDOSO
VEREADORA



CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

autuado em 30/09/2015 00:00:00.
Folha nº 05 do proc fls. 6
Nº 01-717 do 15
Adelina Cicero - Adv. Parlamentar
RF 100 406

JUSTIFICATIVA

Contexto

O resgate do domicílio como local seguro para o parto refere-se a um direito das mulheres tendo relação direta com os direitos sexuais e reprodutivos, assumindo importância crucial na retomada da autonomia/protagonismo de todo o processo de parto e nascimento pela mulher e sua família. Trata-se de um contraponto ao modo de lidar com o parto como um ato medicalizado e instrumentalizado/manipulado por profissionais de saúde no contexto do hospital. O aumento do número de mulheres que tem o domicílio como local do parto, é justificado pelo argumento de que neste contexto o processo se dá conforme suas escolhas e permitindo que elas possam contar com atenção individualizada e serem poupadas de muitas intervenções desnecessárias que são usadas como rotina nos hospitais. Além disso, elas têm garantido/assegurado a presença das pessoas que desejam para estar a seu lado, a ambiência que ela prepara para esse momento, como por exemplo, pouca luz, silêncio ou o som de uma música, além de retomar o seu protagonismo e de suas famílias.

O parto, durante muito tempo ocorria em casa, realizado por parteiras que possuíam conhecimentos transmitidos oralmente, herdados de gerações anteriores e permeados de muitos aspectos culturais. O momento do parto possuía um significado especial para a mulher e todos os envolvidos, pais e parentes próximos, e o contexto em que ocorria propiciava o início do vínculo com a criança. Na medida em que o tempo passou muitas transformações ocorreram na sociedade, muitos avanços tecnológicos, o capitalismo e a lógica do mercado foram se disseminando e a medicina estabeleceu-se como ciência. Nesse sentido, a criação da Obstetrícia enquanto disciplina modificou o modo como o parto é visto e vivenciado e transformou-o, cada vez mais, numa ocorrência a ser atendida por profissionais em um espaço controlado/institucionalizado. Houve uma gradativa substituição do entendimento do processo de parto e nascimento como um evento fisiológico e natural por uma leitura deste como uma ocorrência de risco e potencialmente patológica. Consequentemente, a abordagem e o cuidado prestado à mulher, ao bebê e à família mudam, passando a ser predominantemente hospitalar e fundamentado em intervenções e medicalizações muitas vezes desnecessárias (Menezes, 2012).



CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

autuado em 30/09/2015 00:00:00.
Folha nº 86 do prods. 7
Nº 01-717-215
Adelina Cicco - Adv. Parlamentar
RF 100 406

Apesar de todos os esforços para humanizar a assistência prestada à mulher durante o parto percebe-se que não se têm conseguido resgatar o seu protagonismo e nem garantir que a mesma se sinta acolhida e cuidada no contexto da institucionalização. Muitas mulheres têm optado por ter seus filhos em casa e, em sua maioria, possuem ensino superior completo, são casadas e compõem uma classe social privilegiada.

Nesse contexto faz-se necessário ampliar o olhar da sociedade considerando a reivindicação das mulheres, acolhida pelos movimentos pela humanização do parto, do direito de escolha do local onde desejam dar à luz.

Vale salientar que as opiniões contrárias ao parto domiciliar planejado baseiam-se na noção de risco relacionada ao parto normal e em geral associadas a uma leitura do corpo da mulher como incapaz de lidar com a fisiologia do parto e a necessidade do uso dos recursos e tecnologias hospitalares, especialmente nas emergências. Quase sempre os argumentos são relativos à imprevisibilidade das emergências e da necessidade de garantir que os recursos estejam prontamente disponíveis. Porém, os estudos baseados em evidências científicas apresentam argumentos favoráveis ao parto domiciliar e, na maioria das vezes, fundamentam a argumentação no fato de que as emergências no processo de parir são raras e que nos partos planejados as situações de risco são previstas e podem ser atendidas por meio das transferências para os hospitais. Outro argumento sobre a segurança é que no parto domiciliar não há intervenções desnecessárias e nem as complicações delas decorrentes. Dentre estas intervenções estão o uso de ocitocina, a restrição à mobilidade, a instrumentalização do parto, a episiotomia.

A necessidade de inserir os partos domiciliares na rede pública de atenção a saúde

A dificuldade de acesso das mulheres e famílias ao acompanhamento do parto domiciliar se deve ao fato deste não ser financiado pelo sistema público de saúde e, desta forma não estar oficialmente incluído na rede de serviços. A sua inclusão no sistema público de saúde irá ampliar as possibilidades de escolha das mulheres brasileiras pelo local do parto, e possibilitará que essa escolha seja garantida como direito para todas as mulheres, independente da classe socioeconômica e seguindo parâmetros de segurança estabelecidos, como ocorre em países desenvolvidos como a Inglaterra. Além disso ao incluir essa modalidade de assistência na rede pública municipal será possível gerir/monitorar a qualidade do cuidado oferecido nos partos domiciliares e o cuidado em



CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

autuado em 30/09/2015 00:00:00.
Folha nº 07 do pros. 8
Nº 01.717-015
Adelina Ciocha - Adv. Parlamentar
RF 100 406

saúde oferecido aos recém-nascidos, como avaliação pediátrica precoce, rotinas de triagem neonatal conhecidos como testes da orelhinha, pezinho, coraçãozinho e olhinho, bem como as vacinas recomendadas para o período neonatal, necessárias (Hepatite B e BCG).

Evidências da segurança do parto domiciliar

O parto domiciliar planejado e assistido por profissionais capacitados apresenta resultados maternos e perinatais que garantem a sua segurança. Vale ressaltar que esses são realizados na maioria das vezes com mulheres que tem excelentes indicadores de saúde. A defesa do domicílio como local seguro para o parto apoia-se no dado de que 80 a 90 % dos partos não apresentam complicações (Barcellos, 2005).

O parto domiciliar planejado aparece como uma opção segura e apropriada nos países desenvolvidos. Estudo de coorte com 5.418 mulheres que procuraram parteiras profissionais para dar à luz em domicílio, nos Estados Unidos da América e Canadá, em 2000, obteve taxa de remoção materna de 12,1% e mortalidade neonatal de 1,7/1.000 nascidos vivos. Nenhuma mulher morreu. Os principais motivos para remoção materna foram: primeiro e segundo estágios do parto prolongados, desejo da mulher pela analgesia e exaustão materna. Quanto aos recém-nascidos, os motivos de remoção foram: problemas respiratórios e avaliação de anormalidades. (Johnson e Davis, 2005).

Estudo transversal brasileiro sobre resultados obstétricos e neonatais dos partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas indica que o parto domiciliar é seguro. Com relação aos desfechos do parto; a taxa de líquido meconial foi baixa, a frequência de escore de Apgar ≥ 7 foi elevada; houve apenas uma transferência de recém-nascido por causa não relacionada a assistência prestada e ausência de intervenções desnecessárias durante o trabalho de parto. Os dados mostram resultados seguros para a mulher e para o recém-nascido (Koettker et al, 2012).

Estudo retrospectivo com 1.025 nascimentos domiciliares ocorridos na Suécia, entre 1992 e 2005, mostrou que 12,5% das mulheres foram removidas durante ou imediatamente após o parto. O principal motivo para remoção antes do parto entre primíparas e multíparas foi a



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

autuado em 30/09/2015 00:00:00.
Folha nº 08 do proffs. 9
Nº 01.717 - 25
Adelina Cícera - Adv. Patrimônios
RF 100 406

parada de progressão, e após o parto, a hemorragia, entre multíparas. A primiparidade aumentou em 2,5 a chance de remoção materna (Lindgren *et al.*, 2008).

Colacioppo *et al* (2010) evidenciaram em seu estudo envolvendo parto domiciliar planejado taxa de remoção materna de 5,7% por indicação obstétrica e desfecho neonatal favorável em todos os recém-nascidos, corroborando com a indicação do parto domiciliar planejado como um evento seguro.

Janssen *et al* (2009) também confirmaram em estudo realizado com 2889 partos, no Canadá, entre 2000 a 2004, que partos domiciliares de mulheres de gravidez de baixo risco tiveram bons resultados perinatais e redução de intervenções obstétricas, comparados a partos assistidos no hospital.

Da mesma forma, Jonge *et al.* (2009) mostraram que não houve diferença significativa entre os dois locais de parto para morte intra-parto e neonatal nas primeiras 24 horas e sete dias após o parto, bem como no encaminhamento para unidade de terapia intensiva.

Assim, o parto domiciliar planejado vem se apresentando como opção para mulheres que buscam realizar um parto mais natural e independente das rotinas e normas das instituições hospitalares. (Souza, 2005)

Menezes *et al* (2012) afirmam que o parto domiciliar, natural, desinstitucionalizado, configura-se não só como uma opção para gestantes de *baixo risco*, como também um espaço que favorece a evolução fisiológica e natural do parto, bem como o exercício do protagonismo e autonomia da mulher, ao proporcionar maior acolhimento, sensações de segurança, privacidade e conforto, possibilitando uma vivência mais intensa, humana, afetiva, familiar e pessoal deste processo. O resgate do domicílio como local do parto fortalece a concepção de que o parto e o nascimento fazem parte da natureza e da história de vida humana.

Dados epidemiológicos publicados sobre partos domiciliares planejados no município de SP apontam mudança no panorama dos locais de nascimento na cidade. Entre os anos de 2009 e 2014 os partos domiciliares acompanhados por profissionais (médicos, enfermeiras obstétricas e obstetrias) passou de 9,8% para 26,5%. Os partos domiciliares planejados apresentaram melhores índices em todos os campos: número de consultas de pré-natal,



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

autuado em 30/09/2015 00:00:00.
Folha nº 09 do proqis 10
Nº 01-717 de 15
Adelina Cicoma - Adv. Parlamentar
RF 100 406

termo da gestação, índices de APGAR e maior peso do bebê ao nascer. (BOLETIM SINASC, 2015).

Conforme publicado pelo NICE (National Institute for Health and Care Excellence) em 2014, o parto é um evento de alto impacto na vida da mulher e implica em muitas mudanças na sua vida. O cuidado que uma mulher recebe durante o trabalho de parto tem o potencial de afetar a ela - tanto física como emocionalmente, a curto e a longo prazo - e a saúde de seu bebê. O acesso à informação e ao cuidado respeitoso e acolhedor por parte dos profissionais de saúde pode ajudá-la a assumir o controle do que está acontecendo e contribuir para tornar o nascimento uma experiência positiva para a mulher e seu acompanhante (s) de nascimento. A diretriz proposta pelo NICE abrange o atendimento de mulheres saudáveis que têm o trabalho de parto a termo (37- 41 6/7). Salienta-se que na Inglaterra e no País de Gales cerca de 700.000 mulheres dão à luz a cada ano, das quais cerca de 40% estão na vivendo o seu primeiro parto. A maioria dessas mulheres é saudável, tem gravidez única com feto em apresentação cefálica e após 37 semanas de gestação, ou seja, com perfeitas condições para vivenciarem um parto espontâneo e de baixo risco. Acredita-se na importância do acesso à informação e aconselhamento às mulheres a respeito de todas as configurações disponíveis sobre as possibilidades do seu parto, quanto à escolha do local mais adequado e o modelo de cuidado. (NICE, 2014)

O NICE aponta que o parto é geralmente muito seguro, tanto para a mulher quanto para o bebê, seja para as mulheres multiparas ou nulíparas. Para ambas (mulheres multiparas e nulíparas) é preciso informar que elas podem escolher qualquer configuração de local para o nascimento (domicílio ou casas/centros de parto que tenham acesso fácil à serviços obstétricos de referência). Estas mulheres precisam ser apoiadas em sua escolha sobre o local para dar à luz, a saber:

- o domicílio ou casas/centros de partos são particularmente adequados para as mulheres multiparas e nulíparas com risco gestacional habitual, porque nestes locais a taxa de intervenções desnecessárias é menor e o resultado para o bebê não é diferente em comparação com uma instituição de saúde/hospitalar.
- para mulheres nulíparas que planejam dar à luz em casa há um pequeno aumento no risco de um resultado adverso para o bebê.

**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

Folha nº	10	do proc. nº	1
Nº	01-722-15		
Adelina Cicco - Ass. Parlamentar			
RF 100 406			

Todos os profissionais de saúde envolvidos no atendimento de mulheres grávidas devem estar familiarizados com os tipos e frequências das complicações que podem comprometer a saúde dos bebês a fim de serem capazes de fornecer a informação para as mulheres.

As principais razões para a transferência da mulher do domicílio para uma unidade de saúde/hospital, num estudo que envolveu 3529 casos, foram: prolongamento da duração do primeiro ou segundo estágio do trabalho (32,4%); alterações na FCF (7,0%); solicitação de analgesia para o parto (5,1%); líquido meconial (12,25), retenção da placenta (7,0%), reparo de trauma perineal (10,9%), preocupação com a condição fetal no pós-parto (5,1%), outras causas (20,1%). (NICE, 2014)

A recomendação inclui:

- todas as mulheres devem ter acesso oportuno a uma unidade obstétrica se elas precisarem de transferência de cuidados por motivos de saúde ou porque elas assim desejarem.
- os gestores/profissionais de saúde precisam assegurar protocolos robustos quando se tratar de transferência de cuidados entre os modelos domicílio, casas/centros de parto), tais como: acesso facilitado no que se refere ao tráfego e distâncias e estruturas que disponibilizem cuidados multidisciplinares;
- os profissionais de saúde devem assegurar que, em todas os modelos/configurações de local de parto haja uma cultura de respeito para cada mulher como um indivíduo passando por uma experiência significativa e emocionalmente intensa, de modo que a mulher tenha autonomia nas suas escolhas e seja tratada com respeito e compaixão.

Estudos sobre a satisfação da mulher quanto a possibilidade de escolha do local do parto apontaram que, no período pós-parto, mulheres que tiveram o parto no local onde pretendiam ter sentiam-se mais satisfeitas com a experiência do parto. Quando o ambiente escolhido era o domicílio, quando alcançavam este objetivo, as mulheres relatavam maior satisfação com a experiência vivida. (Christiaens et al., 2007) Ao mesmo tempo, as mulheres que deram à luz em casa tinha expectativas mais otimistas e sua experiência de parto foi ainda mais positiva do que o esperado. Aponta-se que mulheres que não dão à luz



CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

Folha nº <u>11</u> do prols. <u>12</u>
Nº <u>01-717-0-5</u>
Adelina Cicco - Ass. Parlamentar
RF 100 406

no local planejado têm uma experiência mais negativa. (Christiaens et al., 2008; NICE, 2014).

Diante dessas considerações, o serviço de atendimento de parto domiciliar será organizado com um protocolo, fundamentado nas evidências científicas e atualizado anualmente para orientação das suas diretrizes.. Ou seja, haverá definição dos parâmetros de avaliação das condições clínicas, obstétricas e neonatais para a admissão da mulher no programa, bem como parâmetros para remoção para os hospitais que serão responsáveis pelo suporte às equipes de parto domiciliar bem como parâmetros de atendimentos em situações de urgência/emergência. Apesar do número de remoções serem baixos é fundamental que todas as equipes tenham assegurado a transferência da mulher e do bebê para um hospital nos casos que se identificar a necessidade.

Referências:

BARCELLOS RMG. A infraestrutura física na humanização do parto. In: Rattner D, TrenchB, organizadores. **Humanizando nascimentos e partos**. São Paulo: Editora Senac; 2005.

CHRISTIAENS, W; GOUWY, A; BRACKE, P. Does a referral from home to hospital affect satisfaction with childbirth? A cross-national comparison. **BMC health services research**, v. 7, n. 1, p. 109, 2007.

CHRISTIAENS, W; VERHAEGHE, M; BRACKE, P. Childbirth expectations and experiences in Belgian and Dutch models of maternity care, **Journal of Reproductive and Infant Psychology**, v. 26, n. 4, p. 309-322, 2008.

COLACIOPPO et al. Parto domiciliar planejado: resultados maternos e neonatais. **Rev. Enf. Ref.**, Dez 2010, vol.ser III, no.2, p.81-90. ISSN 0874-028

JANSSEN, PA et al. (2009) - Outcomes of planned homebirth with registered registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. **Canadian Medical Association Journal**. V.181, nº 6-7, p. 377-383.

JOHNSON K.C., DAVISS B. Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America. **British Medical Journal**. 2005, Vol. 330, nº 7505, p. 1416.



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

Folha nº <u>12</u> do pro. 13
Nº <u>01.717-15</u>
Adelina Cicco - Ass. Parlamentar
RF 100 406

JONGE A. et al - Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529 688 low-risk planned home and hospital births. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, 2009, Vol. 116, nº 9, 2009 p. 1177-1184.

KOETTKER JG et al Resultado de partos domiciliares atendidos por enfermeiras de 2005 a 2009 em Florianópolis, SC. **Rev Saúde Pública** 2012;46(4):747-50

LINDGREN HE et al. Transfers in planned home births related to midwife availability and continuity: a nationwide population-based study. **Birth**, 2008, V.35, n. 1, p. 9-15. III Série - n.2 - Dez. 2010. pp.81-90.

MENEZES et al. A situação do parto domiciliar no Brasil. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador, dez. 2012; 1(1): 3-43.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação | CEInfo. **Nascer na cidade de São Paulo: 15 anos do SINASC**. Boletim CEInfo Análise | Ano X, nº 11, Maio/2015. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2015. 40 p.

National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (NICE). **Intrapartum Care: Care of Healthy Women and Their Babies During Childbirth**. London: Clinical guideline commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), 2014, 840p.

SOUZA HR. **A arte de nascer em casa: Um olhar antropológico sobre a ética, a estética e a sociabilidade no parto domiciliar contemporâneo** [Dissertação de Mestrado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Antropologia Social; 2005.



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

Papel para informação, rubricado como folha nº 13

do processo nº 01-PL 717 de 2015., 11/12/15 (a)

Adelina Cicone
Assistente Parlamentar
Registro 100.406

LIDO HOJE
ÀS COMISSÕES DE:
<u>Const., Just. e Leg. Particip.</u>
<u>Administração Pública,</u>
<u>Saúde, Prom. Soc., Trab., Idoso e Mulher,</u>
<u>Finanças e Orçamento.</u>
10 DEZ 2015
PRESIDENTE

À Procuradoria – Setor de Pesquisa e Assessoria de Análise Prévia das Proposituras
Efetuada a autuação, encaminho os presentes autos para prosseguimento.

11/12/15

Jader Augusto Pimenta
Supervisor da Equipe de Controle do Processo Legislativo - SGP.22

Antonio Isoldi Caleari
Técnico Administrativo
RF 11.300

RECEBIDO NA PROCURADORIA DA CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
 SETOR DE PESQUISA E ACESSORIA DE ANÁLISE PRÉVIA DAS PROPOSITURAS
 EM 11/12/2015 AO 16:20 HS
 POR [assinatura]
 SAÍDA 02/02/16 ÀS 18 H ASS: Livia

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
 Seguem, juntados nesta data ^{Papel para Informação} Documento rubricados sob
 Folhas de nºs 14-78 em 02/02/16

[assinatura]
 Livia Salomão Mogueira
 Técnico Administrativo
 RF: 11.274



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO
PROCURADORIA**

-oia
Proc. N° 717/15
Lívia Salomão Nogueira
RF 11.274

SETOR DE PESQUISA, ASSESSORIA E ANÁLISE PRÉVIA

PL 0717/15

Realizada a pesquisa no banco de dados da Câmara Municipal de São Paulo e no site www.prefeitura.sp.gov.br/legislação, a respeito do assunto foi localizado o seguinte:

- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (especialmente os arts. 196 e ss);
- Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;
- Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências;
- Lei Federal nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que dispõe sobre o planejamento familiar;
- Lei Federal nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento da maternidade em que receberá assistência;
- Portaria nº 569/00 (Federal), do Ministério da Saúde, que dispõe sobre o "Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento";
- Publicação do Ministério da Saúde: Parto e Nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais;
- Lei Estadual nº 10.241, de 17 de março de 1999, que dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde do Estado;
- Lei Estadual nº 10.689, de 30 de novembro de 2000, que dispõe sobre a permanência de acompanhantes dos pacientes internados nas unidades de saúde do Estado;



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**
PROCURADORIA

Folha 15
Proc. N° 113.115
Livia Salomão Nogueira
RF 11.274

fls. 17

- Lei Municipal nº 13.172, de 15 de agosto de 2001, que institui, no âmbito do Município de São Paulo, o Programa “Mulher – Sua Saúde, Seus Direitos”, e dá outras providências;
- Lei Municipal nº 13.211, de 13 de novembro de 2001, que dispõe sobre a instituição do “Programa de Proteção da Saúde da Gestante e do Recém-Nascido no Município”, e dá outras providências;
- Lei Municipal nº 14.413, de 31 de maio de 2007, que dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde, e dá outras providências, com alteração;
- Lei Municipal nº 14.821, de 18 de julho de 2008, que altera a Lei nº 14.485, de 19 de julho de 2007, para incluir o Dia Municipal de Ação pela Saúde da Mulher e pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, a ser comemorado anualmente no dia 28 de maio;
- Lei Municipal nº 15.043, de 27 de novembro de 2009, que dispõe sobre os serviços públicos municipais de atendimento à saúde da mulher, e dá outras providências;
- Lei Municipal nº 15.894, de 8 de novembro de 2013, que institui o Plano Municipal para a Humanização do Parto, dispõe sobre a administração de analgesia em partos naturais de gestantes da Cidade de São Paulo, e dá outras providências;
- Lei Municipal nº 15.945, de 23 de dezembro de 2013, que estabelece diretrizes para a criação do denominado “Programa Centro de Parto Normal - Casa de Parto”, no âmbito do Município de São Paulo;
- Portaria da Secretaria Municipal de Saúde nº 275/04, que dispõe sobre o denominado “projeto prioritário nascer bem – gravidez saudável e parto seguro”;
- PL 0401/2014, que dispõe sobre a implantação de medidas de informação à gestante e parturiente sobre a ‘Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal’;
- PL 0212/2015, que dispõe sobre o direito da gestante agendar o parto em unidade hospitalar, e dá outras providências;
- PL 0223/15, que institui a Semana Municipal de Apoio e Conscientização sobre o Parto Humanizado, e dá outras providências.

Cópias dos textos acima indicados acompanham a presente informação.



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**
PROCURADORIA

Folia 16 fls. 18
Proc. Nº. 717/15
Livia Salomão Noqueira
RF 11.231

Foi constatada existência de Leis Municipais e projetos de lei que tratam do assunto de forma geral, mas não nos específicos e exatos termos do presente PL 0717/15, não se aplicando as disposições do art. 212, IV, do Regimento Interno.

À Comissão de Constituição, Justiça e Legislação Participativa, conforme despacho do Sr. Presidente de fls. 13.

São Paulo, 01 de fevereiro de 2016

Juliana Trindade von Teschenhausen Eberlin
Procuradora Legislativa
OAB/SP 232.414

Christiana Samara Chebib
Procuradora Supervisora do Setor de Pesquisa e Análise Prévia
OAB/SP 244.472



Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

Folha _____
Proc. Nº. 717
Cívica Salomão
15 fls. 19

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988

Emendas Constitucionais

Emendas Constitucionais de Revisão

Ato das Disposições Constitucionais Transitórias

Atos decorrentes do disposto no § 3º do art. 5º

ÍNDICE TEMÁTICO

Texto compilado

PREÂMBULO

Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembléia Nacional Constituinte para instituir um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL.

TÍTULO I
DOS PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:

- I - a soberania;
- II - a cidadania;
- III - a dignidade da pessoa humana;
- IV - os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa;
- V - o pluralismo político.

Parágrafo único. Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição.

Art. 2º São Poderes da União, independentes e harmônicos entre si, o Legislativo, o Executivo e o Judiciário.

Art. 3º Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil:

- I - construir uma sociedade livre, justa e solidária;
- II - garantir o desenvolvimento nacional;
- III - erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais;
- IV - promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

Art. 4º A República Federativa do Brasil rege-se nas suas relações internacionais pelos seguintes princípios:

- I - independência nacional;
- II - prevalência dos direitos humanos;
- III - autodeterminação dos povos;
- IV - não-intervenção;
- V - igualdade entre os Estados;
- VI - defesa da paz;
- VII - solução pacífica dos conflitos;
- VIII - repúdio ao terrorismo e ao racismo;

§ 2º A proposta de orçamento da seguridade social será elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela saúde, previdência social e assistência social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias, assegurada a cada área a gestão de seus recursos.

§ 3º A pessoa jurídica em débito com o sistema da seguridade social, como estabelecido em lei, não poderá contratar com o Poder Público nem dele receber benefícios ou incentivos fiscais ou creditícios. (Vide Medida Provisória nº 526, de 2011) (Vide Lei nº 12.453, de 2011)

§ 4º A lei poderá instituir outras fontes destinadas a garantir a manutenção ou expansão da seguridade social, obedecido o disposto no art. 154, I.

§ 5º Nenhum benefício ou serviço da seguridade social poderá ser criado, majorado ou estendido sem a correspondente fonte de custeio total.

§ 6º As contribuições sociais de que trata este artigo só poderão ser exigidas após decorridos noventa dias da data da publicação da lei que as houver instituído ou modificado, não se lhes aplicando o disposto no art. 150, III, "b".

§ 7º São isentas de contribuição para a seguridade social as entidades beneficentes de assistência social que atendam às exigências estabelecidas em lei.

~~§ 8º O produtor, o parceiro, o meeiro e o arrendatário rurais, o garimpeiro e o pescador artesanal, bem como os respectivos cônjuges, que exerçam suas atividades em regime de economia familiar, sem empregados permanentes, contribuirão para a seguridade social mediante a aplicação de uma alíquota sobre o resultado da comercialização da produção e farão jus aos benefícios nos termos da lei.~~

§ 8º O produtor, o parceiro, o meeiro e o arrendatário rurais e o pescador artesanal, bem como os respectivos cônjuges, que exerçam suas atividades em regime de economia familiar, sem empregados permanentes, contribuirão para a seguridade social mediante a aplicação de uma alíquota sobre o resultado da comercialização da produção e farão jus aos benefícios nos termos da lei. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

~~§ 9º As contribuições sociais previstas no inciso I deste artigo poderão ter alíquotas ou bases de cálculo diferenciadas, em razão da atividade econômica ou da utilização intensiva de mão-de-obra. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)~~

§ 9º As contribuições sociais previstas no inciso I do caput deste artigo poderão ter alíquotas ou bases de cálculo diferenciadas, em razão da atividade econômica, da utilização intensiva de mão-de-obra, do porte da empresa ou da condição estrutural do mercado de trabalho. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 47, de 2005)

§ 10. A lei definirá os critérios de transferência de recursos para o sistema único de saúde e ações de assistência social da União para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, e dos Estados para os Municípios, observada a respectiva contrapartida de recursos. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

§ 11. É vedada a concessão de remissão ou anistia das contribuições sociais de que tratam os incisos I, a, e II deste artigo, para débitos em montante superior ao fixado em lei complementar. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

§ 12. A lei definirá os setores de atividade econômica para os quais as contribuições incidentes na forma dos incisos I, b; e IV do caput, serão não-cumulativas. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 42, de 19.12.2003)

§ 13. Aplica-se o disposto no § 12 inclusive na hipótese de substituição gradual, total ou parcial, da contribuição incidente na forma do inciso I, a, pela incidente sobre a receita ou o faturamento. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 42, de 19.12.2003)

SEÇÃO II DA SAÚDE

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (Parágrafo único renumerado para § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

~~I - no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)~~

I - no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento); (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015)

II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 129, de 2000) Regulamento

~~I - os percentuais de que trata o § 2º; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)~~

I - os percentuais de que tratam os incisos II e III do § 2º; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015)

II - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

~~IV - as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)~~

IV - (revogado). (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015)

§ 4º Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006)

~~§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006) (Vide Medida provisória nº 297, de 2006)~~

§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico, o piso salarial profissional nacional, as diretrizes para os Planos de Carreira e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias, competindo à União, nos termos da lei, prestar assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, para o cumprimento do referido piso salarial. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 63, de 2010) Regulamento

§ 6º Além das hipóteses previstas no § 1º do art. 41 e no § 4º do art. 169 da Constituição Federal, o servidor que exerça funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006)

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

~~V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;~~

V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 85, de 2015)

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

SEÇÃO III DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

Art. 201. Os planos de previdência social, mediante contribuição, atenderão, nos termos da lei, a:

~~I - cobertura dos eventos de doença, invalidez, morte, incluídos os resultantes de acidentes de trabalho, velhice e reclusão;~~

~~II - ajuda à manutenção dos dependentes dos segurados de baixa renda;~~

~~III - proteção à maternidade, especialmente à gestante;~~

~~IV - proteção ao trabalhador em situação de desemprego involuntário;~~

~~V - pensão por morte do segurado, homem ou mulher, ao cônjuge ou companheiro e dependentes, obedecido o disposto no § 5º e no art. 202.~~

§ 1º Qualquer pessoa poderá participar dos benefícios da previdência social, mediante contribuição na forma dos planos previdenciários.

§ 2º É assegurado o reajustamento dos benefícios para preservar-lhes, em caráter permanente, o valor real, conforme critérios definidos em lei.

§ 3º Todos os salários de contribuição considerados no cálculo do benefício serão corrigidos monetariamente.



Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.

Mensagem de veto

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Regulamento
Regulamento

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o **Congresso Nacional** decreta e eu sanciono a seguinte lei:

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

TÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

~~Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.~~

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (Redação dada pela Lei nº 12.864, de 2013)

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

TÍTULO II

DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.

CAPÍTULO I

Dos Objetivos e Atribuições

fls. 23

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

- I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;
- III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

- I - a execução de ações:
 - a) de vigilância sanitária;
 - b) de vigilância epidemiológica;
 - c) de saúde do trabalhador; e
 - d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;
- II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;
- III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;
- V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;
- VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;
- VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;
- IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;
- XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

§ 1º Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

- I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e
- II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

§ 2º Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos

§ 3º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destinam através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

- I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;
- II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas

avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

CAPÍTULO II

Dos Princípios e Diretrizes

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

CAPÍTULO III

Da Organização, da Direção e da Gestão

fls. 25

Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente;

e

III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1º Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

§ 2º No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

Art. 11. (Vetado).

Art. 12. Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 13. A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

I - alimentação e nutrição;

II - saneamento e meio ambiente;

III - vigilância sanitária e farmacoepidemiologia;

IV - recursos humanos;

V - ciência e tecnologia; e

VI - saúde do trabalhador.

Art. 14. Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

Art. 14-A. As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS). (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

Parágrafo único. A atuação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite terá por objetivo: (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

I - decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde; (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

II - definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de

ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados; (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

Folha 21
Proc. Nº 126

Livia Salomão Nogueira

III - fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados. (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

Art. 14-B. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) são reconhecidos como entidades representativas dos entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde e declarados de utilidade pública e de relevante função social, na forma do regulamento. (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

§ 1º O Conass e o Conasems receberão recursos do orçamento geral da União por meio do Fundo Nacional de Saúde, para auxiliar no custeio de suas despesas institucionais, podendo ainda celebrar convênios com a União. (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

§ 2º Os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) são reconhecidos como entidades que representam os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao Conasems, na forma que dispuserem seus estatutos. (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

CAPÍTULO IV

Da Competência e das Atribuições

Seção I

Das Atribuições Comuns

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;

II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;

III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;

IV - organização e coordenação do sistema de informação de saúde;

V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;

VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;

VII - participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;

VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde;

IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;

X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde;

XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;

XII - realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;

XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera

administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;

XIV - implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XV - propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;

XVI - elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;

XVII - promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;

XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde;

XIX - realizar pesquisas e estudos na área de saúde;

XX - definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;

XXI - fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

Seção II

Da Competência

Art. 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:

I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;

II - participar na formulação e na implementação das políticas:

a) de controle das agressões ao meio ambiente;

b) de saneamento básico; e

c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;

III - definir e coordenar os sistemas:

a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;

b) de rede de laboratórios de saúde pública;

c) de vigilância epidemiológica; e

d) vigilância sanitária;

IV - participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgão afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;

V - participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;

VI - coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;

VII - estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;

VIII - estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;

IX - promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;

X - formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;

XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de

padrões técnicos de assistência à saúde;

XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;

XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde;

XV - promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;

XVI - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;

XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;

XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal. (Vide Decreto nº 1.651, de 1995)

Parágrafo único. A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que representem risco de disseminação nacional.

Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;

II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);

III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;

IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) de vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição; e

d) de saúde do trabalhador;

V - participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;

VI - participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;

VII - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;

VIII - em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;

IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;

X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;

XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;

XII - formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de

qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;

fls. 29

XIII - colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

XIV - o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete:

I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;

III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;

IV - executar serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição;

d) de saneamento básico; e

e) de saúde do trabalhador;

V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;

VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;

VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;

VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;

IX - colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;

XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;

XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

Art. 19. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.

CAPÍTULO V

Do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-A. As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-B. É instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde – SUS, criado e definido por esta Lei, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com o qual funcionará em perfeita integração. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-C. Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-D. O SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-E. Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-F. Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-G. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

§ 1º O Subsistema de que trata o caput deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

§ 2º O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

§ 3º As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-H. As populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

CAPÍTULO VI

DO SUBSISTEMA DE ATENDIMENTO E INTERNAÇÃO DOMICILIAR

(Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

Art. 19-I. São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

§ 1º Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

§ 2º O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

§ 3º O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

CAPÍTULO VII

DO SUBSISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DURANTE O TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO

(Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente. (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do

regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo.
(Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

(Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

§ 3º Ficam os hospitais de todo o País obrigados a manter, em local visível de suas dependências, aviso informando sobre o direito estabelecido no **caput** deste artigo. (Incluído pela Lei nº 12.895, de 2013)

Art. 19-L. (VETADO) (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

CAPÍTULO VIII

(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

DA ASSISTÊNCIA TERAPÊUTICA E DA INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIA EM SAÚDE"

Art. 19-M. A assistência terapêutica integral a que se refere a alínea *d* do inciso I do art. 6º consiste em: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

I - dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado ou, na falta do protocolo, em conformidade com o disposto no art. 19-P; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

II - oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do Sistema Único de Saúde - SUS, realizados no território nacional por serviço próprio, conveniado ou contratado.

Art. 19-N. Para os efeitos do disposto no art. 19-M, são adotadas as seguintes definições:

I - produtos de interesse para a saúde: órteses, próteses, bolsas coletoras e equipamentos médicos;

II - protocolo clínico e diretriz terapêutica: documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Art. 19-O. Os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas deverão estabelecer os medicamentos ou produtos necessários nas diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que tratam, bem como aqueles indicados em casos de perda de eficácia e de surgimento de intolerância ou reação adversa relevante provocadas pelo medicamento, produto ou procedimento de primeira escolha. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Parágrafo único. Em qualquer caso, os medicamentos ou produtos de que trata o caput deste artigo serão aqueles avaliados quanto à sua eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade para as diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que trata o protocolo. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Art. 19-P. Na falta de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, a dispensação será realizada: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

I - com base nas relações de medicamentos instituídas pelo gestor federal do SUS, observadas as competências estabelecidas nesta Lei, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

II - no âmbito de cada Estado e do Distrito Federal, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores estaduais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Bipartite; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

III - no âmbito de cada Município, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores municipais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada no Conselho Municipal de Saúde. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Art. 19-Q. A incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

§ 1º A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, cuja composição e regimento são

definidos em regulamento, contará com a participação de 1 (um) representante indicado pelo Conselho Nacional de Saúde e de 1 (um) representante, especialista na área, indicado pelo Conselho Federal de Medicina. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Forma Nº 32
Livia Salomão Nogueira
RF 11.274

§ 2º O relatório da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS levará em consideração, necessariamente: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

I - as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo, acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

II - a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas, inclusive no que se refere aos atendimentos domiciliar, ambulatorial ou hospitalar, quando cabível. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Art. 19-R. A incorporação, a exclusão e a alteração a que se refere o art. 19-Q serão efetuadas mediante a instauração de processo administrativo, a ser concluído em prazo não superior a 180 (cento e oitenta) dias, contado da data em que foi protocolado o pedido, admitida a sua prorrogação por 90 (noventa) dias corridos, quando as circunstâncias exigirem. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

§ 1º O processo de que trata o caput deste artigo observará, no que couber, o disposto na Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999, e as seguintes determinações especiais: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

I - apresentação pelo interessado dos documentos e, se cabível, das amostras de produtos, na forma do regulamento, com informações necessárias para o atendimento do disposto no § 2º do art. 19-Q; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

II - (VETADO); (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

III - realização de consulta pública que inclua a divulgação do parecer emitido pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

IV - realização de audiência pública, antes da tomada de decisão, se a relevância da matéria justificar o evento. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

§ 2º (VETADO). (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Art. 19-S. (VETADO). (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Art. 19-T. São vedados, em todas as esferas de gestão do SUS: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

I - o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento, produto e procedimento clínico ou cirúrgico experimental, ou de uso não autorizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

II - a dispensação, o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento e produto, nacional ou importado, sem registro na Anvisa."

Art. 19-U. A responsabilidade financeira pelo fornecimento de medicamentos, produtos de interesse para a saúde ou procedimentos de que trata este Capítulo será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

TÍTULO III

DOS SERVIÇOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

CAPÍTULO I

Do Funcionamento

Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento.

~~Art. 23. É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos.~~

~~§ 1º Em qualquer caso é obrigatória a autorização do órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), submetendo-se a seu controle as atividades que forem desenvolvidas e os instrumentos que forem firmados.~~

~~§ 2º Executam-se de disposto neste artigo os serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social.~~

Art. 23. É permitida a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde nos seguintes casos: (Redação dada pela Lei nº 13.097, de 2015)

I - doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos; (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

II - pessoas jurídicas destinadas a instalar, operacionalizar ou explorar: (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

a) hospital geral, inclusive filantrópico, hospital especializado, policlínica, clínica geral e clínica especializada; e (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

b) ações e pesquisas de planejamento familiar; (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

III - serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social; e (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

IV - demais casos previstos em legislação específica. (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

CAPÍTULO II

Da Participação Complementar

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

§ 1º Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.

§ 2º Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

§ 3º (Vetado).

§ 4º Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde (SUS).

TÍTULO IV

DOS RECURSOS HUMANOS

Art. 27. A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;

II - (Vetado)

III - (Vetado)

IV - valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Art. 28. Os cargos e funções de chefia, direção e assessoramento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), só poderão ser exercidas em regime de tempo integral.

§ 1º Os servidores que legalmente acumulam dois cargos ou empregos poderão exercer suas atividades em mais de um estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 2º O disposto no parágrafo anterior aplica-se também aos servidores em regime de tempo integral, com exceção dos ocupantes de cargos ou função de chefia, direção ou assessoramento.

Art. 29. (Vetado).

Art. 30. As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional, instituída de acordo com o art. 12 desta Lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.

TÍTULO V

DO FINANCIAMENTO

CAPÍTULO I

Dos Recursos

Art. 31. O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Art. 32. São considerados de outras fontes os recursos provenientes de:

I - (Vetado)

II - Serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde;

III - ajuda, contribuições, doações e donativos;

IV - alienações patrimoniais e rendimentos de capital;

V - taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e

VI - rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

§ 1º Ao Sistema Único de Saúde (SUS) caberá metade da receita de que trata o inciso I deste artigo, apurada mensalmente, a qual será destinada à recuperação de viciados.

§ 2º As receitas geradas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) serão creditadas diretamente em contas especiais, movimentadas pela sua direção, na esfera de poder onde forem arrecadadas.

§ 3º As ações de saneamento que venham a ser executadas supletivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, Estados, Distrito Federal,

Municípios e, em particular, do Sistema Financeiro da Habitação (SFH).

fls. 35

§ 4º (Vetado).

§ 5º As atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão co-financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pelas universidades e pelo orçamento fiscal, além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita própria das instituições executoras.

§ 6º (Vetado).

CAPÍTULO II

Da Gestão Financeira

Art. 33. Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

§ 1º Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.

§ 2º (Vetado).

§ 3º (Vetado).

§ 4º O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios. Constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei.

Art. 34. As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), observado o critério do parágrafo único deste artigo, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no Orçamento da Seguridade Social, a projetos, e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Na distribuição dos recursos financeiros da Seguridade Social será observada a mesma proporção da despesa prevista de cada área, no Orçamento da Seguridade Social.

Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

- I - perfil demográfico da região;
- II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;
- III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
- IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
- V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
- VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;
- VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

~~§ 1º Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.~~ (Revogado pela Lei Complementar nº 141, de 2012) (Vide Lei nº 8.142, de 1990)

§ 2º Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados.

§ 3º (Vetado).

§ 4º (Vetado).

§ 5º (Vetado).

§ 6º O disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a aplicação de penalidades previstas em lei, em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos.

CAPÍTULO III

Do Planejamento e do Orçamento

Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

§ 1º Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

§ 2º É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

Art. 37. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

Art. 38. Não será permitida a destinação de subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa.

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 39. (Vetado).

§ 1º (Vetado).

§ 2º (Vetado).

§ 3º (Vetado).

§ 4º (Vetado).

§ 5º A cessão de uso dos imóveis de propriedade do Inamps para órgãos integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) será feita de modo a preservá-los como patrimônio da Seguridade Social.

§ 6º Os imóveis de que trata o parágrafo anterior serão inventariados com todos os seus acessórios, equipamentos e outros bens móveis e ficarão disponíveis para utilização pelo órgão de direção municipal do Sistema Único de Saúde - SUS ou, eventualmente, pelo estadual, em cuja circunscrição administrativa se encontrem, mediante simples termo de recebimento.

§ 7º (Vetado).

§ 8º O acesso aos serviços de informática e bases de dados, mantidos pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social, será assegurado às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ou órgãos congêneres, como suporte ao processo de gestão, de forma a permitir a gerencia informatizada das contas e a disseminação de estatísticas sanitárias e epidemiológicas médico-hospitalares.

Art. 40. (Vetado)

Art. 41. As ações desenvolvidas pela Fundação das Pioneiras Sociais e pelo Instituto Nacional do Câncer, supervisionadas pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), permanecerão como referencial de prestação de serviços, formação de recursos humanos e para transferência de tecnologia.

Art. 42. (Vetado).

Art. 43. A gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos contratados, ressalvando-se as cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com as entidades privadas.

Art. 44. (Vetado).

fls. 37

Art. 45. Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

§ 1º Os serviços de saúde de sistemas estaduais e municipais de previdência social deverão integrar-se à direção correspondente do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme seu âmbito de atuação, bem como quaisquer outros órgãos e serviços de saúde.

§ 2º Em tempo de paz e havendo interesse recíproco, os serviços de saúde das Forças Armadas poderão integrar-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), conforme se dispuser em convênio que, para esse fim, for firmado.

Art. 46. o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecerá mecanismos de incentivos à participação do setor privado no investimento em ciência e tecnologia e estimulará a transferência de tecnologia das universidades e institutos de pesquisa aos serviços de saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios, e às empresas nacionais.

Art. 47. O Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS), organizará, no prazo de dois anos, um sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.

Art. 48. (Vetado).

Art. 49. (Vetado).

Art. 50. Os convênios entre a União, os Estados e os Municípios, celebrados para implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, ficarão rescindidos à proporção que seu objeto for sendo absorvido pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 51. (Vetado).

Art. 52. Sem prejuízo de outras sanções cabíveis, constitui crime de emprego irregular de verbas ou rendas públicas (Código Penal, art. 315) a utilização de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) em finalidades diversas das previstas nesta lei.

Art. 53. (Vetado).

Art. 53-A. Na qualidade de ações e serviços de saúde, as atividades de apoio à assistência à saúde são aquelas desenvolvidas pelos laboratórios de genética humana, produção e fornecimento de medicamentos e produtos para saúde, laboratórios de análises clínicas, anatomia patológica e de diagnóstico por imagem e são livres à participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros. (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

Art. 54. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 55. São revogadas a Lei nº. 2.312, de 3 de setembro de 1954, a Lei nº. 6.229, de 17 de julho de 1975 e demais disposições em contrário.

Brasília, 19 de setembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

FERNANDO COLLOR
Alcení Guerra

Este texto não substitui o publicado no DOU de 20.9.1990

*

Folha autuado em 30/09/2015 09:00:00.
Proc. Nº. 717/15 fls. 38
Livia Salomão Nogueira
RF 11.274



Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990.

Vide Lei nº 8.689, de 1993

Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde; e

II - o Conselho de Saúde.

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

§ 3º O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

§ 4º A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

§ 5º As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho.

Art. 2º Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como:

I - despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;

II - investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;

III - investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;

IV - cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Parágrafo único. Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.

Art. 3º Os recursos referidos no inciso IV do art. 2º desta lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

§ 1º Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, será utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente o critério estabelecido no § 1º

do mesmo artigo. (Vide Lei nº 8.080, de 1990)

fls. 40

§ 2º Os recursos referidos neste artigo serão destinados, pelo menos setenta por cento, aos Municípios, afetando-se o restante aos Estados.

§ 3º Os Municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos previstos no inciso IV do art. 2º desta lei.

Art. 4º Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

I - Fundo de Saúde;

II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990;

III - plano de saúde;

IV - relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

V - contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;

VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Parágrafo único. O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.

Art. 5º É o Ministério da Saúde, mediante portaria do Ministro de Estado, autorizado a estabelecer condições para aplicação desta lei.

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

Art. 7º Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 28 de dezembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

FERNANDO COLLOR
Alceni Guerra

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 31.12.1990

*

autuado em 30/09/2015 09:00:00. 29
Folha
Proc. Nº. 717/15
Livia Salomão Nogueira
RF



Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 9.263, DE 12 DE JANEIRO DE 1996.

Mensagem de veto

§ 7º do art. 226 da Constituição Federal

Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO I

DO PLANEJAMENTO FAMILIAR

Art. 1º O planejamento familiar é direito de todo cidadão, observado o disposto nesta Lei.

Art. 2º Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

Parágrafo único - É proibida a utilização das ações a que se refere o **caput** para qualquer tipo de controle demográfico.

Art. 3º O planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde.

Parágrafo único - As instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, em todos os seus níveis, na prestação das ações previstas no **caput**, obrigam-se a garantir, em toda a sua rede de serviços, no que respeita a atenção à mulher, ao homem ou ao casal, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais, que inclua, como atividades básicas, entre outras:

I - a assistência à concepção e contracepção;

II - o atendimento pré-natal;

III - a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato;

IV - o controle das doenças sexualmente transmissíveis;

~~V - o controle e prevenção do câncer cérvico-uterino, do câncer de mama e do câncer de pênis.~~

V - o controle e a prevenção dos cânceres cérvico-uterino, de mama, de próstata e de pênis.
 (Redação dada pela Lei nº 13.045, de 2014)

Art. 4º O planejamento familiar orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade.

Parágrafo único - O Sistema Único de Saúde promoverá o treinamento de recursos humanos, com ênfase na capacitação do pessoal técnico, visando a promoção de ações de atendimento à saúde reprodutiva.

Art. 5º - É dever do Estado, através do Sistema Único de Saúde, em associação, no que couber, às instâncias componentes do sistema educacional, promover condições e recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos que assegurem o livre exercício do planejamento familiar.

Art. 6º As ações de planejamento familiar serão exercidas pelas instituições públicas e privadas, filantrópicas ou não, nos termos desta Lei e das normas de funcionamento e mecanismos de fiscalização estabelecidos pelas instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único - Compete à direção nacional do Sistema Único de Saúde definir as normas gerais de planejamento familiar.

Art. 7º - É permitida a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros nas ações e pesquisas de planejamento familiar, desde que autorizada, fiscalizada e controlada pelo órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde.

Art. 8º A realização de experiências com seres humanos no campo da regulação da fecundidade somente será permitida se previamente autorizada, fiscalizada e controlada pela direção nacional do Sistema Único de Saúde e atendidos os critérios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde.

Art. 9º Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção.

Parágrafo único. A prescrição a que se refere o **caput** só poderá ocorrer mediante avaliação e acompanhamento clínico e com informação sobre os seus riscos, vantagens, desvantagens e eficácia.

Art. 10. Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações: (Artigo vetado e mantido pelo Congresso Nacional - Mensagem nº 928, de 19.8.1997)

I - em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce;

II - risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

§ 1º É condição para que se realize a esterilização o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

§ 2º É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.

§ 3º Não será considerada a manifestação de vontade, na forma do § 1º, expressa durante ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.

§ 4º A esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada através da laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada através da histerectomia e ooforectomia.

§ 5º Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges.

§ 6º A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.

Art. 11. Toda esterilização cirúrgica será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde. (Artigo vetado e mantido pelo Congresso Nacional) Mensagem nº 928, de 19.8.1997

Art. 12. É vedada a indução ou instigamento individual ou coletivo à prática da esterilização cirúrgica.

Art. 13. É vedada a exigência de atestado de esterilização ou de teste de gravidez para quaisquer fins.

Art. 14. Cabe à instância gestora do Sistema Único de Saúde, guardado o seu nível de competência e atribuições, cadastrar, fiscalizar e controlar as instituições e serviços que realizam ações e pesquisas na área do planejamento familiar.

Parágrafo único. Só podem ser autorizadas a realizar esterilização cirúrgica as instituições que ofereçam todas as opções de meios e métodos de contracepção reversíveis. (Parágrafo vetado e mantido pelo Congresso Nacional) Mensagem nº 928, de 19.8.1997

CAPÍTULO II

DOS CRIMES E DAS PENALIDADES

Art. 15. Realizar esterilização cirúrgica em desacordo com o estabelecido no art. 10 desta Lei. (Artigo vetado e mantido pelo Congresso Nacional) Mensagem nº 928, de 19.8.1997

Pena - reclusão, de dois a oito anos, e multa, se a prática não constitui crime mais grave.

Parágrafo único - A pena é aumentada de um terço se a esterilização for praticada:

I - durante os períodos de parto ou aborto, salvo o disposto no inciso II do art. 10 desta Lei.

II - com manifestação da vontade do esterilizado expressa durante a ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente;

III - através de histerectomia e ooforectomia;

IV - em pessoa absolutamente incapaz, sem autorização judicial;

V - através de cesária indicada para fim exclusivo de esterilização.

Art. 16. Deixar o médico de notificar à autoridade sanitária as esterilizações cirúrgicas que realizar.

Pena - detenção, de seis meses a dois anos, e multa.

Art. 17. Induzir ou instigar dolosamente a prática de esterilização cirúrgica.

Pena - reclusão, de um a dois anos.

Parágrafo único - Se o crime for cometido contra a coletividade, caracteriza-se como genocídio, aplicando-se o disposto na Lei nº 2.889, de 1º de outubro de 1956.

Art. 18. Exigir atestado de esterilização para qualquer fim.

Pena - reclusão, de um a dois anos, e multa.

Art. 19. Aplica-se aos gestores e responsáveis por instituições que permitam a prática de qualquer dos atos ilícitos previstos nesta Lei o disposto no caput e nos §§ 1º e 2º do art. 29 do Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal.

Art. 20. As instituições a que se refere o artigo anterior sofrerão as seguintes sanções, sem prejuízo das aplicáveis aos agentes do ilícito, aos co-autores ou aos partícipes:

I - se particular a instituição:

a) de duzentos a trezentos e sessenta dias-multa e, se reincidente, suspensão das atividades ou descredenciamento, sem direito a qualquer indenização ou cobertura de gastos ou investimentos efetuados;

b) proibição de estabelecer contratos ou convênios com entidades públicas e de se beneficiar de créditos oriundos de instituições governamentais ou daquelas em que o Estado é acionista;

II - se pública a instituição, afastamento temporário ou definitivo dos agentes do ilícito, dos gestores e responsáveis dos cargos ou funções ocupados, sem prejuízo de outras penalidades.

Art. 21. Os agentes do ilícito e, se for o caso, as instituições a que pertençam ficam obrigados a reparar os danos morais e materiais decorrentes de esterilização não autorizada na forma desta Lei, observados, nesse caso, o disposto nos arts. 159, 1.518 e 1.521 e seu parágrafo único do Código Civil, combinados com o art. 63 do Código de Processo Penal.

CAPÍTULO III

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 22. Aplica-se subsidiariamente a esta Lei o disposto no Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e, em especial, nos seus arts. 29, caput, e §§ 1º e 2º; 43, caput e incisos I, II e III; 44, caput e incisos I e II e III e parágrafo único; 45, caput e incisos I e II; 46, caput e parágrafo único; 47, caput e incisos I, II e III; 48, caput e parágrafo único; 49, caput e §§ 1º e 2º; 50, caput, § 1º e alíneas e § 2º; 51, caput e §§ 1º e 2º; 52, 56, 129, caput e § 1º, incisos I, II e III, § 2º, incisos I, III e IV e § 3º.

Art. 23. O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de noventa dias, a contar da data de sua publicação.

Art. 24. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 25. Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 12 de janeiro de 1996; 175º da Independência e 108º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
Adib Jatene

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 15.1.1996

*



Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 11.634, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2007.

Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Toda gestante assistida pelo Sistema Único de Saúde - SUS tem direito ao conhecimento e à vinculação prévia à:

I - maternidade na qual será realizado seu parto;

II - maternidade na qual ela será atendida nos casos de intercorrência pré-natal.

§ 1º A vinculação da gestante à maternidade em que se realizará o parto e na qual será atendida nos casos de intercorrência é de responsabilidade do Sistema Único de Saúde e dar-se-á no ato de sua inscrição no programa de assistência pré-natal.

§ 2º A maternidade à qual se vinculará a gestante deverá ser comprovadamente apta a prestar a assistência necessária conforme a situação de risco gestacional, inclusive em situação de puerpério.

Art. 2º O Sistema Único de Saúde analisará os requerimentos de transferência da gestante em caso de comprovada falta de aptidão técnica e pessoal da maternidade e cuidará da transferência segura da gestante.

Art. 3º A execução desta Lei correrá por conta de recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes suplementares.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 27 de dezembro de 2007; 186ª da Independência e 119ª da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Márcia Bassit Lameiro Costa Mazzoli

Este texto não substitui o publicado no DOU de 28.12.2007

ADVERTÊNCIA

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União



Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro

PORTARIA Nº 569, DE 1º DE JUNHO DE 2000(*)

Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais,

Considerando que o acesso das gestantes e recém-nascidos a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto, puerpério e período neonatal são direitos inalienáveis da cidadania;

Considerando a necessidade de ampliar os esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna, perinatal e neonatal registradas no país;

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 complementar as medidas já adotadas pelo Ministério da Saúde no sentido de aprimorar a assistência à saúde da gestante, como a implantação das redes de assistência à gestação de alto risco, o incremento do custeio e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes;

Considerando a necessidade de prosseguir na política de estimular o aprimoramento do sistema de assistência à saúde da gestante, integrando e regulando o atendimento à gestação e ao parto nos níveis ambulatorial básico e especializado, o acompanhamento pré-natal, o atendimento pré e inter-hospitalar, o atendimento hospitalar e ainda o controle de leitos obstétricos, como forma de garantir a integralidade assistencial;

Considerando a necessidade de adotar medidas que possibilitem o avanço da organização e regulação do sistema de assistência à gestação e ao parto, estabelecendo ações que integrem todos os níveis desta assistência, definindo mecanismos de regulação e criando os fluxos de referência e contra-referência que garantam o adequado atendimento à gestante, ao parto e ao recém-nascido;

Considerando a necessidade de estimular o processo de regulação da assistência obstétrica e neonatal baseado na implantação de Centrais de Regulação Obstétrica e Neonatal nos níveis estadual, regional e municipal, como um instrumento ordenador e orientador da atenção à saúde da gestante e do recém-nascido, com o princípio fundamental de incrementar o desenvolvimento da capacidade do poder público de gerir o sistema e de responder, de forma rápida, qualificada e integrada, às demandas de saúde oriundas deste grupo populacional específico, em seus diferentes níveis e etapas do processo assistencial, resolve:

Art. 1º Instituir o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único. O Programa objeto deste Artigo será executado de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, 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 estas ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada 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 do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento:

a - toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;

b - toda gestante tem direito ao acompanhamento pré-natal adequado de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo I desta Portaria;

c - toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;

d - toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo II desta Portaria;

e - todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura;

f - as autoridades sanitárias dos âmbitos federal, estadual e municipal são responsáveis pela garantia dos direitos enunciados nas alíneas acima.

Art. 3º Estabelecer que o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento seja constituído pelos seguintes componentes, regulamentados em ato próprio do Ministério da Saúde:

a - Componente I - Incentivo à Assistência Pré-natal;

b - Componente II - Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal.

c - Componente III - Nova Sistemática de Pagamento da Assistência ao Parto;

§ 1º O Componente I - Incentivo à Assistência Pré-natal, tem o objetivo de estimular os estados e municípios, de acordo com os princípios e critérios estabelecidos, a realizarem o acompanhamento pré-natal completo e o cadastramento das gestantes;

§ 2º O Componente II - Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal, terá dois componentes:

a - criação de condições técnicas, financeiras e operacionais que permitam o desenvolvimento de mecanismos destinados à organização e regulação da assistência obstétrica e neonatal por meio do estabelecimento de protocolos de regulação, da estruturação de Centrais de Regulação e estruturação de sistemas móveis de atendimento pré e inter-hospitalares, e

b - financiamento do incremento da qualidade assistencial e da capacidade instalada obstétrica e neonatal de hospitais públicos e filantrópicos integrantes do Sistema Único de Saúde que prestem este tipo de assistência e que cumpram os requisitos e critérios de elegibilidade estabelecidos.

§ 3º O Componente III - A nova sistemática de pagamento da assistência ao parto, tem a finalidade de melhorar as condições do custeio desta assistência nos hospitais cadastrados no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde SIH/SUS e terá dois componentes:

a - alteração do valor e forma de remuneração da assistência ao parto, e

b - pagamento de um adicional sobre o valor de que trata a alínea "a" para aqueles hospitais que prestarem assistência ao parto a gestantes cadastradas no Programa de Incentivo à Assistência Pré-natal e que tenham o acompanhamento pré-natal completo;

Art. 4º Estabelecer recursos no montante de R\$ 567.038.000,00 (quinhentos e sessenta e sete milhões e trinta e oito mil reais) para o desenvolvimento dos componentes previstos no Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, cujas despesas correrão à conta das dotações consignadas às seguintes atividades: 10.301.0001.0587, 10.301.0001.0589, 10.302.0023.4306, 10.302.0023.4307, 10.302.0004.1823, 10.302.0004.1837, 10.302.0004.1867.

Parágrafo único. A composição do montante global de recursos destinados à implementação do Programa, de que trata este Artigo, é a seguinte:

a - R\$ 123.000.000,00 (cento e vinte três milhões de reais) anuais, oriundos do Orçamento do Ministério da Saúde, destinados ao custeio do Componente I - Incentivo à Assistência Pré-natal, adicionais aos recursos já dispendidos nesta assistência;

b - R\$ 134.038.000,00 (cento e trinta e quatro milhões e trinta e oito mil reais) a serem investidos no primeiro ano de implantação do Programa, sendo:

- R\$ 100.000.000,00 (cem milhões de reais) oriundos do Orçamento do Ministério da Saúde e destinados ao Componente II - Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal, e

- R\$ 34.038.000,00 (trinta e quatro milhões e trinta e oito mil reais) oriundos do empréstimo BID/BIRD/REFORSUS destinados, dentro do Componente II, à aquisição de equipamentos para aparelhamento de unidades hospitalares cadastradas como referência para gestação de alto risco e de UTIs neonatais;

c - R\$ 310.000.000,00 (trezentos e dez milhões de reais) anuais, oriundos do Orçamento do Ministério da Saúde, destinados ao custeio do Componente III - Nova Sistemática de Pagamento da Assistência Obstétrica e Neonatal, adicionais aos recursos já dispendidos nesta assistência;

Art. 5º Estabelecer, para cada nível de gestão do Sistema Único de Saúde, as seguintes competências/atribuições na implementação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento:

§ 1º São competências/atribuições do Ministério da Saúde:

a - articular com estados, municípios e Distrito Federal a implantação do Programa e estabelecer mecanismos de controle, avaliação e acompanhamento do processo;

b - assessorar os estados, municípios e o Distrito Federal na elaboração de seus respectivos Programas Estaduais de Humanização no Pré-natal e Nascimento, na estruturação das Centrais de Regulação Obstétrica e Neonatal e na implantação dos sistemas móveis de atendimento;

c - estabelecer normas técnicas e critérios de elegibilidade para inclusão no Programa;

d - alocar recursos destinados ao co-financiamento dos componentes integrantes do Programa.

§ 2º São competências/atribuições das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal:

a - elaborar, em articulação com as respectivas Secretarias Municipais de Saúde e como condição indispensável à implantação do Programa Nacional, os Programas Estaduais de Humanização no Pré-natal e Nascimento, organizando seus sistemas estaduais/regionais de assistência obstétrica e neonatal que contemplem ações voltadas para a atenção básica, o apoio laboratorial, a atenção ambulatorial especializada e a assistência hospitalar obstétrica e neonatal, explicitando as unidades de referência para o diagnóstico, a atenção ambulatorial à gestação de alto risco e a assistência ao parto de baixo e alto risco;

b - coordenar e executar, em articulação com as Secretarias Municipais de Saúde, a programação física e financeira da assistência obstétrica e neonatal;

c - estruturar e garantir o funcionamento das Centrais Estaduais de Regulação Obstétrica e Neonatal;

d - assessorar os municípios na estruturação de suas respectivas Centrais Municipais de Regulação Obstétrica e Neonatal e na implantação dos sistemas móveis de atendimento;

e - assessorar os municípios no processo de implementação do Programa e seus respectivos componentes e no desenvolvimento de mecanismos destinados a seu controle, avaliação e acompanhamento;

f - alocar, complementarmente, recursos financeiros próprios para o desenvolvimento do Programa;

g - monitorar o desempenho do respectivo programa e os resultados alcançados, mediante o acompanhamento de indicadores de morbi-mortalidade materna e neonatal, no âmbito estadual;

h - manter atualizados os bancos de dados que estejam sob sua responsabilidade SIM, SINASC, SIPAC.

§ 3º São competências/atribuições das Secretarias Municipais de Saúde:

a - participar da elaboração do Programa Estadual de Humanização no Pré-natal e Nascimento;

b - estruturar e garantir o funcionamento da Central Municipal de Regulação Obstétrica e Neonatal, naqueles municípios que cumpram os critérios de elegibilidade estabelecidos;

c - estruturar e garantir o funcionamento do sistema móvel de atendimento pré e inter-hospitalar, naqueles municípios que cumpram os critérios de elegibilidade estabelecidos;

d - garantir o atendimento pré-natal e do puerpério em seu próprio território e realizar o cadastro de suas gestantes;

e - identificar laboratórios e garantir a realização dos exames básicos e o acesso aos exames de seguimento do pré-natal, em seu próprio território ou em outro município, mediante programação regional;

f - estabelecer a referência para a assistência ambulatorial e hospitalar à gestante de alto risco, em seu próprio território ou em outro município, mediante programação regional;

g - alocar, complementarmente, recursos financeiros próprios para o desenvolvimento do Programa;

h - monitorar o desempenho do respectivo programa e os resultados alcançados mediante o acompanhamento de indicadores de morbi-mortalidade materna e neonatal, no âmbito municipal;

i - manter atualizados os bancos de dados que estejam sob sua responsabilidade SIM, SINASC, SIPAC.

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA

ANEXO I

PRINCÍPIOS GERAIS E CONDIÇÕES PARA O ADEQUADO ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL

Para a realização de um adequado acompanhamento pré-natal e assistência à gestante e à puérpera, o município deverá, por meio das unidades integrantes de seu sistema de saúde, desenvolver esta modalidade assistencial em conformidade com os princípios gerais e condições estabelecidas no presente documento, realizando as seguintes atividades:

1 - Atividades

1-Realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4º mês de gestação;

2-Garantir os seguintes procedimentos:

2.1-Realização de, no mínimo, 06 (seis) consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação;

2.2-Realização de 01 (uma) consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento;

2.3-Realização dos seguintes exames laboratoriais:

a - ABO-Rh, na primeira consulta;

b - VDRL, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação;

c - Urina rotina, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação;

d - Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação;

e - HB/Ht, na primeira consulta.

2.4-Oferta de Testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta, naqueles municípios com população acima de 50 mil habitantes;

2.5-Aplicação de vacina antitetânica dose imunizante, segunda, do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas;

2.6-Realização de atividades educativas;

2.7-Classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas subsequentes;

2.8-Garantir às gestantes classificadas como de risco, atendimento ou acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco.

II - Avaliação da Assistência Pré-natal

Para avaliar a efetividade da assistência pré-natal oferecida, a partir dos dados disponíveis nos sistemas nacionais de informações em saúde o município e o estado devem utilizar, no mínimo, os seguintes indicadores:

1-Indicadores de Processo

1.1-Percentual de gestantes que se inscreveram no programa e realizaram a 1ª consulta até o quarto mês, em relação à população-alvo (número de gestantes existentes ou estimado pelo número de nascidos vivos do município);

1.2-Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal;

1.3-Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e a consulta de puerpério;

1.4-Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e todos os exames básicos;

1.5-Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos;

1.6-Percentual de gestantes inscritas que receberam a dose imunizante da vacina antitetânica.

1.7-Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis (06) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos; o teste anti-HIV, a dose imunizante da vacina antitetânica.

2. Indicadores de Resultado

2.1- Percentual de Recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita em relação ao total de recém-nascidos vivos do município

2.2 - Percentual de Recém-nascido com tétano neonatal, em relação ao total de recém-nascidos vivos do município

3-Indicadores de Impacto

3.1-Coefficiente de incidência de sífilis congênita no município comparando com o do ano anterior;

3.2-Coefficiente de incidência de tétano neonatal no município comparando com o do ano anterior;

3.3-Razão de mortalidade materna no município comparando com o do ano anterior;

3.4-Coefficiente de mortalidade neonatal precoce no município comparando com o do ano anterior;

3.5- Coeficiente de mortalidade neonatal tardia no município comparando com o do ano anterior;

3.6- Coeficiente de mortalidade neonatal total no município comparando com o do ano anterior.

ANEXO II

PRINCÍPIOS GERAIS E CONDIÇÕES PARA A ADEQUADA ASSISTÊNCIA AO PARTO

A humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição para o adequado acompanhamento do parto e puerpério. Receber com dignidade a mulher e o recém-nascido é uma obrigação das unidades. A adoção de práticas humanizadas e seguras implica a organização das rotinas, dos procedimentos e da estrutura física, bem como a incorporação de condutas acolhedoras e não-intervencionistas.

Para a adequada assistência à mulher e ao recém-nascido no momento do parto, todas as Unidades Integrantes do SUS têm como responsabilidades:

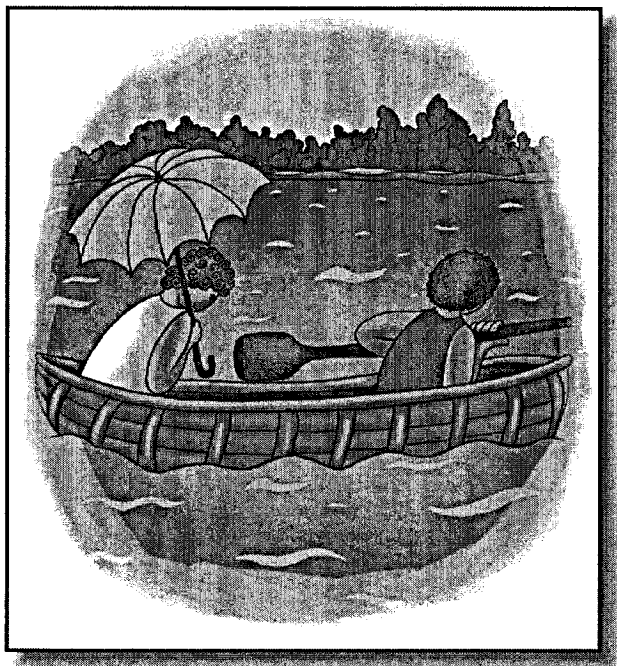
1. atender a todas as gestantes que as procurem;
2. garantir a internação de todas as gestantes atendidas e que dela necessitem;
3. estar vinculada à Central de Regulação Obstétrica e Neonatal de modo a garantir a internação da parturiente nos casos de demanda excedente;
4. transferir a gestante e ou o neonato em transporte adequado, mediante vaga assegurada em outra unidade, quando necessário;
5. estar vinculada a uma ou mais unidades que prestam assistência pré-natal, conforme determinação do gestor local;
6. garantir a presença de pediatra na sala de parto;
7. realizar o exame de VDRL na mãe;
8. admitir a visita do pai sem restrição de horário;
9. garantir a realização das seguintes atividades:
 - Realização de partos normais e cirúrgicos, e atendimento a intercorrências obstétricas:
 - recepção e examinar as parturientes;
 - assistir as parturientes em trabalho de parto;
 - assegurar a execução dos procedimentos pré-anestésicos e anestésicos;
 - proceder à lavagem e antisepsia cirúrgica das mãos;
 - assistir a partos normais;
 - realizar partos cirúrgicos;
 - assegurar condições para que as parturientes tenham direito a acompanhante durante a internação, desde que a estrutura física assim permita;
 - assistir ao abortamento incompleto, utilizando, preferencialmente, aspiração manual intra-uterina (AMIU);
 - prestar assistência médica e de enfermagem ao recém-nascido;
 - elaborar relatórios médico e enfermagem e fazer registro de parto;
 - registrar a evolução do trabalho de parto em partograma;
 - proporcionar cuidados no pós-anestésico e no pós-parto;
 - garantir o apoio diagnóstico necessário
10. dispor dos recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à adequada assistência ao parto.

(*) Republicada por ter saído com incorreção do original, no DOU nº 110-E, de 8 de junho de 2000, Seção 1, Páginas 4, 5 e 6.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

PARTO E NASCIMENTO DOMICILIAR ASSISTIDOS POR PARTEIRAS TRADICIONAIS

O Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais
e Experiências Exemplares




Brasília-DF
2010

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde

PARTO E NASCIMENTO DOMICILIAR ASSISTIDOS POR PARTEIRAS TRADICIONAIS

O Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais
e Experiências Exemplares

Série C. Projetos, Programas e Relatórios


Brasília-DF
2010

Foi
34
Livia Salomão Nogueira
RF 11.274
Foi
34
Livia Salomão Nogueira
RF 11.274

Lista de Quadros

Quadro 1 – Número de partos domiciliares realizados por parteiras tradicionais notificados ao SUS, 2001–2007, por região.....	15
Quadro 2 – Evolução do credenciamento e implantação da Estratégia Saúde da Família, na Região Norte, no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2009.	21
Quadro 3 – Capacitações realizadas em 2000.....	71
Quadro 4 – Capacitações realizadas em 2001.....	71
Quadro 5 – Capacitações realizadas em 2002.....	73
Quadro 6 – Capacitações realizadas em 2003.....	74
Quadro 7 – Capacitações realizadas em 2004.....	76
Quadro 8 – Capacitações realizadas em 2005.....	76
Quadro 9 – Capacitações realizadas em 2005 e 2006 para formação de parteiras facilitadoras para prevenção de DST/HIV/Aids e hepatites virais – parceria PN de DST e Aids, ATSM/MS, Departamento de Atenção Básica/MS, Funasa, Departamento de Enfermagem/UnB, CPM/GO e RNPT/PE.....	78
Quadro 10 – Capacitações realizadas em 2006.....	79
Quadro 11 – Capacitações realizadas em 2007.....	81
Quadro 12 – Capacitações realizadas em 2008.....	82
Quadro 13 – Capacitações realizadas em 2009.....	83
Quadro 14 – Capacitações realizadas em 2010.....	84

© 2010 Ministério da Saúde.
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.
A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é das áreas técnicas.
A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

Série C. Projetos, Programas e Relatórios

Tiragem: 1ª edição – 2010 – Versão online

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

Área Técnica de Saúde da Mulher

SAF/SUL - Trecho 02 Torre II Sala 17 - Ed. Premium

CEP: 70070-600, Brasília – DF

Tel.: (61) 3306.8101/ 3306.8104

Homepage: www.saude.gov.br

Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno

SAF/Sul - Trecho 02 Lote 05/06 Torre II 1º Subsolo Sala 01 - Ed. Premium

CEP: 70070-600, Brasília – DF

Tel.: (61) 3306 - 8006 Fax: (61) 3306 - 8023

Homepage: www.saude.gov.br

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Atenção Básica

Coordenação de Gestão da Atenção Básica

SAF/SUL - Trecho 02 Torre II Subsolo Sala 10 - Ed. Premium

CEP: 70070-600, Brasília – DF

Tel.: (61) 3306.8502/ 3306.8506

Homepage: www.saude.gov.br/dab

Supervisão Geral:

Elsa Giugliani

Lena Vânia Carneiro Peres

Nulvio Lermen Júnior

Equipe de Elaboração:

Isa Paula Hamouche Abreu

Deurides Navega Cruz

Juliana Oliveira Soares

Livia Penna Firme Rodrigues

Núbia Melo

Paula Viana

Ticiane Ramos Nonato

Colaboração:

Luciana Nunes Fonseca

Suzanne Jacob Serruya

Regina Rodrigues de Moraes

Revisão Técnica:

Daphne Ratiner

Ilustração da Capa e das Páginas 51 e 56:

Juliana Oliveira Soares

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA, trecho 4, lotes 540 / 610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 3233-1774 / 3233-2020

Fax: (61) 3233-9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Homepage: www.saude.gov.br/editora

Equipe editorial:

Normalização: Heloiza Santos

Revisão: Mara Pamplona

Diagramação: Marcelo Rodrigues

Impresso no Brasil/Printed Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.

Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais [recurso eletrônico] : o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.

90 p. : il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

Modo de acesso: World Wide Web: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=152>

ISBN 978-85-334-1741-0

1. Parto. 2. Parteira tradicional. 3. Humanização do parto. I. Título. II. Série.

CDU 614.253.5

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2010/0067

Títulos para indexação:

Em inglês: Home births assisted by Traditional Midwives. The program "Working with Traditional Midwives" and Exemplary Experiences

Em espanhol: Parto y nacimiento Domiciliarios asistidos por Parteras Tradicionales. El Programa "Trabajando con Parteras Tradicionales y otras Experiencias Ejemplares"

Lista de Siglas e Abreviaturas

Abenfo	Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras
ACS	Agente Comunitário de Saúde
Agemp	Agência de Promoção da Cidadania
Aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
Asareaj	Associação dos Seringueiros e Agricultores da Reserva Extrativista do Alto Juruá
ATSM	Área Técnica de Saúde da Mulher
Bemfam	Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
Cemam	Centro Miriti de Assessoria às Mulheres-Gênero e Desenvolvimento
CES	Conselho Estadual de Saúde
CHPT	Centro de Humanização das Práticas Terapêuticas
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Conselho Indígena de Roraima
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Conass	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Conasems	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CPM	Centro Popular da Mulher
CPN	Centro de Parto Normal
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
Febrasgo	Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia
FNUAP	Fundo de População das Nações Unidas
FSESP	Fundação de Serviço Especial de Saúde Pública
Funasa	Fundação Nacional de Saúde
GM	Gabinete do Ministro
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDB	Indicadores e Dados Básicos para a Saúde
Ideas	Instituto de Desenvolvimento, Educação Ambiental e Solidariedade
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IDSM	Instituto de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá
Ipea	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
Mama	Movimento Articulado de Mulheres da Amazônia
MS	Ministério da Saúde
NV	Nascidos Vivos
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
Opas	Organização Pan-Americana da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PN	Programa Nacional
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde

possível extrair as informações de assinaturas do arquivo migrado do ECM.

folha 35
Proc. N.º 1.313/15
Matéria 007777-7/2015. Não foi
Livro Salomão Nogue
RF 11.274

PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSF	Programa Saúde da Família
RDSA	Reserva de Desenvolvimento Sustentável Amanã
RDSM	Reserva de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá
Ripsa	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
RMM	Razão de Mortalidade Materna
RNPT	Rede Nacional de Parteiros Tradicionais
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
Seppir	Secretaria Especial para a Promoção da Igualdade Racial
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SF	Saúde da Família
SIA-SUS	Sistema de Informação Ambulatorial do SUS
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
Sinasc	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPS	Secretaria de Políticas de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
UnB	Universidade de Brasília
UF	Unidade da Federação
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a Infância

Sumário

Apresentação.....	9
1 O Programa Trabalhando com Parteiros Tradicionais.....	11
1.1 Situações condicionantes para a elaboração do Programa	12
1.2 Objetivos	21
1.3 Histórico das ações do Ministério da Saúde com relação ao parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiros tradicionais	22
2 A Humanização do Parto e do Nascimento.....	25
2.1 Um pouco da história da assistência ao parto	25
2.2 O movimento pela humanização do parto e do nascimento	28
2.3 O guia para assistência ao parto normal da OMS.....	31
2.4 Principais iniciativas do Ministério da Saúde no sentido da humanização do parto e do nascimento	32
2.5 Os Centros de Parto Normal (CPN): uma estratégia importante para a humanização do parto e do nascimento.....	37
2.6 O trabalho da parteira tradicional e a humanização do parto e do nascimento ..	38
3 A Experiência do Programa Trabalhando com Parteiros Tradicionais de 2000 a Julho de 2010.....	41
3.1 Atividades desenvolvidas.....	41
3.2 Recursos utilizados.....	46
3.3 Resultados alcançados.....	47
4 Experiências Exemplares de Trabalho com Parteiros Tradicionais	49
4.1 O Projeto de Saúde Reprodutiva na Reserva Extrativista do Alto Juruá – Acre	49
4.2 Programa Nascendo na Floresta – Acre.....	49
4.3 O Projeto Resgate e Valorização das Parteiros Tradicionais do Estado do Amapá.....	50
4.4 O Projeto Modelo de Desenvolvimento Sustentável da Floresta Caxiuanã – Pará	51
4.5 O Projeto Saúde e Direitos do Povo Kalunga e de suas Mulheres – Goiás	52
4.6 As parteiros tradicionais das Reservas de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá e Amanã – Amazonas.....	52
4.7 As parteiros tradicionais de Minas Gerais	53
4.8 As parteiros tradicionais da Paraíba	53
4.9 O Programa Estadual de Parteiros Tradicionais de Pernambuco	54
4.10 Projeto Parteira Indígena Guarani e Tupi-Guarani do Estado de São Paulo	54
4.11 Ações voltadas para promover a atenção à saúde da mulher índia	55
4.12 A atuação da Rede Nacional de Parteiros Tradicionais.....	57
5 Considerações Finais	59
Referências	61
Anexos.....	71
Anexo A – Capacitações realizadas no período de 2000 a 2010	71
Anexo B – Nota técnica da Área Técnica de Saúde da Mulher	85
Anexo C – Materiais para o kit da parteira	89

Apresentação

Esta publicação apresenta um relato histórico do Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais do Ministério da Saúde e faz o resgate de algumas experiências exemplares de trabalho com parteiras tradicionais desenvolvidas por instituições públicas e/ou organizações da sociedade civil.

A assistência ao parto e nascimento no Brasil não é homogênea. Embora a maioria dos partos ocorra em ambiente hospitalar, o parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais estão presentes no País, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, sobretudo nas áreas rurais, ribeirinhas, de floresta, de difícil acesso e em populações tradicionais quilombolas e indígenas.

Contudo, por não estar incluído no SUS e nem mesmo ser reconhecido como uma ação de saúde que se desenvolve na comunidade, ocorre de forma precária e em situação de exclusão e isolamento, sem respaldo e apoio da rede de atenção integral à saúde da mulher e da criança. A grande maioria das parteiras tradicionais não recebe capacitação, não dispõe de materiais básicos para a assistência ao parto domiciliar e não é remunerada pelo seu trabalho.

A diversidade socioeconômica, cultural e geográfica do País exige, entretanto, a adoção de diferentes modelos de atenção integral à saúde da mulher e da criança e a implementação de políticas públicas que atendam às especificidades de cada realidade, procurando-se considerar o princípio da equidade e resgatar a dívida histórica existente em relação às mulheres e às crianças assistidas por parteiras tradicionais.

Os índices de mortalidade materna e neonatal em nosso País ainda se encontram em patamares elevados. Tais indicadores configuram uma situação de violação dos direitos humanos de mulheres e crianças e um grave problema de saúde pública, que atinge desigualmente as regiões brasileiras, com maior prevalência entre as mulheres e crianças das classes sociais com menor acesso aos bens e serviços.

Levando em consideração esse contexto, o Ministério da Saúde lançou em 2000 o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais, inserindo-o entre as estratégias para a redução da morbimortalidade materna e neonatal e para a qualificação e humanização da assistência obstétrica e neonatal.

A presente publicação, ao realizar o relato da experiência do Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais, de 2000 até julho de 2010, e ao resgatar experiências exemplares voltadas para a qualificação e humanização do parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais, tem por objeto induzir a reflexão junto aos gestores e profissionais de saúde sobre a importância do desenvolvimento de políticas públicas que busquem a inclusão no SUS de detentores de saberes e práticas tradicionais existentes na comunidade, tais como as parteiras tradicionais, valorizando e qualificando o seu trabalho, com vistas a potencializar e ampliar as atividades de atenção primária em saúde.

Ministério da Saúde

Proc. Nº 11.374-6
LIVRO DE ASSINATURAS
Não foi possível extrair as informações de assinaturas do arquivo migrado do ECM.
36

1 O Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais

O Ministério da Saúde, a partir de 2000, adotou várias iniciativas para melhorar a atenção à gestação, ao parto, ao nascimento e ao puerpério. Entre elas, encontrava-se o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais, que recolocou a melhoria do parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais na pauta de discussão com gestores estaduais e municipais, como uma responsabilidade do SUS e uma atribuição da atenção básica.

O Programa foi concebido e iniciou sua implementação em março de 2000, momento em que o Ministério da Saúde retomava com intensidade a ênfase na questão dos direitos e da humanização na atenção à saúde. Tem como pressupostos os princípios do SUS, inscritos na Constituição Federal de 1988: universalidade, equidade, integralidade e participação popular com controle social (BRASIL, 1988).

O Ministério da Saúde define como parteira tradicional aquela que presta assistência ao parto domiciliar baseada em saberes e práticas tradicionais e é reconhecida pela comunidade como parteira.

Em muitos lugares a parteira é conhecida como "parteira leiga", "aparadeira", "co-madre", "mãe de umbigo", "curiosa", entre outras denominações. Porém, o Ministério da Saúde adota a denominação de parteira tradicional por considerar que este termo valoriza os saberes e práticas tradicionais e caracteriza a sua formação e o conhecimento que ela detém. As parteiras indígenas e quilombolas estão incluídas entre as parteiras tradicionais, respeitando-se as suas especificidades étnicas e culturais.

O Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais busca sensibilizar gestores e profissionais de saúde para que reconheçam as parteiras como parceiras na atenção à saúde da comunidade e desenvolvam ações para valorizar, apoiar, qualificar e articular o seu trabalho ao SUS, inserindo-o entre as estratégias do Ministério da Saúde para a redução da morbimortalidade materna e neonatal.

Visa resgatar e valorizar os saberes tradicionais, articulando-os aos científicos, considerando a riqueza cultural e da biodiversidade como elementos importantes para a produção de saúde, de novos conhecimentos e de tecnologias.

Foi elaborado considerando a diversidade socioeconômica, cultural e geográfica do País, que exige a adoção de diferentes modelos de atenção obstétrica e ao recém-nascido. Esta diversidade, portanto, coloca a necessidade de implementação de políticas públicas que atendam às especificidades de cada realidade, procurando-se resgatar a dívida histórica das políticas de saúde em relação às mulheres e crianças assistidas por parteiras tradicionais.

O Programa esteve entre as 20 ações premiadas no 7º Concurso de Inovações na Gestão Pública Federal, Prêmio Hélio Beltrão 2002, promovido pela Escola Nacional de

Administração Pública (Enap), pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MP) e pelo Instituto Hélio Beltrão, tendo sido contemplado na dimensão "articulação de parcerias" (BRASIL, 2002d, 2002g).

1.1 Situações condicionantes para a elaboração do Programa

Existe um conjunto de situações que tornam premente a implementação de políticas e ações para a melhoria e a inclusão no SUS, no âmbito da atenção básica à saúde, do parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais, dentro de um contexto de direitos, de valorização e resgate das práticas e saberes tradicionais.

- ❖ Situação da pobreza e da desigualdade no Brasil
- ❖ Situação da mortalidade materna e neonatal no Brasil
- ❖ Situação do parto domiciliar e da cobertura da atenção básica no Brasil

Situação da pobreza e da desigualdade no Brasil

As desigualdades sociais, econômicas e culturais revelam-se no processo de adoecer e morrer das populações e de cada pessoa em particular, de maneira diferenciada. De acordo com os indicadores de saúde, as populações expostas a precárias condições de vida estão mais vulneráveis e vivem menos.

A pobreza e a desigualdade estão entre os problemas mais sérios enfrentados pela população brasileira na atualidade. Segundo um estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), ambas diminuíram entre 2001 e 2004, mas continuam a ser um traço especialmente marcante da população residente nas regiões Nordeste e Norte, da população negra e da população rural (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2006).

Em 2001 e 2004, as desigualdades regionais permanecem elevadas. Em 2004, nada menos que 53,7% da população do Nordeste era considerada pobre¹ (26,6 milhões de pessoas), percentual que correspondia a 36,9% da população do Norte (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2006).

Analisando-se particularmente a situação da região Amazônica², suas precárias condições de vida podem ser expressas por indicadores como o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)³, que utiliza as dimensões de educação, renda e longevidade para medir o nível de desenvolvimento humano. Na maioria dos municípios da região, este índice se encontrava abaixo da média nacional (que era de 0,766), em 2000 (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, [200-?]).

¹ No estudo em questão, a análise de pobreza apresentada está restrita ao dimensionamento dos rendimentos à disposição da população brasileira e divide-se em dois patamares. Um refere-se à indigência (ou extrema pobreza), definida como a condição da população que sobrevive com menos de um quarto de salário mínimo domiciliar mensal per capita. Outro concerne à pobreza, propriamente dita, conceituada como a situação daquela que vive com rendimentos entre um quarto e meio e salário mínimo. Já a mensuração da desigualdade corresponde à soma de rendimentos apropriados pelos 50% mais pobres da população, em contraste com a soma retida pelos 10% e pelo 1% mais ricos.

² A Amazônia brasileira é constituída por cerca de 810 municípios, distribuídos em nove estados – Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins, na região Norte do País, Maranhão, na região Nordeste e Mato Grosso, na região Centro-Oeste.

³ O IDH é um índice criado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud) e é calculado para diversos países desde 1990. Originalmente proposto para medir a diferença entre países, foi adaptado para ser aplicado também a estados e municípios. O índice vai de zero a um, sendo que os valores mais altos indicam níveis superiores de desenvolvimento humano. Para referência, segundo a classificação do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud), os valores distribuem-se em três categorias: a) baixo desenvolvimento humano, quando o IDH for menor que 0,500; b) médio desenvolvimento humano, para valores entre 0,500 e 0,800; c) alto desenvolvimento humano, quando o índice for superior a 0,800.

Situação da mortalidade materna e neonatal no Brasil

A determinação de definir diretrizes políticas e técnicas para a inclusão do parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais no SUS tem como um de seus fundamentos o compromisso com a redução da morbimortalidade materna e neonatal, que, segundo classificação da OMS, ainda se apresentam muito elevadas no Brasil, caracterizando um problema social de grande magnitude.

A mortalidade materna é um importante indicador das condições de vida e atenção à saúde das mulheres. Razões de mortalidade materna (RMM) elevadas indicam precárias condições socioeconômicas, baixo grau de informação e escolaridade, dinâmicas familiares em que a violência está presente e dificuldades de acesso a serviços de saúde de qualidade (BRASIL, 2004b, 2006d).

A gravidade do problema é evidenciada quando se chama a atenção para o fato de que a gravidez é um evento relacionado à vivência da sexualidade, portanto não é doença. Salienta-se que as mortes maternas são evitáveis em aproximadamente 92% dos casos (BRASIL, 2006b).

A razão de mortalidade materna (RMM)⁴ no Brasil vem diminuindo quando são observados os dados com fator de correção: ela passa de 140 óbitos por 100.000 nascidos vivos, em 1990, para 75 óbitos por 100.000 nascidos vivos, em 2007 (BRASIL, 2010). Os dados apresentados demonstram que a situação brasileira é inaceitável, pois em países desenvolvidos a RMM oscila de 6 a 20 óbitos por 100.000 nascidos vivos (BRASIL, 2004b, 2008b).

Outro aspecto a considerar é que melhorar a saúde materna e reduzir a mortalidade infantil estão entre os oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, definidos na Conferência do Milênio, promovida pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 2000. Inclui-se entre as metas para atingir esses objetivos reduzir em três quartos, entre 1990 e 2015, a razão de mortalidade materna e em dois terços a mortalidade de crianças menores de 5 anos.

Com relação à mortalidade infantil, vem ocorrendo significativa diminuição no País. De 1990 a 2007, a taxa de mortalidade infantil passou de 48,0 mortes por 1.000 nascidos vivos em 1990 para 19,3 mortes por 1.000 nascidos vivos em 2007. A taxa de mortalidade infantil apresentou queda contínua e a redução decorreu principalmente da queda do componente pós-neonatal.

É importante considerar que, apesar da consistente tendência de redução da mortalidade infantil em todas as regiões brasileiras, os valores médios continuam elevados sobretudo nas regiões Norte e Nordeste, que apresentaram taxas, em 2007, em torno de

⁴ A RMM relaciona as mortes maternas com o número de nascidos vivos e é expressa por 100.000 nascidos vivos. Frequentemente, a razão de mortalidade materna é chamada de "taxa" ou "coeficiente". Contudo, ela só poderia ser designada assim se o seu denominador fosse o número total de gestações. Devido à impossibilidade de obtenção desse dado, utiliza-se por aproximação o número de nascidos vivos, o que torna mais adequado o uso da expressão "razão". A RMM apresentada é resultado das informações do SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade) e do Sinasc (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos) sem aplicação de fator de correção.

21,7 e 27,2, por 1.000 NV, respectivamente. A mortalidade infantil do Centro-Oeste foi de 16,9, do Sudeste, de 13,8, e do Sul, de 12,9, por 1.000 NV nesse mesmo ano. (ENCONTRO NACIONAL DOS NOVOS PREFEITOS E PREFEITAS, 2009b).

Apesar dos avanços, essas taxas são consideradas altas, se comparadas a países desenvolvidos, que apresentam média de 4 mortes por 1.000 nascidos vivos.

No período de 2000 a 2005, as principais causas de óbitos infantis foram nessa ordem: as afecções originadas no período perinatal, as malformações congênitas, as doenças infecciosas e as doenças do aparelho respiratório. As afecções perinatais representam mais da metade das causas de óbitos (BRASIL, 2008b).

A mortalidade neonatal⁵ passou a ser o principal componente da mortalidade infantil em termos proporcionais a partir dos anos 90, mantendo-se estabilizada em níveis elevados. Assim, a Taxa de Mortalidade Neonatal que era de 23,4/1.000 nascidos vivos em 1990 passou para 14,2 /1.000 nascidos vivos em 2005 (BRASIL, 2005e, 2007b).

As causas da mortalidade perinatal⁶ estão intimamente ligadas às condições de saúde e nutrição, nível de escolaridade e de vida das mulheres, assim como à qualidade da atenção prestada durante o pré-natal, no parto e ao recém-nascido (BRASIL, 2006d).

Situação do parto domiciliar e da cobertura da atenção básica no Brasil

No Brasil, a questão da melhoria da assistência ao parto domiciliar por parteiras tradicionais vem sendo amplamente discutida desde a década de 1970. Em várias regiões do País foram desenvolvidas atividades com parteiras tradicionais, com vistas à melhoria da qualidade dessa assistência, seja por parte do setor público ou de organizações da sociedade civil (BRASIL, 1994c).

Hoje em dia, a maioria dos partos é realizada em ambiente hospitalar, mas nas zonas rurais, ribeirinhas e lugares de difícil acesso são as parteiras tradicionais que prestam assistência às mulheres e crianças, muitas vezes. Entretanto, este trabalho quase sempre não é reconhecido pelo sistema de saúde local, que não oferece o apoio necessário para o desenvolvimento dessa atividade. O parto domiciliar assistido por parteiras tradicionais ocorre, então, em situação de exclusão e isolamento, desarticulado do SUS. A grande maioria das parteiras não recebe nenhuma capacitação, não dispõe de materiais básicos para a assistência ao parto domiciliar e não é remunerada pelo seu trabalho (ABREU; MELO; VIANA, 2003; ABREU, 2005; MASCELANI, 2002).

Uma consequência dessa desarticulação é o elevado índice de subnotificação⁷ do parto domiciliar. Em 1999, foram instituídos dois códigos no Sistema de Informação Ambu-

⁵ Morte neonatal: é a morte ocorrida no período entre 0 a 27 dias de nascimento.

⁶ Morte perinatal: morte ocorrida no período compreendido entre a 22ª semana de gestação até o 7º dia completo de nascimento.

⁷ Diz-se que um evento é subnotificado quando, por um conjunto de fatores, é possível inferir que sua ocorrência é abaixo do esperado, não correspondendo à realidade, o que compromete a qualidade do indicador. No caso da subnotificação do parto domiciliar no Brasil, a subnotificação pode estar associada aos mesmos fatores – identificados por Waldman e Jorga (1999) para o caso de acidentes e violências – : a falta de conhecimento [...] da importância e dos procedimentos necessários para a notificação, [...] a ausência de adesão à notificação [...], falta de percepção dos profissionais, da relevância em saúde pública, [dos eventos] submetidos à vigilância.

latorial SIA-SUS para registro do parto domiciliar: 029 – Assistência ao parto sem distócia por parteira(o); e 030 – Assistência ao parto sem distócia por enfermeira(o) obstétrica(o). O Quadro 1, que está longe de espelhar a realidade, apresenta dados do SIA-SUS sobre os partos domiciliares realizados por parteiras tradicionais que foram notificados ao SUS, nos anos de 2001 a 2007.

Quadro 1 – Número de partos domiciliares realizados por parteiras tradicionais notificados ao SUS, 2001–2007, por região

REGIÃO	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
NORTE	4.507	6.355	5.477	3.670	4.477	4.934	6.687
NORDESTE	33.727	33.576	34.360	26.842	22.204	9.114	7.797
SUDESTE	449	277	996	-	-	-	-
SUL	126	159	3	-	-	-	-
CENTRO-OESTE	697	231	144	80	29	-	-
TOTAL	39.506	40.598	40.980	30.592	26.710	14.048	14.484

Fonte: DATASUS/MS Tabnet SIA-SUS, produção ambulatorial do SUS, quantidade apresentada, acessado em fevereiro/2009.

No Quadro 1, observa-se uma diminuição do número de partos domiciliares notificados ao SUS. Acredita-se, entretanto, que isso se deve muito mais a um aumento progressivo da subnotificação de tais partos do que a uma real diminuição da ocorrência destes. Para entender melhor esta situação, faz-se necessário a realização de estudos, que orientem as ações dos gestores locais.

Estima-se que existe um número expressivo de parteiras tradicionais, principalmente nas regiões Norte e Nordeste. Entretanto, não se dispõe de dados que expressem o real quantitativo das parteiras, pois existe um cadastramento insuficiente destas por parte das secretarias estaduais e municipais de saúde, visto que ainda é predominante a situação de não articulação do trabalho das parteiras tradicionais com o sistema de saúde formal.

Vale ressaltar que a ocupação parteira consta da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) edição 2002 do Ministério do Trabalho e Emprego, sob o código 5151-15, na família ocupacional agentes comunitários de saúde e afins.

A CBO é o documento normalizador do reconhecimento, da nomeação e da codificação dos títulos e conteúdos das ocupações do mercado de trabalho brasileiro. É ao mesmo tempo uma classificação enumerativa e uma classificação descritiva.

A edição 2002 da CBO contém as ocupações do mercado brasileiro organizadas e descritas por famílias. Cada família constitui um conjunto de ocupações similares correspondente a um domínio de trabalho mais amplo que aquele da ocupação.

Igualmente, a ocupação parteira leiga consta do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde. Atualmente, encontram-se cadastradas no CNES 846 parteiras leigas, dados referentes a agosto/2010 (BRASIL, 2009a). Nesse banco de dados, também é evidente o subcadastro, visto que muitos estados e municípios onde foram realizadas ações de capacitações, por meio do Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais, não apresentam cadastros de parteiras. Por exemplo, no Estado do Amapá, em 2000, a Agência de Promoção da Cidadania identificou, aproximadamente, 1.531 parteiras tradicionais atuantes.

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), realizada em 1996, mostrou uma alta incidência de partos domiciliares nas áreas rurais (20%). Os dados sobre assistência médica ao parto levantados nessa pesquisa apontaram que, para o País, como um todo, 78% das crianças nascidas nos cinco anos anteriores à pesquisa foram assistidas por um médico na ocasião do nascimento. Enfermeiras, auxiliares de enfermagem e parteiras foram responsáveis por cerca de 20% dos partos. Nas áreas rurais e nas regiões Norte e Nordeste, a porcentagem de partos assistidos por médico caiu para valores em torno de 55%, aumentando a representatividade de enfermeiras e de parteiras para cerca de 40% (SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL, 1997).

A PNDS realizada em 2006 indicou que 98% dos nascidos vivos nos cinco anos anteriores à pesquisa o fizeram em ambiente hospitalar. As maiores porcentagens de parto domiciliar foram observadas entre mulheres com nenhuma escolaridade (8,4%), entre aquelas que não realizaram pré-natal (32%), na área rural (3,5%) e, principalmente, na Região Norte (7,5%) (BRASIL, 2008a).

Segundo a PNDS 2006, a grande maioria dos partos foi assistida por médico (89%). Esta assistência só foi conduzida por enfermeira em 8,3% dos casos, fato mais frequente nas regiões Norte (21%) e Nordeste (14%). Os partos assistidos por parteiras tradicionais, nas regiões Norte e Nordeste, representam, respectivamente, 5,8% e 3,6% dos nascidos vivos (BRASIL, 2008a).

As regiões Norte e Nordeste são historicamente conhecidas por abrigarem os municípios com maiores problemas de exclusão social. Nessas regiões estão localizadas, igualmente, as áreas com menor cobertura de serviços de saúde, levando-se em consideração o conjunto dos três níveis de atenção: atenção básica, de média e de alta complexidade.

No contexto determinante para a elaboração do Programa, despontam realidades como a da cidade de **Marechal Thaumaturgo**, localizada na região do Alto Juruá, no Acre:

[...] situada numa altaneira ponta de terra firme, no encontro do rio Amazonas com o rio Juruá, que até 2000 contava com um único telefone público, sem serviço de correios nem banco, sem juiz nem padre, sem transporte regular fluvial ou aéreo (não há estradas), sem rede de esgotos e sem água encanada potável. De Thaumaturgo a Cruzeiro do Sul – a articulação entre o município e o resto do País – levam-se 45 minutos de teco-teco ou três dias de barco pelo sinuoso Juruá. (ALMEIDA et al., 2002, p. 105).

Na **região do Alto Juruá**, cerca de 24,6% dos partos são domiciliares, segundo dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – Sinasc-AC/2002, sendo que, em Marechal Thaumaturgo, município que só por curtos períodos de tempo conta com médico(a) ou enfermeira(o) (mas que possui cerca de 70 parteiras tradicionais cadastradas), esse percentual chega a 85,8%. A Região do Alto Juruá se encontra na área do Acre ocidental, onde foi criada, em 1990, a primeira reserva extrativista do País, composta por cinco municípios (Cruzeiro do Sul, Mâncio Lima, Rodrigues Alves, Marechal Thaumaturgo, Porto Walter), onde convivem, lado a lado, vários grupos indígenas e seringueiros, e onde a diversidade biológica se revelou uma das maiores do globo (ACRE, 2003; CUNHA; ALMEIDA, 2002).

No **Arquipélago do Bailique**, 100% dos partos são assistidos por parteiras tradicionais. O arquipélago pertence ao município de Macapá (AP) e só é possível ser acessado por via fluvial, após algo em torno de 10 horas de viagem, partindo-se do centro urbano de Macapá. Em Bailique não há médicos(as) e nem enfermeiras(os), mas existem aproximadamente 50 parteiras cadastradas (AMAPÁ, 2001).

Na **região do Médio Solimões**, localizam-se as **Reservas de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá (RDSM) e Amanã (RDSA)**, consideradas a maior área protegida de conservação de florestas inundáveis. A região está localizada no Estado do Amazonas e é composta pelos municípios de Tefé, Alvarães, Uarini, Maraã, Jutai, Japurá e Fonte Boa, compreendendo uma população total de 146.312 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, [2009]). A população que habita as reservas compreende cerca de 10.000 pessoas e está distribuída em pequenas comunidades, com 20 famílias em média, que ficam localizadas ao longo dos rios Solimões, Japurá e seus afluentes. Como os serviços e as ações de saúde concentram-se nos centros urbanos, essa população ribeirinha precisa percorrer grandes distâncias em pequenas embarcações com motores de fraca potência, levando, em alguns casos, mais de 20 horas de deslocamento da sua comunidade ao centro de atendimento (SOCIEDADE CIVIL MAMIRAUÁ, 2003, 2006, 2009).

O **município de Melgaço**, localizado no **Arquipélago do Marajó**, no Estado do Pará, é um dos municípios de menor IDH do estado e está entre os mais pobres do Brasil:

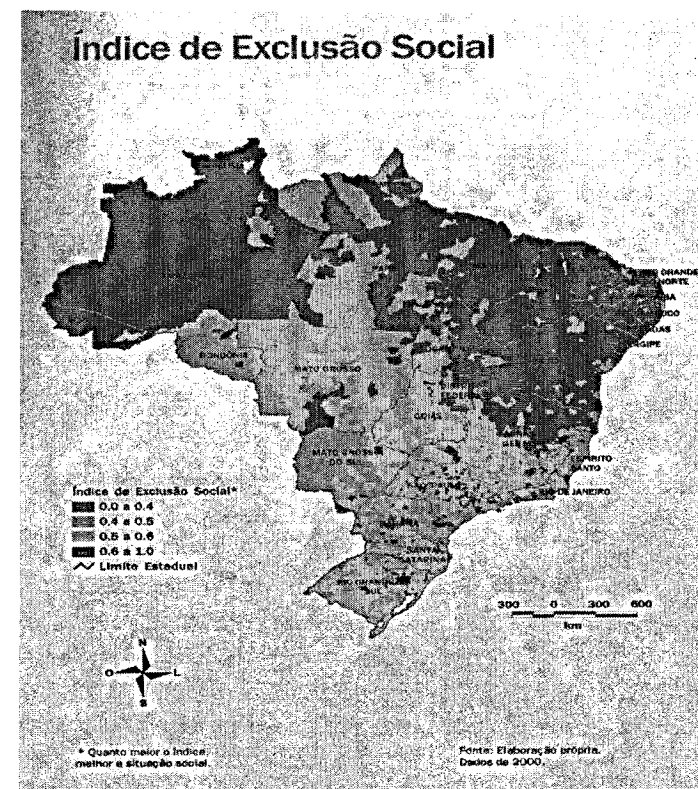
No que diz respeito aos serviços de saúde, o município possui apenas uma unidade básica de saúde, e quase 100% dos partos são assistidos por parteiras tradicionais (GRUPO CURUMIM, GESTAÇÃO E PARTO, 2002a, 2002b). Segundo Mascelani (2002), nas diversas capacitações para parteiras tradicionais dessa região, realizadas pelo Grupo Curumim, Gestação e Parto, as parteiras relataram suas histórias de vida e suas experiências e dificuldades como parteiras em localidades desassistidas pelo sistema formal de saúde:

Contavam das noites sem dormir, do susto quando um 'compadre' vinha de longe busc -las de canoa para fazer um parto numa ilha ou num igarapé distante. E também de suas vitórias e alegrias quando tudo dava certo e tanto as mães como as crianças sobreviviam cheias de saúde e histórias para contar. (MASCELANI, 2002, p. 113)

A **Mesorregião Geográfica do Marajó** compreende 16 municípios, que compõem uma população total de 467.822 habitantes, segundo o IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, [2009]). A densidade demográfica é de cerca de 4.05 habitantes/km². É a região mais pobre do Estado do Pará junto com a região do Tapajós.

Segundo Pochmann e Amorim (2004), os habitantes de aproximadamente 42% do total de municípios do País (o que equivale a 21% da população brasileira), vivem em localidades associadas às situações de exclusão social. Por outro lado, apenas cidadãos de 200 municípios (3,6% do total), o que representa 26% do total da população, residem em áreas que apresentam padrão de vida adequado. A produção e a reprodução da exclusão estão sujeitas a intensidades, alcances e modalidades diferenciados nas regiões Norte e Nordeste, por um lado, e nas regiões Centro-Sul, por outro. Nas primeiras, constata-se uma ampla "selva" de exclusão, marcada pela pobreza e também pela fome, que atingem famílias numerosas, jovens, população pouco instruída e sem experiência assalariada formal. Já nas regiões Centro-Sul observa-se uma "selva" de exclusão pontuada por alguns "acampamentos" de inclusão, onde a pobreza atinge principalmente famílias pouco numerosas, com número reduzido de crianças e jovens, sendo os indivíduos que as compõem relativamente escolarizados e detentores de experiência de assalariamento formal (POCHMANN; AMORIM, 2004).

No mapa a seguir, a representação do  ndice de exclusão social:



Com relação à cobertura da atenção básica, atualmente, o percentual de cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), que é entendida como uma estratégia de reorientação da atenção básica, é de 50,7%, contando com 30.328 equipes de Saúde da Família, distribuídas em 5.251 municípios, o que representa um percentual de 94,4% dos municípios brasileiros com a estratégia implantada, de acordo com os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica de dezembro de 2009. O número de Agentes Comunitários de Saúde é ainda mais significativo, chegando a 60,8% de cobertura de ACS.

A distribuição dos estabelecimentos de saúde   marcadamente desigual entre as regiões e os estados. As diferenças ficam mais observáveis quando examinamos a distribuição de estabelecimentos de acordo com os tipos de serviços de saúde, assim definidos como serviços de atenção básica, de m dia e de alta complexidade. Ocorreu aumento de 49% de estabelecimentos cadastrados no Brasil entre 2004 e 2006 e estes estão mais concentrados na região Sudeste e nos municípios mais populosos (BRASIL, 2006d).

A proporção de estabelecimentos de saúde cadastrados em janeiro de 2006 no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde, apresentou a seguinte distribuição em ordem decrescente: Sudeste, 39,0%; Nordeste, 25,2% (para este percentual no Nordeste, contribuem significativamente os serviços de atenção básica); Sul, 20,94%; Centro-Oeste, 9%; Norte, 5,1% (BRASIL, 2006d). Em 2010, a proporção mantém desigualdades: Sudeste, 44,9%; Nordeste, 20,94%; Centro-Oeste, 8,7%, Norte, 4,4% (BRASIL, 2010).

No caso da Amazônia brasileira, a rede assistencial de saúde da região, predominantemente pública (66,1%), é ainda incipiente. As unidades públicas representam apenas 16% do total das unidades do País. Os municípios que contam com população acima de 100 mil habitantes representam 9,7% do total de municípios, e é neles que estão aproximadamente 29,3% do total de serviços de saúde da região. A participação das unidades federais de saúde é de 5,4% e das estaduais é de 8,2%. Esses dados demonstram a forte desconcentração do sistema de saúde para o âmbito municipal. (BRASIL, 2004c, 2006d, 2006e).

Na Região Norte a distribuição de médicos é de 0,57 médicos/1.000 habitantes; no Maranhão 0,49 médicos/1.000 habitantes e no Mato Grosso 0,79 médicos/1.000 habitantes, enquanto que a média brasileira é de 1,42 médicos/1.000 habitantes. Vale destacar ainda, que em alguns municípios da região não existem profissionais médicos e, em vários estados, profissionais estrangeiros exercem a profissão, muitos sem respaldo legal (BRASIL, 2004c, 2006e).

Outro aspecto que deve ser considerado é o referente às reais dificuldades para a fixação de profissionais de saúde, principalmente médicos(as) e enfermeiras(os), no interior do País. De acordo com a OMS, o Brasil possui uma situação confortável na relação médico/habitante, chegando à relação de um médico por 1.712 habitantes. No entanto, na região Amazônica, por exemplo, essa média cai marcadamente, chegando a um médico por 8.400 habitantes (BRASIL, 2004c).

Apesar da região Nordeste ter acompanhado a evolução de expansão da estratégia Saúde da Família (ESF) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), observada nestes últimos anos, inclusive tendo os maiores índices de cobertura do Brasil (70,69% de cobertura de SF e 83,87% de cobertura de ACS), ainda há muito que avançar em termos de qualidade e resolubilidade da atenção ofertada à saúde.

Dados de dezembro de 2009 mostram que a cobertura de equipes de SF na Região Norte do Brasil ainda está muito aquém do almejado, sendo somente 50,5% do território assistido por essas equipes de saúde, conforme demonstrado no Quadro 2. Esta situação, aliada a todas as características e aos outros problemas peculiares desta região, tal como a baixa densidade populacional (4 habitantes/km²), contribui para a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, permanecendo ainda distante o alcance do princípio da universalidade do SUS.

Quadro 2 – Evolução do credenciamento e implantação da Estratégia Saúde da Família na Região Norte, no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2009

Ano	Mês	População	Agentes Comunitários de Saúde			Equipe de Saúde da Família		
			Nº de Municípios com ACS	Implantados	Proporção de cobertura populacional estimada	Nº de Municípios com ESF	Implantados	Proporção de cobertura populacional estimada
2008	1	15.591.792	438	26.138	78,29	415	2.078	44,01
2008	2	15.591.792	437	26.266	78,24	415	2.081	43,99
2008	3	15.591.792	434	26.229	78,18	413	2.076	43,87
2008	4	15.591.792	444	26.552	79,12	420	2.074	43,76
2008	5	15.591.792	444	26.948	80,12	423	2.128	44,96
2008	6	15.591.792	444	27.509	81,1	425	2.158	45,57
2008	7	15.591.792	448	27.898	81,88	427	2.198	46,41
2008	8	15.591.792	449	28.131	82,23	430	2.221	46,92
2008	9	15.591.792	447	28.404	82,66	427	2.238	47,28
2008	10	15.591.792	447	28.569	82,85	427	2.246	47,41
2008	11	15.591.792	445	28.681	83,06	425	2.238	47,25
2008	12	15.591.792	445	28.681	83,06	425	2.238	47,25
2009	1	15.195.860	444	28.818	82,99	424	2.248	48,05
2009	2	15.195.860	442	28.452	82,78	421	2.217	47,65
2009	3	15.195.860	441	28.496	82,82	423	2.248	48,03
2009	4	15.195.860	445	28.448	82,51	430	2.264	48,38
2009	5	15.195.860	445	28.724	83,24	427	2.290	48,74
2009	6	15.195.860	447	28.709	83,38	431	2.305	49,13
2009	7	15.195.860	447	28.642	82,78	432	2.323	49,36
2009	8	15.195.860	447	28.736	82,55	434	2.328	49,5
2009	9	15.195.860	447	28.881	82,36	435	2.353	50,01
2009	10	15.195.860	448	29.071	83,06	437	2.368	50,36
2009	11	15.195.860	447	29.050	82,89	436	2.373	50,29
2009	12	15.195.860	447	29.176	82,86	437	2.387	50,55

Fonte: Departamento de Atenção Básica/ Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde
Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf.php Acesso em: fevereiro 2010.

1.2 Objetivos

O Ministério da Saúde tem como uma de suas prioridades a atenção integral à saúde da mulher e da criança. No que se relaciona particularmente à melhoria da assistência obstétrica – com vistas à redução da morbimortalidade materna e neonatal e à ampliação do acesso, da qualificação e da humanização da atenção pré-natal, ao parto, ao nascimento, ao puerpério, ao recém-nascido e à situação de abortamento – o Ministério vem desenvolvendo um conjunto de estratégias, incluindo-se entre elas a melhoria da atenção ao parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais.

Objetivos do Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais

- ❖ Reconhecer, valorizar e resgatar o trabalho das parteiras tradicionais na atenção à saúde da mulher e do recém-nascido, no parto e nascimento domiciliar;
- ❖ Articular o parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais ao SUS, garantindo as condições materiais, apoio logístico e rede de referência necessários para o exercício de tal prática com segurança e qualidade;
- ❖ Garantir os direitos sexuais e os direitos reprodutivos das populações rurais, ribeirinhas, de floresta, residentes em locais de difícil acesso e para as populações tradicionais quilombolas e indígenas;
- ❖ Melhorar o acesso às ações e aos serviços de saúde para as populações em situação de exclusão social e isolamento geográfico, bem como para populações com especificidades étnico-culturais;
- ❖ Qualificar e humanizar a atenção ao parto e nascimento domiciliar.

1.3 Histórico das ações do Ministério da Saúde com relação ao parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais

Ao estudar a história das ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde em relação ao parto e nascimento assistidos por parteiras tradicionais correspondente ao período de 1943 a 1994, tem-se como principal fonte as informações contidas no manual *Diretrizes Básicas de Assistência ao Parto Domiciliar por Parteiras Tradicionais*, do Ministério da Saúde de 1994 (BRASIL, 1994c).

Segundo essa fonte, sempre estiveram presentes no País atividades desenvolvidas com as parteiras tradicionais, seja por meio da atuação de Organizações Não Governamentais (ONG), seja por instituições públicas. No âmbito do setor público, destacou-se a Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP), que posteriormente foi incorporada à Fundação Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Desde 1943, a FSESP iniciou o treinamento e a supervisão de parteiras tradicionais na região Amazônica, estendendo sua atuação aos estados de Minas Gerais, Espírito Santo (Vale do Rio Doce) e, posteriormente, ao Nordeste e Centro-Oeste (BRASIL, 1994c).

No Estado do Pará, desde 1960, vários municípios desenvolviam ações em relação ao parto domiciliar assistido por parteiras tradicionais.

Em Recife, no ano de 1964, foi criado o Programa de Parteiras Leigas, no Centro de Saúde Amaury Medeiros, integrado à Universidade de Pernambuco e à Fundação do Ensino Superior de Pernambuco.

No Ceará, a partir de 1975, o professor Galba de Araújo implementou em áreas periurbanas e rurais o Programa de Atenção Primária de Saúde (Paps), resultante de esforços integrados da Universidade Federal do Ceará, da Secretaria de Saúde do Estado, da Fundação Kellogg e do extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – Inamps. Tal Programa fundamentava-se no aproveitamento dos recursos humanos da comunidade, onde a parteira era componente ativo e de grande importância.

No decorrer de 1981/1982, a então Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil/MS apresentou as primeiras linhas oficiais do Ministério da Saúde sobre a assistência ao parto domiciliar, visando à redução dos óbitos maternos e perinatais.

Em 1984, surgiu o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), do Ministério da Saúde, que introduziu um novo enfoque nas políticas públicas voltadas para a saúde da mulher, centrado na integralidade e equidade das ações e com ênfase na função educativa dos serviços, para promover mais conhecimento da mulher sobre o seu próprio corpo, sua saúde e sua sexualidade. O PAISM propôs uma abordagem global da saúde da mulher em todas as fases do seu ciclo vital, e não só no ciclo gravídico-puerperal. Entre as diretrizes recomendadas pelo PAISM encontrava-se: "a adoção de medidas visando à melhoria da qualidade do parto domiciliar realizado pelas parteiras tradicionais, através do treinamento, supervisão, fornecimento de material de parto e estabelecimento de mecanismos de referência" (BRASIL, 1984, p. 22).

Em 1985, surgiu um novo documento de referência nacional intitulado *Diretrizes para Atuação da Parteira Tradicional*, que foi desenvolvido nos estados com ações de cadastramento, capacitação e supervisão em áreas de periferia urbana e área rural.

Em 1991, o Ministério da Saúde por meio da Fundação Nacional de Saúde, em parceria com ONGs, com a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetria (FebRASGO), com o Unicef e outras entidades, elaborou o Programa Nacional de Parteiras Tradicionais. Este Programa apresentava o seguinte pressuposto:

[...] como ponto de partida a visão do nascimento em condições dignas e seguras como um direito de cidadania [...]. O Programa Nacional de Parteiras se propõe a resgatar e apoiar o tradicional trabalho das parteiras em sua comunidade para que proporcione atenção à saúde da mulher nos períodos da gestação, parto e pós-parto. Este programa tem como base o aproveitamento das parteiras tradicionais cuja atuação já é reconhecida pela comunidade, oferecendo-lhes melhores condições de trabalho, além da sua capacitação e reciclagem (BRASIL, 1991, p. 3).

Em 1994, a Coordenação Materno-Infantil do Ministério da Saúde propôs um conjunto de diretrizes básicas de assistência ao parto domiciliar realizado por parteiras tradicionais e elaborou três manuais: *Diretrizes Básicas de Assistência ao Parto Domiciliar por Parteiras Tradicionais* (BRASIL, 1994c), que contém as diretrizes preconizadas para tal assistência; *Assistência ao Parto Domiciliar por Parteiras Tradicionais – Módulos das Ações Básicas de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança* (BRASIL, 1994b), para apoiar a capacitação das parteiras tradicionais; e *Assistência ao Parto Domiciliar por Parteiras Tradicionais – Manual para Monitores e Supervisores* (BRASIL, 1994a), para apoiar a capacitação e a sensibilização dos profissionais de saúde.

Nos anos que se seguiram até o ano 2000, observou-se uma ausência do Ministério da Saúde em relação a esta questão. No ano 2000, com a elaboração do Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais, o Ministério da Saúde retoma a responsabilidade de apresentar diretrizes e induzir políticas públicas voltadas para a melhoria do parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais (ABREU, 2005).

2 A Humanização do Parto e do Nascimento

2.1 Um pouco da história da assistência ao parto

A arte de partejar é uma atividade que acompanha a história da própria humanidade. Por muitos milênios foi considerada uma atividade eminentemente feminina, tradicionalmente realizada pelas parteiras, que também cuidavam do corpo feminino e dos recém-nascidos. As parteiras eram depositárias de um saber popular, que foi produzindo lendas e crendices sobre o corpo gravídico, associadas à natureza (BRENES, 2005). Portanto, durante muito tempo, as mulheres em trabalho de parto eram ajudadas por outras mulheres, que podiam ser do seu ambiente mais próximo (parentes, vizinhas ou amigas), ou mulheres reconhecidas pela sua experiência ou competência para tal acompanhamento – as parteiras.

No tempo da caça às bruxas

Vários autores afirmam que no processo de caça às bruxas houve a execução de milhares de pessoas na Europa Ocidental, das quais 70% a 90% eram mulheres, principalmente no período de 1563 a 1727. Ehrenreich e English (1976) argumentam que a história da caça às bruxas e a extinção das curandeiras devem ser vistas como parte da história da exclusão das mulheres da prática curativa, já que na Europa Ocidental havia uma antiga tradição de mulheres sábias – as curandeiras, as parteiras e as herboristas. Para as autoras, a caça às bruxas fez parte de uma estratégia do Estado e da Igreja para monopolizar o saber acerca da cura de doenças e legitimá-lo como saber médico através das universidades criadas no Renascimento.

A medicina, ao tornar-se uma profissão alicerçada pela autoridade da linguagem técnica e da educação universitária, transformou-se em uma atividade reservada aos homens, de forma que a situação das parteiras e das curandeiras tornou-se uma ameaça ao monopólio do saber. A caça às bruxas não conseguiu acabar com as curandeiras e parteiras, mas teve como consequência a transformação de sua prática em atividade suspeita (VIEIRA, 2002).

No final do século XVI, a profissão de parteira começou a sofrer um declínio, devido à utilização do fórceps obstétrico, que foi inventado pelo cirurgião inglês Peter Chamberlen (1540–1596). O fórceps trouxe mudanças radicais à assistência obstétrica, substituindo paulatinamente a embriotomia e desafiando a noção do parto como um ato comandado pela vontade divina e introduzindo a noção do parto como um ato controlado pela vontade humana (OSAVA; TANAKA, 1997; LITOFF, 1982). Apesar disso, até o século XVI persistiu um forte sentimento contrário ao ingresso dos homens na arte de partejar, exceto em casos extremos, quando a assistência cirúrgica era necessária.

O paradigma mecanicista

A visão de mundo e o sistema de valores que estão na base de nossa cultura, assim chamada racionalidade científica moderna, foram formulados em suas linhas essenciais

ciais nos séculos XVI e XVII – a Idade da Revolução Científica. Esse novo paradigma, que passou a ser conhecido como newtoniano-cartesiano ou mecanicista, tem como características fundamentais (CAPRA, 1996; LUZ, 1988; TAVARES, 1993):

- ❖ **O mecanicismo** – concepção do universo, da natureza, do homem, como se fossem máquinas, governados por leis matemáticas exatas.
- ❖ **O empirismo** – apenas o conhecimento construído a partir de fatos concretos, passíveis de serem percebidos pelos sentidos e passíveis também de serem medidos e quantificados, teria valor científico.
- ❖ **O determinismo** – uma vez conhecendo-se as leis que causam os fenômenos seria possível determinar com precisão a sua evolução.
- ❖ **A fragmentação** – a decomposição do objeto de estudo em suas partes componentes, perdendo-se, muitas vezes, a visão do todo.
- ❖ **O reducionismo** – a perda da visão sistêmica e complexa dos processos.
- ❖ **A separação entre mente/corpo, sujeito/objeto, ser humano/natureza, razão/intuição.**

No campo da biologia, o paradigma mecanicista se concretiza na compreensão de que os organismos vivos funcionam como máquinas, constituídas de partes separadas, e de que é possível compreender o seu funcionamento pelo estudo isolado de cada parte. A fragmentação exagerada faz com que muito se saiba sobre as partes componentes dos organismos vivos, mas pouco se conheça sobre suas funções enquanto totalidades integradas e suas interações com o meio ambiente (CAPRA, 1996).

A medicina adotou esta concepção reducionista da biologia, constituindo-se o modelo biomédico, ainda predominante nas práticas de saúde, que enfoca o processo saúde/doença sob uma ótica puramente biológica/corporal, desconsiderando os aspectos psicológicos, culturais, sociais e econômicos. Ao concentrar-se em partes cada vez menores do corpo, a medicina moderna perde de vista o ser humano como um todo e sua inter-relação com o contexto em que vive.

O nascimento da obstetrícia como disciplina científica ocorreu na França, nos séculos XVII e XVIII, tornando-se uma especialidade da medicina. Isto viria a desapropriar, paulatinamente, as parteiras do direito de exercício de seu ofício e negar a validade de seu saber, consolidando a entrada dos homens no cenário do parto. Acirram-se os conflitos entre os médicos e as parteiras/obstetizes e a disputa entre estes dois atores pela assistência ao parto, conflitos estes que persistem até os tempos atuais.

O nascimento da medicina moderna

A medicina moderna nasce em torno dos últimos anos do século XVIII. Assim sendo, o século XIX assiste à consolidação de um novo tipo de prática médica: a medicina como saber científico, que surge no momento histórico da formação da sociedade capitalista, no interior da qual constitui-se o projeto de medicalização dos corpos. É nesse contexto que a medicalização do corpo feminino se insere.

Cada vez mais, na nossa cultura, acentuou-se o poder da medicina de transformar eventos fisiológicos, como a menstruação, a gravidez e a menopausa, em doenças e o parto em evento cirúrgico.

A institucionalização do parto

Até o final do século XIX, os partos ocorriam, em sua grande maioria, em domicílios e eram assistidos por obstetizes/parteiras (TANAKA, 1995). Naquele momento, as maternidades não constituíam um lugar seguro para as mulheres darem à luz. Em 1878, estimou-se que as mulheres inglesas tinham ampliadas em seis vezes as suas chances de morrer ao darem entrada nas maternidades, em decorrência de infecção puerperal.

Somente após a Segunda Guerra Mundial o parto foi progressivamente institucionalizado, quando os médicos – por meio da incorporação de novos conhecimentos e habilidades nos campos da cirurgia, da assepsia, da anestesia, da hemoterapia e da antibioticoterapia – conseguiram diminuir, significativamente, os riscos do parto hospitalar e a morbimortalidade materna e neonatal (TANAKA, 1995).

A institucionalização do parto levou à medicalização e perda da autonomia da mulher como condutora do seu processo de parir. Dessa forma, o modelo de atenção ao parto e nascimento atual é marcado pela medicalização, pelo abuso de práticas invasivas e desnecessárias, potencialmente iatrogênicas, e pela prática abusiva da cesariana. Ocorre o isolamento da gestante de seus familiares, a falta de privacidade e o desrespeito à sua autonomia. De uma maneira geral, rotinas rígidas são adotadas sem a avaliação crítica caso a caso, ao mesmo tempo em que práticas adequadas para um bom acompanhamento do trabalho de parto não são realizadas, como o uso do partograma (BRASIL, 2001b).

O assim chamado “parto tecnocrático”, em que soluções meramente técnicas e/ou racionais desprezam os aspectos relacionais, emocionais, sociais e culturais, fundamenta-se na noção de que o corpo feminino é uma máquina incompleta e necessita de intervenções. Foi estabelecida a separação corpo/mente e a mulher foi colocada numa postura passiva e temerosa em relação ao seu parto. O parto é considerado um “ato médico” e de domínio das instituições de saúde, destituindo-se a mulher do seu papel de protagonista. Configura-se a visão distorcida de que é o profissional de saúde quem “faz” o parto (BRASIL, 2001b; CARNEIRO; VILELA, 2003).

A hospitalização e o maior domínio das técnicas ampliaram as possibilidades de intervenção, tendo como um de seus resultados o progressivo aumento de operações cesarianas desnecessárias, aumentando os riscos à saúde para as mulheres e bebês e implicando, ainda, em elevação de custos para o sistema de saúde. (FAUNDES; CECATTI, 1991b; TANAKA, 1995).

As taxas de cesárea no Brasil estão muito acima do preconizado pela OMS (15%). Há evidências de que, quanto mais as taxas se distanciam dos 15% preconizados, seja para mais ou para menos, mais forte fica sua associação com a mortalidade materna e

neonatal. Configuram-se duas situações: a primeira no SUS, onde são atendidos mais de 70% dos partos, com as taxas de 30,1% em 2006 e 31,8% em 2007; e a segunda no setor de saúde suplementar, onde a taxa foi de cerca de 82,3% em 2008 (BRASIL, 2009). As taxas no SUS e no sistema privado compõem uma taxa nacional de 45,9% dos partos hospitalares informados no País em 2006. A taxa de cesáreas no SUS e a calculada a partir do Sinasc têm aumentado progressivamente desde 1999 (BRASIL, 2008c).

Nesse contexto de institucionalização do parto, de uso abusivo de práticas intervencionistas e cirúrgicas e de afirmação da ciência como o modo socialmente dominante de produção de verdades, o trabalho realizado pelas parteiras tradicionais passa a ser considerado como uma espécie de trabalho inferior, associado à pobreza e à ignorância e passa a ser exercido de forma marginal e "clandestina" (BESSA, 1997).

Apesar da desvalorização deste modelo de atenção ao parto pelo sistema formal de saúde, o trabalho da parteira tradicional permanece como um recurso importante, muitas vezes imprescindível, para a assistência à saúde da mulher e da criança em comunidades rurais, ribeirinhas, de florestas, povos indígenas, quilombolas e outras comunidades que residem em locais de difícil acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 1994c, 2003, 2004a, 2004b; BESSA, 1997; CHAMILCO, 2001; DIAS, 2002).

2.2 O movimento pela humanização do parto e do nascimento

Há cerca de 25 anos, como reação ao "parto tecnocrático" e ao uso irracional de tecnologia no parto, inicia-se um movimento internacional e nacional, com a participação de profissionais de saúde e da área das ciências sociais, ativistas feministas, entre outros segmentos, pela utilização de tecnologia apropriada ao parto, pela primazia das relações humanas sobre a tecnologia, e pela eliminação de intervenções potencialmente danosas na atenção ao parto e ao nascimento, movimento este chamado de *humanização do parto* (DINIZ, 2005).

Desde então, vários autores e pesquisadores internacionais e nacionais têm se destacado na crítica ao modelo hegemônico de assistência ao parto e na proposição de um novo modelo de atenção, centrado na autonomia da mulher, na garantia de seus direitos e no estímulo ao parto normal. Encontram-se entre tais profissionais:

❖ **Roberto Caldeyro-Barcia**, médico, pesquisador de ponta da fisiologia obstétrica, publicou em 1979, *Bases fisiológicas y psicológicas para el manejo humanizado del parto normal*, que se constituiu um referencial na literatura. Descreve o modelo de assistência como inadequado e propõe mudanças na compreensão das dimensões anátomo-fisiológicas e emocionais do parto. O texto questiona a representação da mulher como vítima de sua natureza, e do corpo feminino como "normalmente patológico", evidenciando o viés de gênero da interpretação médico-obstétrica.

❖ **Frédérick Leboyer**, obstetra francês que publicou, em 1974, *Pour une Naissance sans Violence*, resgatando a discussão do recém-nascido como um ser sensível e

sobre a importância de propiciar um ambiente físico e emocional acolhedor ao nascimento. Leboyer lançou uma crítica à forma violenta com que o bebê era recebido: pendurado de cabeça para baixo e levando palmadas para respirar, numa sala com intensa iluminação e barulhenta. Ele sustentou que o parto é um processo simples e natural e que o bebê deveria ser recebido num ambiente acolhedor, colocado sobre o peito da mãe para ser acariciado e sentir-se protegido. Recomendou o corte do cordão umbilical depois do contato pele a pele do bebê com a mãe, quando ele já estivesse respirando por si mesmo, sem palmadas. O momento do nascimento é muito importante para o estabelecimento do vínculo mãe-filho-pai.

❖ **Michel Odent**, médico obstetra francês, que em diversas obras descreveu a fisiologia do parto, enfatizando que os momentos do parto e do nascimento são fundamentais para o estabelecimento de vínculos amorosos e para os alicerces da saúde humana. É bem conhecido como o obstetra que introduziu, num hospital público francês, o conceito de salas de parto à semelhança de lares e de piscinas de parto. É o fundador do Centro de Pesquisas em Saúde Primal, em Londres, cujo objetivo é estudar as correlações entre o que acontece no "período primal" (da concepção até o primeiro aniversário) e a saúde e comportamento mais tarde na vida. É também um dos nomes mais importantes na campanha mundial pela humanização do parto.

❖ **Robbie Davis Floyd**, antropóloga americana e ativista do parto natural, especializada em assuntos de gênero, reprodução e rituais, cuja obra discute os paradigmas tecnocrático, humanístico e holístico de assistência ao parto. Para além da sua atuação no âmbito dos movimentos civis ligados ao parto e ao nascimento, Robbie Davis-Floyd é pesquisadora do Departamento de Antropologia da Faculdade de Austin, Texas, e tem escrito vários trabalhos importantes, entre eles o livro *Birth as an American Rite of Passage*, no qual utiliza a noção de 'rito de passagem', desenvolvida pelo antropólogo Arnold Van Gennep, para mostrar o quanto o parto medicalizado afirma os valores dominantes da sociedade industrial e patriarcal sobre a mulher. Esse livro tem sido uma referência para os ativistas do movimento de humanização do parto no Brasil e para os estudiosos das questões ligadas ao parto.

❖ **José Galba de Araújo**, médico ginecologista e obstetra brasileiro que atuou no Ceará e conquistou destaque nacional e internacional, pela utilização dos recursos humanos disponíveis regionalmente no atendimento às gestantes, como o incentivo ao treinamento de parteiras, a busca pela melhoria na qualidade de assistência ao parto domiciliar e a identificação das gestantes de alto risco. Publicou, em 1987, *Parteiras Tradicionais na Atenção Obstétrica no Nordeste*. Uma de suas maiores preocupações era conciliar a tecnologia, costumes e tradições regionais na assistência ao parto.

❖ **Moisés Paciornick**, médico ginecologista e obstetra brasileiro que atuou no Paraná, e publicou, em 1979, *Parto de Cócoras – Aprenda a Nascer com os Índios*. Preconiza a adoção de técnicas simples que respeitem a fisiologia do parto e estimulem o parto normal e vertical, resgatando a importância do parto domiciliar e o valor de atores não médicos na assistência ao parto, como as parteiras tradicionais indígenas.

A crítica ao modelo tecnocrático se intensificou no Ano Internacional da Criança (1979), com a criação do Comitê Europeu para estudar intervenções a fim de reduzir a morbimortalidade perinatal e materna no continente. Detectavam-se, naquela época, os mesmos problemas de hoje: aumento de custos, sem a respectiva melhoria nos resultados da assistência; falta de consenso sobre os melhores procedimentos e a total variabilidade geográfica de opiniões (DINIZ, 2005).

O Comitê era composto, inicialmente, por profissionais de saúde e epidemiologistas e, posteriormente, por sociólogos, parteiras e usuárias. A partir desse trabalho, vários grupos se organizam para sistematizar os estudos de eficácia e segurança na assistência à gravidez, ao parto e ao pós-parto, apoiados pela OMS. Com isso, foi iniciada uma colaboração internacional, que desenvolveu a metodologia de revisão sistemática, dando os primeiros passos do que viria a ser o movimento pela medicina baseada em evidências (DINIZ, 2005).

A medicina baseada em evidências é um movimento internacional criado na segunda metade da década de 1980 e em poucos anos se estendeu ao mundo inteiro. Nasceu do reconhecimento de que boa parte da prática médica não é respaldada por estudos de qualidade sobre a segurança e a eficácia dos procedimentos utilizados, quer sejam os medicamentos, os exames, as cirurgias, entre outros (DINIZ; DUARTE, 2004).

Verificou-se que a medicina se baseia em muitos tipos de pesquisas tendenciosas (chamados de viés pelos cientistas) que às vezes favorecem práticas inúteis, arriscadas ou danosas. Com isso foi organizada uma iniciativa internacional para sistematizar o conhecimento científico "menos tendencioso" a respeito de cada procedimento médico, por especialidade. Essa iniciativa foi denominada Colaboração Cochrane, em homenagem ao médico britânico Archie Cochrane, que além de ser um dos criadores da medicina baseada em evidências, foi um grande defensor dos direitos dos pacientes (DINIZ; DUARTE, 2004).

Historicamente, a discussão sobre a humanização do parto e nascimento ganhou grande representatividade quando, em 1985, em Fortaleza/CE, representantes e convidados da OMS e da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) realizaram uma **conferência sobre tecnologias apropriadas para o parto**, resultando desse encontro a **Carta de Fortaleza** (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1985), texto que teve a capacidade de inspirar muitas ações de mudança.

Entre as recomendações registradas na **Carta de Fortaleza**, constam: 1. a participação das mulheres no desenho e na avaliação dos programas; 2. a liberdade de posição no parto; 3. a presença de acompanhantes; 4. a abolição de algumas práticas realizadas rotineiramente na assistência ao parto, como a aplicação de enemas, a tricotomia e a amniotomia; 5. o uso seletivo da episiotomia e da indução do parto com ocitócitos. Ainda na Carta em questão, argumenta-se que as menores taxas de mortalidade perinatal estão nos países que mantêm o índice de cesárea abaixo de 10% e afirma-se que nada justifica taxas maiores que 10% a 15% (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1985). Este texto foi publicado no prestigioso *The Lancet*.

Em 1989, o Grupo da Colaboração Cochrane de Gravidez e Parto, já com centenas de integrantes, publicou uma revisão exhaustiva dos procedimentos, e em 1993 publicou uma revisão sistemática de cerca de 40.000 estudos sobre o tema desde 1950, incluindo 275 práticas de assistência perinatal, que foram classificadas quanto à sua efetividade e segurança. Uma síntese desse trabalho foi publicada pela primeira vez pela OMS em 1996, sendo desde então conhecida como as *Recomendações da OMS* (DINIZ; DUARTE, 2004; DINIZ, 2005).

2.3 O guia para assistência ao parto normal da OMS

Em 1996, a OMS publicou o documento *Assistência ao Parto Normal: um guia prático – Relatório de um grupo técnico*, apresentando as recomendações baseadas em evidências científicas sobre as práticas relacionadas ao parto normal, objetivando garantir os direitos das mulheres, diminuir as intervenções desnecessárias e questionar procedimentos realizados sem nenhum critério científico, apenas por hábito ou rotina. No Brasil, essas recomendações da OMS foram publicadas pelo Ministério da Saúde e enviadas a cada um dos ginecologistas-obstetras e enfermeiras obstetras do País em 2000. Este guia classifica essas recomendações em quatro categorias:

- A) Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas.
- B) Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas.
- C) Práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão.
- D) Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado.

O guia em questão define o parto normal da seguinte forma: "definimos parto normal como de início espontâneo, baixo risco no início do trabalho de parto, permanecendo assim durante todo o processo, até o nascimento. O bebê nasce espontaneamente, em posição cefálica de vértice, entre 37 e 42 semanas completas de gestação. Após o nascimento, mãe e filho em boas condições." (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996, p. 4).

Ainda segundo o guia, estudos sobre a "assistência alternativa ao parto" em países desenvolvidos, mostram uma taxa média de 20% de encaminhamentos durante o trabalho de parto e a mesma proporção de encaminhamentos no decorrer da gestação. Em multiparas, as taxas de encaminhamento são muito menores do que em nulíparas. Nesses estudos, a avaliação de risco geralmente é muito metódica, o que leva ao encaminhamento de muitas mulheres que, posteriormente, têm um trabalho de parto normal.

O documento também define um conjunto mínimo de habilidades que um prestador de serviços de parto deve possuir:

Essas habilidades devem permitir, minimamente, que o prestador de serviços avalie fatores de risco, reconheça o início de complicações, execute observações maternas e monitore o estado do feto e do recém-nascido.

O prestador de serviços deve ser capaz de executar intervenções básicas essenciais e de cuidar do recém-nascido após o seu nascimento. Deve ser capaz de encaminhar a mãe ou o recém-nascido a um nível mais complexo de assistência, caso surjam complicações que exijam intervenções acima de sua competência. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996, p. 5).

O guia avalia que vários tipos de profissionais podem ser considerados para executar as tarefas mencionadas na citação anterior: o ginecologista-obstetra, o médico generalista, a enfermeira-parteira, o pessoal auxiliar e as parteiras treinadas; neste último caso, onde existe escassez de pessoal de saúde. No que se refere ao local do parto, afirma:

No caso de uma gestante de baixo risco, este local pode ser a sua casa, uma maternidade ou centro de parto de pequeno porte numa cidade, ou talvez a maternidade de um hospital de maior porte. Entretanto, deve ser um local onde toda a atenção e cuidados estejam concentrados em suas necessidades e segurança, o mais perto possível de sua casa e de sua própria cultura. Se o parto ocorrer no domicílio ou num centro de parto periférico pequeno, as providências pré-natais devem incluir planos de contingência para acesso a um centro de referência com uma equipe adequada. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996, p. 12).

2.4 Principais iniciativas do Ministério da Saúde no sentido da humanização do parto e do nascimento

Segundo o manual técnico do Ministério da Saúde *Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher* (BRASIL, 2001b), o conceito de atenção humanizada é amplo e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis e à prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Inicia-se no pré-natal e procura garantir que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, que evite as intervenções desnecessárias e que preserve sua privacidade e autonomia.

A humanização da atenção ao parto e ao nascimento deve ter como base os seguintes princípios e diretrizes (BRASIL, 2001b, 2006a, 2007a):

- ❖ O resgate dos processos de gestação, do parto, do puerpério e do nascimento como experiências humanas das mais significativas, que envolvem não só a mulher, mas o seu parceiro, sua família e a própria comunidade.
- ❖ A mulher e sua família como centros da atenção.
- ❖ O respeito e o fortalecimento da autonomia da mulher e a preservação da sua privacidade.
- ❖ O respeito às características fisiológicas da gestação, do parto, do nascimento e do puerpério.

- ❖ Estímulo ao parto normal e ao aleitamento materno, com alojamento conjunto.
- ❖ A percepção do recém-nascido como um ser sensível¹.
- ❖ Adoção de práticas e rotinas cujos benefícios estejam comprovados por evidências científicas, evitando-se manobras e intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas.

A partir de 1998, o Ministério da Saúde definiu várias medidas para melhorar a qualidade da assistência pré-natal, ao parto e nascimento e ao puerpério, com incentivo ao parto normal e ao aleitamento materno (BRASIL, 1998a, 1998b, 1998c, 1998d, 1998e, 1999b, 2000c, 2000d, 2000e, 2001a, 2001b, 2002a, 2002b, 2002c, 2002d, 2002e, 2007a; SERRUYA, 2003). Entre elas citam-se:

❖ **Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)**, lançada pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e pela OMS em 1991–1992, tem servido como força motivadora para que maternidades de todo o mundo adotem políticas e práticas de apoio à amamentação. A Iniciativa vem tendo crescimento notável nos últimos 15 anos, contando com mais de 19.600 hospitais credenciados em mais de 152 países, incluindo-se entre eles o Brasil.

❖ O aumento do valor de remuneração do parto normal.

❖ Inclusão do procedimento anestesia na remuneração do parto normal.

❖ Inclusão, na tabela do Sistema de Informações Hospitalares do SUS, do procedimento “parto normal sem distócia realizado por enfermeira(o) obstetra”.

❖ Inclusão de limite para o pagamento de cesarianas realizadas pelo SUS.

❖ Financiamento de cursos de especialização em enfermagem obstétrica para ampliar o número de profissionais. A enfermagem obstétrica é uma proposta que se orienta pelo novo paradigma de atenção humanizada ao parto e nascimento. Com o aval da OMS, a Área Técnica de Saúde da Mulher apoia financeira e tecnicamente, desde 1999, a realização de cursos de especialização em enfermagem obstétrica, com abrangência nacional. Esta estratégia contribui para o incentivo ao parto normal e para a redução das cesáreas desnecessárias.

❖ Criação do Prêmio Professor Galba de Araújo para estimular a mudança no modelo de atenção ao parto e ao nascimento. Por meio dessa iniciativa são premiadas as unidades de saúde do SUS que se destacam no atendimento humanizado à mulher e ao recém-nascido, e no estímulo ao parto normal e ao aleitamento materno. Para participar do Prêmio, as unidades de saúde precisam: a) permitir a presença de acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto, de acordo com a Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005 (BRASIL,

¹ Com relação à assistência imediata ao recém-nascido, os principais objetivos são: proporcionar a todos os recém-nascidos condições ótimas que visam a auxiliá-los em sua adaptação à vida extrauterina e estar preparado para intervir naqueles casos que apresentem condições patológicas que coloquem em risco a sua vida. Deve-se promover o contato pele a pele precoce entre a mãe e o bebê e o apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto, segundo diretrizes da OMS sobre o aleitamento materno. Para a assistência ao recém-nascido normal, que constitui a maioria das situações, nada mais deve ser feito além de se enxugar, aquecer, avaliar e entregar o bebê à mãe para um contato íntimo e precoce. Todos os procedimentos habituais como pesar, aplicar a Vitamina K, Credê e outros, devem ser realizados após o contato da mãe com seu filho (BRASIL, 2001b).

2005a), e com a Portaria do Ministério da Saúde nº 2.418, de 2 de dezembro de 2005 (BRASIL, 2005b); b) ter taxa de cesárea reduzida; c) ter Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; e d) permitir a realização de parto de baixo risco por enfermeiro(a), no caso de instituições que tenham profissionais capacitados para tal.

❖ **Criação do Centro de Parto Normal (CPN) no âmbito do SUS** por meio da Portaria MS/GM nº 985, de 5 de agosto de 1999 (BRASIL, 1999b), que definiu os critérios para a implantação de casas de parto. Este projeto teve como objetivo implantar estratégias simplificadas e humanizadas de assistência ao parto normal sem distócia, em articulação com a rede de saúde local. Os CPN constituem uma opção para as mulheres que desejam ter seus filhos em ambiente que não seja caracteristicamente hospitalar, com garantia de referência para outros níveis de atenção, quando se fizer necessário. Em 2000, o Ministério da Saúde realizou 36 convênios para apoiar financeiramente a implantação de Centros de Parto Normal.

❖ **Investimentos para a instituição do Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento à Gestante de Alto Risco**, a partir da Portaria GM/MS nº 3.477/1998. Os investimentos contemplaram a aquisição de equipamentos para aparelhamento das unidades obstétricas, a capacitação de profissionais de saúde e a criação de centrais de regulação de leitos e marcação de consultas, para evitar a peregrinação das mulheres por diversas maternidades em busca de atendimento para o seu parto.

❖ **Instituição do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento – PHPN**, em junho de 2000, a partir das Portarias GM/MS nº 569, 570, 571 e 572. O PHPN busca melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, ao puerpério e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. Partindo da constatação de que a falta de percepção dos direitos femininos e dos aspectos fundamentais da humanização era o pano de fundo da má assistência, além da compreensão de que era indispensável propor mudanças no modelo assistencial, mesmo conhecendo as limitações de uma medida vertical, o Ministério da Saúde tomou a decisão de lançar uma estratégia segundo a qual a questão da humanização e dos direitos apareceria como princípio estruturador.

❖ **Instituição do Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais**, que iniciou a sua implementação em março de 2000.

❖ **Instituição, em 2000, da Norma de Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Peso (Método Canguru)**, por meio da Portaria MS/GM nº 693, de 5 de julho de 2000. O Método Canguru é um tipo de assistência neonatal que implica contato pele a pele precoce entre a mãe e o recém-nascido de baixo peso, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo, dessa forma, uma maior participação dos pais no cuidado a seu recém-nascido². De 2000 a 2007, foram realizados

² Como proposta para melhorar os cuidados prestados ao recém-nascido pré-termo e de baixo peso, surgiu o Método Canguru, inicialmente idealizado na Colômbia no ano de 1979, no Instituto Materno-Infantil de Bogotá, pelos Dr. Reys Sanabria e Dr. Hector Martinez, cujo objetivo era baratear os custos da assistência perinatal e promover, por meio do contato pele a pele precoce entre a mãe e o seu bebê, maior vínculo afetivo, maior estabilidade térmica e melhor desenvolvimento (BRASIL, 2002b). A partir de 1984, o Método Canguru passou a ser amplamente divulgado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) devido aos bons resultados alcançados, relatados na literatura científica mundial por vários autores. Entre as vantagens do MC destacam-se: menor tempo de internação, oxigenação adequada, aumento e estabilização da temperatura corporal, menos episódios de apnéia e diminuição do choro. Além disso, as mães amamentam mais e sentem-se mais seguras para cuidar da saúde de seus bebês (LAMY et al, 2005).

170 cursos de sensibilização e capacitação no Método Canguru, com aproximadamente 7.036 profissionais de saúde capacitados.

❖ **Formação de doulas comunitárias**. No período de 2003 a 2005, foram capacitadas aproximadamente 409 pessoas, sendo 86 delas profissionais de saúde que poderão atuar como multiplicadores ou coordenadoras de programas de doulas comunitárias em suas instituições (BRASIL, 2007a).

❖ **Prêmio Professor Fernando Figueira**, que foi instituído para dar reconhecimento às experiências bem sucedidas de humanização no atendimento pediátrico e na terapia intensiva neonatal e pediátrica. Criado pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria MS/GM nº 728, de 14 de junho de 2003, homenageia um dos maiores nomes da pediatria brasileira, Fernando Jorge Simão dos Santos Figueira. Para concorrerem ao Prêmio, as instituições devem ser integrantes da rede SUS, possuir 80% de leitos disponíveis para o SUS, ter Comissão de Óbito constituída, garantir a presença de acompanhante, garantir alojamento conjunto e – no caso de serviços de terapia intensiva – possuir UTI com cinco ou mais leitos.

❖ **Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**, lançado em março de 2004, uma iniciativa do Ministério da Saúde com uma gama de organizações do setor público e da sociedade civil. Tem por objetivo articular os atores sociais mobilizados em torno da melhoria da qualidade de vida de mulheres e crianças. Tem como princípios: o respeito aos direitos humanos de mulheres e crianças; a consideração das questões de gênero, dos fatores étnicos e raciais e das desigualdades sociais e regionais; a decisão política com investimentos na melhoria da atenção obstétrica e neonatal; e a ampla mobilização de gestores e sociedade organizada. O Pacto inseriu, entre suas estratégias, a inclusão do trabalho com parteiras tradicionais no SUS (BRASIL, 2006c).

❖ **Seminários de Atenção Obstétrica e Neonatal Humanizada Baseada em Evidências Científicas**. No período de 2004 a 2006 foram realizados 30 seminários, com o envolvimento de 457 maternidades e a participação de 1.857 profissionais de saúde (BRASIL, 2007a).

❖ **Atenção humanizada às mulheres em situação de abortamento** que visa qualificar o atendimento de mulheres que chegam aos serviços de saúde em processo de abortamento espontâneo ou inseguro, contribuindo assim para reduzir a mortalidade materna. Para apoiar e incentivar o processo de organização dos serviços foi elaborada a cartilha *Aspectos Jurídicos do Atendimento às Vítimas de Violência Sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde* (BRASIL, 2005d) e o documento *Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica* (BRASIL, 2005c).

❖ **Plano pela Redução das Cesáreas Desnecessárias**, elaborado em 2006. Reconhecendo que o problema das altas taxas de cesáreas é nacional e atinge principalmente

a população não usuária do SUS, a ATSM estabeleceu uma importante parceria com a Agência Nacional de Saúde Suplementar, com o objetivo de desenvolver atividades conjuntas que reduzam essas taxas nos hospitais e maternidades do setor privado (BRASIL, 2007a).

❖ **Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal**, instituída, no âmbito do SUS, pela Portaria MS/GM nº 2.800, de 18 de novembro de 2008, constitui-se numa estratégia de aprimoramento da competência do sistema público de saúde na área perinatal, por meio de articulação das principais maternidades e unidades neonatais de médio e alto risco, no âmbito de cada estado da região Norte-Nordeste, para formação de serviços de atenção perinatal integrados e trabalhando com a lógica de uma rede de saúde.

❖ **O Projeto Filhos da Floresta**, desenvolvido pela Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (DAPE/SAS/MS) e em parceria com a Universidade Federal do Maranhão e Sociedade Brasileira de Pediatria em 2009-2010, objetivou capacitar parteiras da Região Norte para reanimação neonatal e primeiros cuidados ao recém-nascido. Atualmente, a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (DAPE/SAS/MS), a Área Técnica de Saúde da Mulher (DAPE/SAS/MS) e o Grupo Curumim estão construindo um novo projeto de qualificação de parteiras, abordando questões desde a gestação até os cuidados com o recém-nascido nos primeiros 30 dias.

❖ **Portaria 2.418, de 2 de dezembro de 2005** que regulamentou a chamada Lei do Acompanhante no parto (Lei 11.108). A citada lei garante o direito a um ou uma acompanhante indicado(a) pela parturiente no pré-parto, parto e pós-parto imediato assistido no SUS. A Portaria que a regulamenta define o pós-parto imediato como o período de 10 dias após o parto e define o pagamento na tabela do SUS de diária para acompanhante incluindo acomodações e refeições, dando às maternidades e hospitais prazo de 6 meses para providências de adequação.

❖ **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC Nº 36, de 3 de junho de 2008** que incorporou o conceito de assistência humanizada ao regulamento técnico dos serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal, utilizando conceitos como ambiência, acolhimento e evidências científicas, definiu condições organizacionais de infra-estrutura física, recursos humanos, estabelecimento de referência e contra-referência, protocolização de normas e rotinas, investigação de ocorrências, ações e medidas para humanização, individualização de condutas, entre outras. Esta resolução também integrou ao rol de materiais necessários nas maternidades, equipamentos para o alívio não farmacológico da dor (barra fixa, escada de Ling, bola de Bobat, etc.), cama hospitalar regulável ou PPP e poltrona para acompanhante, integrando aos processos operacionais assistenciais a permissão ao acompanhante, a ambiência, a humanização, adequação às evidências científicas, ambientes confortáveis e privados.

❖ **Incentivo financeiro para projetos de adaptação visando ambiência e humanização em maternidades com mais de 1000 partos/ano**, instituído por meio da

Portaria nº 3.136, de 24 de dezembro de 2008, o MS disponibilizou aos estados um montante total de R\$2.7000.000,00 (dois milhões e setecentos mil reais) para adequação de maternidades à RDC 036/2008, condicionado ao envio de projetos aprovados nas Comissões Intergestores Bipartite (CIBs) dentro das faixas de distribuição de recursos pré-definidas para cada estado.

❖ **Curso de Suporte Avançado de Vida em Obstetrícia – Curso ALSO®** (Advanced Life Support in Obstetrics) para médicos(as) e enfermeiros(as) obstetras. O curso ALSO é um treinamento mantido pela American Academy of Family Physicians (AAFP), com apoio da ACOG (Colegiado Americano de Ginecologia e Obstetrícia) cujo objetivo é a atualização e padronização de condutas no atendimento das urgências e emergências obstétricas e neonatais, contribuindo significativamente para a redução nas taxas de mortalidade materna, neonatal, incidência de cesáreas, episiotomia e outras intervenções utilizadas equivocadamente, baseando-se nas melhores e mais atuais evidências científicas mundiais. Durante o ano de 2009, 574 profissionais serão capacitados pelo ALSO em todas as regiões do País, dando prioridade às regiões da Amazônia Legal e Nordeste.

❖ É importante também destacar a **Lei nº 11.634/2005** que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Institui que a gestante deverá ser informada no pré-natal sobre o local da assistência ao parto e intercorrências que possam ocorrer na gestação, sendo vinculada à essas instituições. Os gestores passam, então, a ter a responsabilidade de planejar o quantitativo de parturientes em relação à existência de leitos obstétricos, cuidando, também, de sua transferência segura quando necessário.

2.5 Os Centros de Parto Normal (CPN): uma estratégia importante para a humanização do parto e nascimento

Os Centros de Parto Normal foram criados por meio da Portaria MS/GM nº 985, 5 de agosto de 1999 (BRASIL, 1999b), que definiu os critérios para a implantação de casas de parto. Esta proposta baseou-se nas mais atualizadas evidências científicas, assim como nas recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 1996 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996).

Há um movimento internacional pela desospitalização do parto. Existem Centros de Parto Normal no Japão, Inglaterra, Suécia, Itália, França, Alemanha, EUA, Nova Zelândia, Austrália, Áustria, entre outros países.

Assim, a iniciativa de implantação de Centros de Parto Normal, além de sintonizar a com as propostas mais avançadas de atenção humanizada ao parto e ao nascimento internacionais e nacionais, encontra-se entre as estratégias do Ministério da Saúde para a qualificação e humanização da atenção obstétrica e neonatal.

Os Centros de Parto Normal, denominação oficial para as Casas de Parto no Brasil, trouxeram um grande diferencial para a atenção ao parto e ao nascimento em nosso País.

- ❖ constituem-se em opção para as mulheres que desejam ter seus filhos em ambiente que não seja caracteristicamente hospitalar;
- ❖ oferecem atenção centrada na mulher e sua família;
- ❖ facilitam o apoio emocional contínuo, ou seja, a presença de acompanhante, seja familiar, seja a doula;
- ❖ fortalecem a possibilidade de escolha das mulheres;
- ❖ oferecem oportunidades para menos intervenções e procedimentos desnecessários;
- ❖ desmistificam, enfim, o parto como atendimento de nível terciário, demonstrando claramente que, por ser processo fisiológico, pode ter atenção em nível primário, desde que seja garantida a referência para os outros níveis de assistência, quando se fizer necessária.

De acordo com a Portaria MS/GM nº 985/1999, "*Entende-se como Centro de Parto Normal a unidade de saúde que presta atendimento humanizado e de qualidade exclusivamente ao parto normal sem distúrcia*" (BRASIL, 1999b). O CPN deverá estar inserido no sistema de saúde local, atuando de maneira complementar às unidades de saúde existentes e organizado no sentido de promover a ampliação do acesso, do vínculo e do atendimento, humanizando a atenção ao parto, ao nascimento e ao puerpério.

O CPN poderá atuar física e funcionalmente integrado a um estabelecimento assistencial de saúde – unidade intra-hospitalar ou como estabelecimento autônomo – unidade isolada. A Portaria em questão também define que a equipe mínima necessária ao funcionamento do CPN deve ser composta por enfermeiro, com especialidade em obstetria, auxiliar de enfermagem, auxiliar de serviços gerais e motorista de ambulância. O CPN também poderá contar com equipe complementar, composta por médico pediatra ou neonatologista e médico obstetra. A parteira tradicional poderá atuar no CPN no qual as especificidades regionais e culturais sejam determinantes no acesso aos serviços de saúde.

Em 1999, o Ministério da Saúde abriu uma linha de financiamento para *Projetos de Criação de Centros de Parto Normal e Maternidades-Modelo*. Foram aprovados 16 convênios para constituição de 36 Centros de Parto Normal. Os convênios financiados pelo Ministério da Saúde para implantação de CPNs tiveram custo total de R\$ 4.708.518,81, com execução financeira no período de junho de 2000 a setembro de 2001. Foram contemplados projetos de sete estados brasileiros: Bahia (8), Ceará (4), Minas Gerais (2), Paraná (1), Pernambuco (14), Rio de Janeiro (5) e São Paulo (2).

No Brasil, ainda existem poucas iniciativas de Centros de Parto Normal, no entanto, a maioria deles apresenta resultados satisfatórios no que diz respeito à assistência à mulher e ao recém-nascido. Um estudo realizado em 2004, para avaliação dos resultados dos convênios citados anteriormente, indicou que nos CPNs com experiências inovadoras, que foram implantados respeitando as diretrizes e os objetivos definidos nos convênios, os indicadores de saúde materna e neonatal demonstravam elevada qualidade da atenção prestada, reiterada pelo resultado dos inquéritos de satisfação das usuárias. Por outro lado, a mesma avaliação evidencia uma notável resistência da corporação médica ao trabalho da enfermagem obstétrica na assistência ao parto ou na gerência dessas unidades de saúde

Destacam-se entre as experiências brasileiras:

❖ **Casa de Parto de Sapopemba**, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo, inaugurada em 1998, na Região Sudeste da cidade de São Paulo/SP.

❖ **Centro de Parto Normal Dr. David Capistrano da Costa Filho**, uma unidade intra-hospitalar do Hospital Sofia Feldman, localizado no Distrito Sanitário Norte de Belo Horizonte/MG, inaugurado em 2001, está vinculado à Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/MG. O Hospital Sofia Feldman foi ganhador do Prêmio Galba de Araújo, pela região Sudeste, no ano de 1999.

❖ **Casa de Maria**, uma unidade intra-hospitalar do Hospital Geral Santa Marcelina de Itaim Paulista, localizada na região sudeste do município de São Paulo/SP, inaugurada em 2001. Foi ganhadora, pela região Sudeste, do Prêmio Galba de Araújo de 2004.

❖ **Casa de Parto de Juiz de Fora**, vinculada à Universidade Federal de Juiz de Fora, inaugurada em 2001.

❖ **Casa de Parto David Capistrano Filho**, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro/RJ, inaugurada em 2004.

2.6 O trabalho da parteira tradicional e a humanização do parto e do nascimento

Segundo Merhy e Chakkour (1997), existem três tipos de tecnologias utilizadas na saúde: (1) tecnologias duras, que compreendem o uso de procedimentos diagnósticos laboratoriais, equipamentos; (2) tecnologias leve-duras, que compreendem procedimentos semi-estruturados, como, por exemplo uma anamnese, uma campanha de vacina; e (3) tecnologia leve, que é a tecnologia relacional, sendo esta última algo específico que acontece entre um cuidador e uma pessoa assistida.

A tecnologia leve utiliza o vínculo e a confiança como pressupostos para produzir ação terapêutica. Nessa ótica, pode-se afirmar que o processo de trabalho das parteiras tradicionais é marcado pelo uso de tecnologias leves. Em geral, os profissionais de saúde e os gestores só reconhecem o primeiro e o segundo tipo de tecnologia, sendo a tecnologia leve desvalorizada e muitas vezes vista como desprovida de cientificidade, por considerar a subjetividade (ABREU, 2005).

Apesar de na prática da parteira tradicional estarem presentes vários dos princípios atualmente preconizados para a humanização do parto e do nascimento – a formação de vínculos solidários, o apoio emocional, práticas não intervencionistas, o respeito à mulher e à fisiologia do parto – no pensamento predominante, essa prática tem sido associada às

idéias da falta de higiene, da ignorância e do subdesenvolvimento. Esse pensamento só legitima o conhecimento produzido de acordo com a racionalidade científica, desvalorizando o conhecimento tradicional (ABREU, 2005).

Se por um lado é fato que as parteiras tradicionais possuem limitados conhecimentos técnico-científicos, principalmente por seu trabalho encontrar-se isolado do serviço de saúde local, realizando-se em meio a muitas dificuldades, é igualmente notório que, em sua grande maioria, as parteiras possuem muitas habilidades, que lhes auxiliam na resolução de partos difíceis e recursos, principalmente no campo relacional, fundamentais para um cuidado baseado no respeito e no empoderamento da mulher para vivenciar o seu parto. Preocupam-se com o bem-estar e o conforto da mulher que assistem, assumem as tarefas domésticas, prestam, em geral, uma assistência marcada pelo afeto, pelo calor humano, companheirismo, infundindo confiança e segurança que contribuem para potencializar a força da mulher para conduzir o seu parto, criando um ambiente que favorece uma evolução positiva do trabalho de parto e uma recepção acolhedora para o recém-nascido (ABREU, 2005).

3 A experiência do Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais de 2000 a Julho de 2010

3.1 Atividades desenvolvidas

O Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais teve sua implementação iniciada em março de 2000. Em uma primeira etapa, foi constituído um grupo de trabalho para confeccionar materiais educativos que serviriam de apoio ao processo de capacitação das parteiras tradicionais e dos profissionais de saúde, tendo por referência materiais já elaborados pela ONG Grupo Curumim – Geração e Parto.

Desse grupo de trabalho, fizeram parte técnicas do Ministério da Saúde, das secretarias estaduais de saúde de alguns estados (Acre, Amapá, Pará, Roraima, Rondônia, Paraíba), da Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras (Abenfo) e das ONGs Grupo Curumim, Geração e Parto e Movimento Articulado de Mulheres da Amazônia (Mama). Foram então produzidos o *Livro da Parteira* (BRASIL, 2000a), para apoiar a capacitação de parteiras tradicionais, e o manual *Trabalhando com Parteiras Tradicionais* (BRASIL, 2000b), para apoiar a capacitação dos profissionais de saúde (BRASIL, 2002g; ABREU, 2002; ABREU; MELO; VIANA, 2003; GRUPO CURUMIM, GERAÇÃO E PARTO, 2002a).



A partir de agosto de 2000, iniciaram-se os processos de sensibilização e discussão com gestores e as capacitações para as parteiras tradicionais e os profissionais de saúde, nas regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste e Sudeste, em parceria com secretarias estaduais e municipais de saúde, com a Funasa e com organizações institucionais e sociais.

Entre as organizações institucionais e sociais destacam-se (BRASIL, 2002g; ABREU, 2002, 2005):

- ❖ Grupo Curumim, Geração e Parto (PE)
- ❖ Centro de Humanização das Práticas Terapêuticas (CHPT), do Hospital São Pio X, de Ceres (GO)

Folha 41
Proc. N. 11.274
Livro de Registro de Assinaturas de informações de assinaturas do arquivo migrado do ECM.

❖ Sociedade Civil Mamirauá e Instituto de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá (IDSM) (AM)

- ❖ Movimento Articulado de Mulheres da Amazônia (Mama/AC)
- ❖ Rede Acreana de Homens e Mulheres (AC)
- ❖ Conselho Indígena de Roraima (CIR/RR)
- ❖ Hospital Sofia Feldman (MG)
- ❖ Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes/MG)
- ❖ Grupo de Mulheres Negras Malunga/GO
- ❖ Centro Mirí de Assessoria às Mulheres – Gênero e Desenvolvimento (Cemam/Cametá/PA)
- ❖ Instituto de Desenvolvimento, Educação Ambiental e Solidariedade (Ideas/Baião/PA)
- ❖ Movimento de Mulheres de Altamira e Região Transamazônica e Xingu
- ❖ Rede Nacional de Parteiros Tradicionais (RNPT)
- ❖ Pastoral da Juventude de Janaúba/MG, entre outras.

Em 2005, inicia-se uma parceria entre o Programa Nacional de DST e Aids, a Área Técnica de Saúde da Mulher, o Departamento de Atenção Básica, a Funasa (todos do Ministério da Saúde), o Departamento de Enfermagem da Universidade de Brasília (UnB), o Centro Popular da Mulher (CPM/GO) e a Rede Nacional de Parteiros Tradicionais (RNPT), para a formação de parteiras tradicionais facilitadoras em prevenção contra DST/HIV/aids e hepatites virais, com maior ênfase para a prevenção da transmissão vertical dessas doenças.

Como parte desse projeto, foram realizadas, no ano de 2005, quatro oficinas: **a primeira**, em fevereiro, em Recife/PE, com a participação de parteiras tradicionais e técnicos de secretarias estaduais de saúde, para a definição da estratégia, da metodologia e do conteúdo programático das capacitações que deveriam ser realizadas para a formação das parteiras facilitadoras. **A segunda**, em junho, em Maceió/AL, para a formação de parteiras facilitadoras da Região Nordeste. **A terceira**, em agosto, em Belém/PA, para a formação de parteiras facilitadoras da Região Norte. **A quarta**, em dezembro, em Brasília/DF, para a formação de parteiras facilitadoras da Região Centro-Oeste e do Estado de Minas Gerais. Em abril de 2006, foi realizada uma oficina, em São Paulo/SP, para a formação de parteiras facilitadoras das regiões Sul e Sudeste.

Educação: um dos pontos-chave do Programa

As ações educativas constituem-se em um dos pontos-chave para a inclusão do trabalho das parteiras tradicionais no SUS, visto serem fundamentais para a qualificação do parto e nascimento domiciliar. Daí serem um dos focos principais do Programa Trabalhando com Parteiros Tradicionais.

O processo de educação permanente deve ter como objetivo ampliar os conhecimentos técnicos e a capacidade de compreensão e de análise das parteiras tradicionais e dos profissionais de saúde, bem como ampliar o seu poder de intervenção e de

promover mudanças sobre a realidade em que estão inseridos, com vistas a contribuir no processo de produção de saúde e na formação de cidadania, investindo, portanto, em seu empoderamento.

A metodologia proposta pelo Programa para o processo de educação é a da pedagogia da problematização. Trata-se de uma metodologia participativa, com uma abordagem pedagógica centrada na pessoa, que estimula o pensamento crítico-reflexivo sobre a realidade, em busca de uma construção pessoal e coletiva do conhecimento, procurando considerar os valores, as crenças e os modos de ver o mundo de todas(os) as(os) participantes.

Nessa metodologia, é importante partir do conhecimento e da experiência que as pessoas têm, estimulando-se a troca de ideias entre os atores envolvidos. Busca-se, dessa forma, a interação entre o saber empírico e intuitivo das parteiras tradicionais e o conhecimento técnico-científico dos profissionais de saúde, resgatando-se e valorizando-se os elementos desses dois campos de saberes que efetivamente contribuem para um parto seguro e humanizado, além de considerar a riqueza étnica e a biodiversidade como importantes para a produção de novos conhecimentos e tecnologias.

Segundo o educador Paulo Freire (1996), ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção, ou a sua construção, conforme citação abaixo:

[...] embora diferentes entre si, quem forma se forma e re-forma ao formar e quem é formado forma-se e forma ao ser formado. É nesse sentido que ensinar não é transferir conhecimentos, conteúdos, nem formar é ação pela qual um sujeito criador dá forma, estilo ou alma a um corpo indeciso e acomodado (FREIRE, 1996, p. 23).

As capacitações e encontros que o Programa realiza para as parteiras tradicionais não formam novas parteiras, mas são dirigidos àquelas que já atendem o parto domiciliar na comunidade onde vivem. O Programa recomenda que a equipe de capacitação seja composta por diferentes profissionais, mas deve contar, no mínimo, com um médico(a) e/ou um(a) enfermeiro(a) com experiência na assistência obstétrica.

Recomenda, ainda, que o processo de capacitação ocorra na comunidade onde a parteira atua, o mais próximo possível do seu domicílio, desaconselhando utilizar hospitais ou outros serviços de saúde, que contrastem com a simplicidade da prática da parteira, ou introduzam tecnologias às quais ela não terá acesso. Segundo pontuam Carneiro e Vilela (2002), nas capacitações é muito importante um olhar crítico para com as atitudes por parte de alguns facilitadores que possam infantilizar, negar ou até ridicularizar o conhecimento acumulado das parteiras. Para essas autoras:

Quando propomos um treinamento para parteiras, devemos ter em mente que estamos lidando com o precioso. Devemos ter cuidado para não diminuir o significado das coisas que elas fazem. Treinar parteiras tradicionais é mais que levar informações técnicas que possam ajudá-las nas suas tarefas. Entramos em contato com um mundo sacralizado, onde o ritual e a prece aparecem como pontos fundamentais para o bom desfecho de um parto. (CARNEIRO; VILELA, 2002, p. 81).

A partir de 2002, o Grupo Curumim, Gestação e Parto passa a utilizar em algumas capacitações a abordagem Reflect-ação, que é baseada nos estudos e nas experiências do educador Paulo Freire, bem como nas ferramentas do Diagnóstico Rápido Participativo (DRP), e fundamenta-se em três aspectos: gênero, interculturalidade e poder (GRUPO CURUMIM, GESTAÇÃO E PARTO, 2004).

O **Livro da Parteira** (BRASIL, 2000a), material educativo para apoiar o processo de educação permanente das parteiras tradicionais, se propõe a ser um instrumento interativo para fixação da aprendizagem. Nesse sentido, foi elaborado com recursos que facilitam o entendimento, tais como ilustrações e fotografias, permitindo que parteiras não alfabetizadas ou que tenham baixa escolaridade possam apreender seu conteúdo.

O manual **Trabalhando com Parteiras Tradicionais**, voltado para os profissionais de saúde, recomenda a utilização de metodologia participativa, lúdica, criativa e vivencial no processo de educação permanente das parteiras tradicionais, sugerindo técnicas que os profissionais de saúde podem utilizar ao atuar como facilitadores nesse processo. O caminho, portanto, para a realização do trabalho educativo utiliza dinâmicas, brincadeiras e vivências, permitindo que o prazer e a experiência direta estejam presentes nas discussões e reflexões. O manual enfatiza que os facilitadores precisam desenvolver as seguintes habilidades (BRASIL, 2000b):

- ❖ Ter boa capacidade de comunicação.
- ❖ Utilizar linguagem clara e apropriada ao grupo.
- ❖ Ter tolerância em relação aos princípios e às distintas crenças que não sejam as suas próprias e adotar atitudes de respeito, aceitação e negociação no trabalho com as(os) participantes da capacitação.

A referida publicação orienta, ainda, sobre como organizar uma oficina para parteiras, quais materiais serão necessários, assim como traz uma proposta de conteúdo programático com base nos conteúdos abordados no **Livro da Parteira** (BRASIL, 2000a), que pode ser adaptada de acordo com as especificidades de cada localidade (BRASIL, 2000b). Recomenda-se que cada oficina realizada no processo de qualificação de parteiras, tenha a duração de quatro dias, com, no máximo, trinta participantes.

Com relação ao conteúdo programático das capacitações para parteiras, o Programa recomenda os seguintes temas e discussões:

- Iniciar realizando um perfil do grupo, a partir de experiências relatadas pelas parteiras, enfocando o processo de formação e as condições de trabalho das mesmas.
- Em seguida, realizar mapas diagnósticos por comunidades presentes, elaborados pelas parteiras. O mapa favorece a discussão sobre a realidade do sistema de saúde local, evidenciando as suas potencialidades e dificuldades.
- Na sequência, promover a discussão sobre a saúde como um direito, os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, o que é o SUS, seus princípios e diretrizes.
- Discutir sobre a anatomia e fisiologia do sistema sexual e reprodutor masculino e feminino.
- Conversar sobre o pré-natal e o papel da parteira no acompanhamento da gestante, dando orientações que possam contribuir para uma gestação saudável. É fundamental que a parteira incentive a mulher a fazer o pré-natal em um serviço de saúde, falando sobre a importância desse acompanhamento e reforçando a importância de realizar os exames, a vacina antitetânica e os cuidados que ela deve receber durante o pré-natal.
- Conversar sobre os exames que a parteira pode e deve fazer.
- Conversar sobre os cuidados na gestação, no parto e no puerpério.
- Conversar sobre os cuidados com o recém-nascido e amamentação.
- Discutir sobre os materiais e os cuidados necessários para um parto seguro.
- Discutir sobre os problemas na gestação, no parto e no puerpério, explicando como deverá ser feito o encaminhamento para serviços de referência nessas situações.
- Discutir sobre as doenças sexualmente transmissíveis (DST)/HIV/aids e hepatites virais.
- Conversar sobre o uso de plantas medicinais, no sentido de registrar as que são mais utilizadas pela parteira. Tem um espaço no **Livro da Parteira** para realizar esse registro.

No que diz respeito ao conteúdo programático das capacitações para os profissionais de saúde, além do mapa diagnóstico, o Programa recomenda discutir os princípios e as diretrizes do SUS, as políticas públicas de saúde vigentes, os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, para, então, discutir as responsabilidades dos gestores, dos profissionais de saúde e da comunidade para com o parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais. Também recomenda discutir sobre a abordagem metodológica proposta. Ao final e como resultado do processo, é importante que os profissionais elaborem uma proposta de plano de ação municipal que incentive e norteie a continuidade de ações pelo gestor local para melhoria da atenção ao parto e nascimento domiciliar.

A preocupação com o resgate e a valorização dos saberes tradicionais está presente em toda a produção dos materiais educativos. O **vídeo sobre as Parteiras Kalungas** (PARTEIRAS..., 2001), apresenta relatos, feitos pelas próprias parteiras, que traduzem sua coragem, sua solidariedade e seu conhecimento intuitivo e empírico, que as auxiliam no exercício de seu ofício. O vídeo foi produzido pelo Ministério da Saúde em 2001, durante a capacitação em que pela primeira vez estavam reunidas as 40 parteiras kalungas, que foram identificadas ao longo do desenvolvimento do projeto **Saúde e Direitos do Povo Kalunga e de suas Mulheres**.

Desenha-se, então, ao longo do curto tempo de duração do vídeo (em torno de 6 minutos), o perfil de mulheres que não sabem ler nem escrever, mas têm iniciativa e procedimentos para "pegar um menino" que está fora da posição de parto e desenlaçar o cordão umbilical que sufoca o recém-nascido. No vídeo, as parteiras entrevistadas falam com orgulho do seu ofício. No entanto, no começo do projeto, em 1999, nenhuma se assumia como parteira, temendo punições por parte dos serviços formais de saúde.

O vídeo *De Parteira a Parteira* (DE PARTEIRA..., 2004), produzido pelo Grupo Curumim, Gestação e Parto, em 2003, por meio de convênio com o Ministério da Saúde, para servir de material complementar ao *Livro da Parteira* (BRASIL, 2000a) e ao manual *Trabalhando com Parteiras Tradicionais* (BRASIL, 2000b), utiliza a fala de parteiras que já tinham vivenciado processos de capacitação para a transmissão de conhecimentos a outras parteiras, conferindo credibilidade e importância aos conhecimentos construídos por elas na experiência de partejar e durante as capacitações (GRUPO CURUMIM, GESTAÇÃO E PARTO, 2004).

O processo de educação proposto pelo Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais visa contribuir para alterar as relações de poder existentes, buscando mais igualdade entre os atores envolvidos: as parteiras tradicionais, os gestores e os profissionais de saúde, a fim de contribuir para melhorar a qualidade de vida e a saúde da comunidade.

Centros Colaboradores

O atual convênio entre a Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde e o Grupo Curumim é direcionado para ações de capacitação de parteiras tradicionais e a realização de encontros regionais e/ou estaduais para a formação de Centros Colaboradores nos estados do Pará, Amazonas, Paraíba e Roraima.

Os Centros Colaboradores têm o objetivo de promover o suporte contínuo e integrado do SUS em relação às parteiras tradicionais, desenvolvendo ações a médio e longo prazo, tais como: levantamento sistemático de dados sobre o parto e nascimento domiciliares, execução de pesquisas, cadastramento e qualificação das parteiras tradicionais, estruturação de um sistema de referência e contrarreferência, construção de uma rede que articule as parteiras tradicionais e os gestores e profissionais de saúde, entre outras ações.

3.2 Recursos utilizados

Com relação aos recursos humanos, o Programa contou com a atuação de técnicos do Ministério da Saúde, das secretarias estaduais e municipais de saúde, das organizações não governamentais e de outras instituições envolvidas.

No que se refere aos recursos financeiros, o Programa contou com recursos oriundos do Ministério da Saúde, das secretarias estaduais e municipais de saúde envolvidas, da Sociedade Civil Mimirauá/AM (no trabalho desenvolvido nas Reservas de Desenvolvimento Sustentável Mimirauá e Amanã), do Centro Miriti de Assessoria às Mulheres – Gênero e

Desenvolvimento (Cemam/ Cametá/PA) (no trabalho desenvolvido com as parteiras de Cametá e Baião) e do Movimento de Mulheres de Altamira e Região Transamazônica e Xingu/PA (no trabalho desenvolvido com parteiras de Altamira e Região Transamazônica e Xingu).

3.3 Resultados alcançados

O Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais não foi avaliado de forma sistemática no período de 2000 até o presente momento. Contribuiu para isso a baixa institucionalização do Programa nas três esferas de governo, federal, estadual e municipal. Em decorrência disso, as ações desenvolvidas pelas secretarias estaduais e municipais de saúde, de um modo geral, caracterizaram-se pela descontinuidade, o que, sem dúvida nenhuma, diminuiu o potencial do Programa de melhorar os indicadores de atenção à parturiente e ao recém-nascido nas regiões de difícil acesso e de exclusão social (ABREU, 2005).

Em função dos fatores citados anteriormente, a maioria dos resultados apresentados a seguir referem-se a dados quantitativos, com poucos dados qualitativos.

Da instituição do Programa até 2010, foram capacitados, aproximadamente, 1.755 parteiras tradicionais e 1.301 profissionais de saúde. Estavam envolvidos com o Programa os seguintes estados: Acre, Amapá, Amazonas, Alagoas, Bahia, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Roraima e São Paulo além de, aproximadamente, 150 municípios (ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA MULHER/SAS/MINISTÉRIO DA SAÚDE).

Além disso, em 2005/2006, como já referido, em parceria com o PN de DST e Aids/SVS/MS, foram capacitadas 178 pessoas, entre parteiras tradicionais e profissionais de saúde (ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA MULHER/SAS/MINISTÉRIO DA SAÚDE).

Várias secretarias estaduais e municipais de saúde adquiriram e distribuíram kits para as parteiras tradicionais com materiais básicos para a atenção ao parto domiciliar. Entre tais secretarias se encontram as SES do Acre, do Amapá, de Alagoas, da Bahia, do Maranhão, de Minas Gerais, do Pará, da Paraíba e de Pernambuco e as SMS de Alvarães/AM, Iranduba/AM, Tefé/AM, Imperatriz e Alcântara/MA e Maceió/AL. A Funasa adquiriu kits para as parteiras do Sítio Histórico e Patrimônio Cultural Kalunga/GO e para as parteiras indígenas Xavantes/MT e Maxakalis/MG. Já a organização social Instituto de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá (IDSM) adquiriu kits para as parteiras do município de Tefé e dos municípios que integram as Reservas de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá e Amanã (Alvarães, Uarini, Maraã, Fonte Boa, Juruá, Japurá), no estado do Amazonas (ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA MULHER/SAS/MINISTÉRIO DA SAÚDE).

Com base na experiência do município de Melgaço/PA, onde foram realizadas várias capacitações para as parteiras tradicionais e profissionais de saúde pelo Grupo Curumim, Gestação e Parto, com monitoramento dos resultados, pode-se afirmar que tais iniciativas podem resultar no aumento dos encaminhamentos ao pré-natal, dos encaminhamentos oportunos nas situações de risco, bem como no incremento da notificação do parto domiciliar.

Foram produzidos os seguintes materiais educativos e de divulgação:

- ❖ O *Livro da Parteira*
- ❖ O manual *Trabalhando com Parteiras Tradicionais*
- ❖ O vídeo *Parteiras Kalungas* (PARTEIRAS..., 2001)
- ❖ O vídeo *De Parteira a Parteira* (DE PARTEIRA..., 2004)
- ❖ O fôlder *Melhoria da Assistência ao Parto Domiciliar: uma responsabilidade do SUS* (BRASIL, 2003).

4 Experiências Exemplares de Trabalho com Parteiras Tradicionais

Nesse resgate histórico, é importante relatar algumas experiências exemplares no trabalho com parteiras tradicionais, desenvolvidas por instituições públicas e/ou organizações da sociedade civil.

4.1 O Projeto de Saúde Reprodutiva na Reserva Extrativista do Alto Juruá – Acre

Executado pela Associação Saúde Sem Limites e pela Associação dos Seringueiros e Agricultores da Reserva Extrativista do Alto Juruá (Asareaj), com financiamento da Fundação MacArthur, o Projeto, a partir de 1996, desencadeou uma atividade específica na área da saúde da mulher – o Projeto Maria Esperança, que capacitou e fortaleceu o processo de organização das, aproximadamente, 70 parteiras tradicionais da reserva. A ONG Movimento Articulado de Mulheres da Amazônia (Mama) também teve uma atuação significativa nesse trabalho (ASSOCIAÇÃO DOS SERINGUEIROS E AGRICULTORES DA RESERVA EXTRATIVISTA DO ALTO JURUÁ, 1998).

4.2 Programa Nascendo na Floresta – Acre

No período de 1997 a 1999, a Secretaria Estadual de Saúde do Acre, mediante um convênio com o Unicef, capacitou em torno de 256 parteiras e distribuiu 133 kits da parteira. A partir de 2000, a SES/AC, em sintonia com o programa *Trabalhando com Parteiras Tradicionais*, do Ministério da Saúde, reativa o trabalho com as parteiras tradicionais por meio do programa *Nascendo na Floresta* (ACRE, 2003).

Em 2005, a SES/AC, em parceria com o Tribunal de Justiça do Acre, e com base no Projeto Mobilização Nacional para o Registro Civil de Nascimento, consegue que os cartórios da região do Alto Juruá, que engloba cinco municípios da porção oeste do Acre, passem a reconhecer as anotações das parteiras para a realização do registro civil das crianças nascidas nos domicílios. Até então, os cartórios exigiam para o registro de crianças nascidas no domicílio a presença do bebê, da mãe e do pai e, às vezes, até da parteira. Considerando as dificuldades de transporte na região, raramente essas crianças eram registradas (ACRE, 2003).

A Secretaria Estadual de Saúde do Acre com o programa Nascendo na Floresta chegou a cadastrar aproximadamente 334 parteiras, sendo que cerca de 40% dessas parteiras são analfabetas (ACRE, 2003).

Segundo o relato de uma parteira do município de Marechal Thaumaturgo, da região do Alto Juruá, que fica na divisa com o Peru, que tem guardadas todas as anotações

dos mais de 90 partos que fez desde que começou no ofício há 30 anos: “Tenho tudo anotadinho: se foi menino ou menina, como foi o parto, se correu tudo bem ou se teve problema.”

Entre os municípios envolvidos nas capacitações para parteiras tradicionais e profissionais de saúde encontram-se: Rio Branco, Xapuri, Tarauacá, Santa Rosa do Purús, Cruzeiro do Sul, Mâncio Lima, Rodrigues Alves, Marechal Thaumaturgo, Porto Walter.

4.3 O Projeto Resgate e Valorização das Parteiras Tradicionais do Estado do Amapá

Foi iniciado em 1995 pelo Governo Estadual do Amapá. Segundo o relato de Janete Capiberibe:

No final de 1995, vários segmentos até então sistematicamente excluídos das políticas públicas do Amapá passaram a ser considerados como protagonistas de projetos especiais, e aí foram incluídos: índios, negros, idosos, portadores de necessidades especiais, mulheres, e as parteiras da floresta, das regiões ribeirinhas e dos bairros periféricos da cidade grande, onde se encontram as migrantes recém-chegadas.

As parteiras são mulheres humildes, com idade entre 18 e 89 anos, a maioria não alfabetizada, que desenvolveram o dom de partejar herdado de suas mães e avós, e assim mantêm conhecimentos que são passados de geração a geração. Apesar da grande relevância social para as mulheres amazônicas, a arte de partejar ainda é exercida sem qualquer garantia trabalhista; as parteiras recebem das pacientes uma mão de milho, um panieiro de farinha, uma galinha caipira. Atuam onde não há médicos, saem riscando rios, igapós, igarapés, enfrentando os desafios da mãe natureza. As parteiras, mulheres guerreiras, vão onde alguma gestante espera pelo toque de suas mãos sábias e amigas, pelas rezas e cantos que fortalecem o espírito (CAPIBERIBE, 2002, p. 21).

Esse Projeto promoveu várias capacitações para as parteiras tradicionais e o fortalecimento da autoestima e do processo de organização das parteiras. Em 2000, as parteiras tradicionais foram incluídas no Programa Família Cidadã, do Governo Estadual, e passaram então a receber o benefício de meio salário mínimo por mês. Até o ano de 2001, haviam sido cadastradas 1.531 parteiras (AMAPÁ, 2002).

Entre os municípios envolvidos nas capacitações para parteiras tradicionais e profissionais de saúde encontram-se: Macapá, Arquipélago de Baillique/Macapá, Santana, Mazagão, Tartarugalzinho, Calçoene, Oiapoque, Cutias, Pracuúba, Porto Grande, Serra do Navio, Amapá, Vitória do Jari.



4.4 O Projeto Modelo de Desenvolvimento Sustentável da Floresta Caxiuanã – Pará

Desenvolvido pela Estação Científica Ferreira Penna/Museu Emílio Goeldi/PA, no município de Melgaço/PA, que a partir de 1998 passou a realizar capacitações para parteiras da região, em parceria com o Grupo Curumim, Gestação e Parto. Como desdobramento desse trabalho, no ano 2000, o Grupo Curumim elaborou o projeto “Modelo de Assistência Obstétrica Humanizada, Visando o Controle da Morbimortalidade Materna e Perinatal”, que foi aprovado por unanimidade pelos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) dos municípios de Melgaço/PA e Breves/PA, e foi financiado em grande parte pelo Unicef. Foram capacitadas 70 parteiras, para as quais foi distribuído o kit da parteira. Através do monitoramento dos resultados, executado pelo Grupo Curumim, foi possível observar o incremento da notificação de partos domiciliares, do encaminhamento para o pré-natal e do encaminhamento oportuno dos partos de risco para o hospital de referência de Breves, pelas parteiras tradicionais.

O projeto envolveu parceria com a 8ª Regional de Proteção Social da Secretaria Estadual de Saúde do Pará, com as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) dos municípios de Breves e Melgaço, o Ministério da Saúde e a Estação Científica Ferreira Penna/Museu Emílio Goeldi/PA. Como resultado desse trabalho, os sete municípios que integram a 8ª Regional de Proteção Social da Secretaria Estadual de Saúde do Pará, Anajás, Curralinho, Bagre, Breves, Gurupá, Melgaço e Portel, passaram a desenvolver ações voltadas para as parteiras tradicionais. Entretanto, estas ações caracterizam-se pela descontinuidade e pela pouca institucionalização (GRUPO CURUMIM, GESTAÇÃO E PARTO, 2002a, 2002b).

4.5 O Projeto Saúde e Direitos do Povo Kalunga e de suas Mulheres – Goiás

Iniciado em agosto de 1999, como projeto de pesquisa-ação, foi financiado pela Fundação MacArthur, e desenvolvido em parceria com a SES do Estado de Goiás, a Funasa, as SMS dos municípios que integram o Sítio Histórico e Patrimônio Cultural Kalunga, o Programa Interdisciplinar da Mulher – Estudos e Pesquisas (PIM-EP), da Universidade Católica de Goiás (UCG), o Departamento de Medicina Tropical, Saúde Coletiva e Dermatologia, do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP), da Universidade Federal de Goiás (UFG), e com várias organizações da sociedade civil.

Até o ano 2000, haviam sido identificadas 40 parteiras na comunidade Kalunga. Foram realizadas capacitações para as parteiras tradicionais e para os agentes comunitários de saúde, com o fornecimento de kits. Houve o resgate da autoestima das parteiras e o fortalecimento da sua organização. Foi feita uma intensa articulação com os poderes públicos locais para a melhoria da assistência à saúde da população Kalunga (PINTO; SANTOS, 2000).

Os municípios envolvidos por esse projeto foram: Teresina de Goiás, Monte Alegre de Goiás e Cavalcante, os municípios que têm em seu território comunidades quilombolas Kalunga.

4.6 As parteiras tradicionais das Reservas de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá e Amanã – Amazonas

A Sociedade Civil Mamirauá é a gestora das ações de desenvolvimento sustentável nas Reservas de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá e Amanã, localizadas na região do Médio Solimões, no Estado do Amazonas, por meio de convênio firmado com o Instituto de Proteção Ambiental do Amazonas (IPAAM), Secretaria de Desenvolvimento Sustentável (SDS), do Governo do Estado do Amazonas, atuando nessa área desde 1990.

Tem entre uma de suas linhas de ação a educação em saúde e meio ambiente, direcionadas principalmente às populações ribeirinhas de moradores e usuários dessas reservas. Desde 1998, vem desenvolvendo um trabalho com as parteiras tradicionais da região.

Em 2001 foi iniciada uma parceria entre a Sociedade Civil Mamirauá, o Ministério da Saúde, por meio das Áreas Técnicas de Saúde da Mulher e de Saúde do Adolescente e do Jovem, a Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas, as Secretarias Municipais de Saúde do Médio Solimões: Tefé, Alvarães, Uarini, Maraã, Jutai, Japurá e Fonte Boa e o Grupo Curumim, Gestação e Parto. Essa parceria tem por principal objetivo a capacitação de trabalhadores da área da saúde, incluindo-se entre eles as parteiras tradicionais, para a atenção qualificada e humanizada à saúde sexual e reprodutiva das populações dessas reservas. Foram realizadas várias capacitações para parteiras tradicionais e profissionais

de saúde, com distribuição de kits, que foram adquiridos pela Sociedade Civil Mamirauá e pela Secretaria Municipal de Saúde de Tefé (SOCIEDADE CIVIL MAMIRAUÁ, 2006, 2009).

4.7 As parteiras tradicionais de Minas Gerais

Em 2001, a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais inicia um trabalho para humanização e qualificação do parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais, em sintonia com o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais. Adquiriu kits para as parteiras tradicionais e em novembro de 2001, em parceria com o Ministério da Saúde e com o Grupo Curumim, Gestação e Parto realiza uma capacitação para profissionais de saúde em Diamantina, envolvendo os municípios de Montes Claros, Novo Cruzeiro, Ladainha, São José do Divino, Jordânia, Pedra Azul, Joaíma, Pirapora, Comereinho e São Francisco de Minas.

Nos anos subsequentes até 2006, a SES de Minas Gerais realizou capacitações para as parteiras tradicionais, envolvendo municípios do Vale do Jequitinhonha, entre outros, em parceria com o Ministério da Saúde, Grupo Curumim, Gestação e Parto, Hospital Sofia Feldman e Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes).

A mesorregião do Jequitinhonha está situada no norte do Estado de Minas Gerais. É uma região amplamente conhecida devido aos seus baixos indicadores sociais e também por ter características do sertão nordestino.

Entre os municípios abrangidos pelas capacitações voltadas para as parteiras tradicionais e para profissionais de saúde encontram-se: Chapada do Norte, Berilo, Jenipapo de Minas, Teófilo Otoni, Janaúba, Porteirinha, Janaúria, Varzelândia, Jaíba, Riacho dos Machados, Pai Pedro, Gameleira, Montes Claros, Novo Cruzeiro, Ladainha, São José do Divino, Pedra Azul, Joaíma, Pirapora, Comereinho, São Francisco de Minas e Catuti.

Em 2005, em uma parceria entre o Ministério da Saúde, Funasa e Grupo Curumim, Gestação e Parto, foi realizada uma capacitação para as parteiras indígenas da etnia Maxakalis.

4.8 As parteiras tradicionais da Paraíba

Em 2001, a Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba inicia um trabalho para humanização e qualificação do parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais, em sintonia com o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais. Em junho de 2001, em parceria com o Ministério da Saúde e com o Grupo Curumim, Gestação e Parto realiza uma capacitação para profissionais de saúde em João Pessoa/PB, envolvendo os municípios de Guarabira, Baía da Traição, Marcação, Rio Tinto, Mataraca, Patos, Sousa, Pombal, Princesa Isabel, Teixeira, Fagundes e São Bento.

A partir de 2003 até 2006, a SES realizou várias capacitações para parteiras tradicionais e profissionais de saúde, em parceria com o Ministério da Saúde e com o Grupo

Curumim, Gestação e Parto, envolvendo inclusive parteiras quilombolas da comunidade Caiana dos Crioulos e indígenas da  tnia Potiguar, com distribuição do *kit* da parteira.

Entre os municípios abrangidos por essas capacitações encontram-se: Guarabira, Baía da Traição, Marcação, Rio Tinto, Mataraca, Lagoa Seca, Patos, Sousa, Pombal, Princesa Isabel, Teixeira, Fagundes, São Bento, Mamanguape, Aroeiras, Pitimb , Santa Rita, Conde, Juripiranga, São José da Lagoa, Tapada, Nova Olinda, Catingueira, Vista Serrana, Boa Aventura, Vieirópolis, Lastros, Lagoa Seca (comunidade quilombola Caiana dos Crioulos).

4.9 O Programa Estadual de Parteiras Tradicionais de Pernambuco

O Programa Estadual de Parteiras Tradicionais (PEPT) da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco foi criado em 1993, porém o estado já possuía experiências anteriores de trabalho com parteiras tradicionais, como o *Programa de Parteiras Leigas do Centro Integrado Amaury de Medeiros (Cisam)*, de 1964, e o *Programa de Parteiras Curiosas da Fundação Sesp*, na década de 1980.

Entre as ações desenvolvidas pelo Programa encontram-se: o cadastramento e levantamento socioecon mico das parteiras; um processo de educação continuada com as parteiras tradicionais; a sensibilização de gestores municipais para a inclusão das parteiras tradicionais na atenção primária; o oferecimento do *kit* de materiais básicos para as parteiras que passaram por capacitação; entre outras ações. O conjunto dessas ações contribui para o reconhecimento das parteiras tradicionais e qualificação do seu trabalho.

Uma das estratégias de implementação do PEPT foi a criação, em 2007, de um sistema informatizado para cadastramento das parteiras do estado, que apresenta atualmente 972 parteiras cadastradas, sendo 853 parteiras tradicionais e as demais parteiras hospitalares. Desse conjunto de parteiras, cerca de 60% passaram por processo de capacitação. Das 853 parteiras tradicionais cadastradas até abril de 2009, em torno de 25% estão inativas (por morbidade ou opção), e 75% estão em atividade. Dos 185 municípios de Pernambuco, 71% (131) declararam ter parteiras em seu território.

Entre os municípios abrangidos pelas capacitações para parteiras tradicionais e profissionais de saúde, realizadas a partir de 2005, em parceria com o Ministério da Saúde e com o Grupo Curumim, Gestação e Parto, encontram-se: Xexéu, Jaboatão, Cabo,  gua Preta, Catende, Palmares, Olinda, Mirandiba, Flores, Ouricuri, Tr ndade, Salgueiro, Bodocó, Igarassú, Ipojuca, Abreu e Lima, Petrol na, Cabrobó, Orocó, Santa Maria da Boa Vista, Lagoa Grande, Afrânio, Caruaru, Agrestina, Belo Jardim, Barra de Guarabira, Ibirajuba, Dormentes, Camaubeira da Penha, Buique, Tacaratú, Jatobá, Petrolândia e Pesqueira.

4.10 Projeto Parteira Indígena Guarani e Tupi-Guarani do Estado de São Paulo

Em fevereiro de 2002, teve in cio o Projeto Parteira Indígena Guarani e Tupi-Guarani do Estado de São Paulo, que estava inserido no Projeto de Resgate da Medicina Tradicio-

nal Indígena, e que tinha por objetivos: 1. Resgatar as ações desenvolvidas pela parteira indígena; 2. Proporcionar um espaço permanente para troca de experiências entre elas; 3. Identificar mecanismos possíveis para estimular as próprias comunidades indígenas no resgate do trabalho da parteira.

O Projeto foi desenvolvido pela Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo em parceria com a Funasa e com a Fundação Projeto Rondon.

Esse Projeto teve como resultados: 1. a criação do *kit* parteira indígena; 2. contribuiu para a organização das mulheres indígenas Guaranis em associações; 3. o projeto de construção da Casa do Parto Indígena Guarani; 4. o aumento do número de partos realizados nas aldeias; 5. e a elaboração de uma Resolução da Secretaria Estadual de Saúde, a Resolução SS n  07, de 19 de janeiro de 2004, que normatiza os procedimentos a serem adotados pelos Hospitais de Referência no Projeto de Resgate da Medicina Tradicional, quando da realização do parto da  ndia Guarani nesses hospitais (SATO; GOLIM, 2003).

Segundo o artigo 2  da Resolução SS n  07/2004:

Artigo 2  – Os Hospitais relacionados no artigo anterior, como forma de adaptação, deverão adotar os seguintes procedimentos:

Parágrafo Primeiro – respeitar a dieta própria para a puérpera, segundo a tradição indígena Guarani até 40 dias após o parto, da seguinte forma: não poderá conter carne bovina, suína, feijão, peixe, ovo, leite sal, a   ar e frutas; deverá conter frango novo, arroz, mingau, milho e derivados.

Parágrafo Segundo – entregar a placenta devidamente acondicionada, ao responsável pela parturiente/parteira, quando da  tnia Guarani, se o parto ocorrer nestas instituições, mediante recibo cujo modelo consta do Anexo, da seguinte forma:

colocar a placenta em saco branco leitoso, segundo NBR n  9.191/2000, da ABNT e fechar; a seguir embrulhar em papel não transparente; por último colocar em sacola ou saco plástico e entregar (SÃO PAULO, 2004).

Quando o Projeto foi iniciado, existiam 15 parteiras indígenas e 14 auxiliares de parteiras, que passaram a usar os *kits* da parteira indígena (SATO; GOLIM, 2003).

4.11 Ações voltadas para promover a atenção   saúde da mulher  ndia

Em 2003, iniciou-se uma parceria entre a  rea Técnica de Saúde da Mulher (ATSM) do Ministério da Saúde e a Fundação Nacional de Saúde (Funasa), por meio do seu Departamento de Saúde Indígena (DSAI), com a finalidade de implementar a atenção   saúde da mulher  ndia nos 34 Dist ritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei) e reduzir a morbimortalidade da mulher  ndia.

Uma das ações iniciais dessa parceria foi a realização, ainda em 2003, na cidade de Rio Branco/AC, da 1  Oficina para Atenção   Saúde da Mulher Indígena dos DSEIs de Alto Juruá/AC e Alto Purus/AC.

No ano de 2005, foi realizada em Brasília a Pré-Oficina de Lideranças de Mulheres Índias para a Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança Índia.

Por meio de alguns convênios, a ATSM e a Funasa promoveram capacitações para parteiras índias e para profissionais de saúde das equipes de saúde indígena, encontrando-se entre elas:

❖ Por meio do convênio celebrado com o Grupo Curumim, Gestação e Parto foram realizadas capacitações para as parteiras das etnias Xavante (Dsei Xavante/MT); Maxakalis (Dsei Minas Gerais/Espírito Santo); para parteiras indígenas e profissionais das equipes de saúde indígena da região de São Gabriel da Cachoeira, no Estado do Amazonas; para parteiras indígenas de Pernambuco das etnias Pankará, Kapinawá, Pankararú e Xucurú; para parteiras indígenas da Paraíba da etnia Potiguar.

❖ Por meio do convênio com o Conselho Indígena de Roraima (CIR) e com o Grupo Curumim, Gestação e Parto foram realizadas capacitações em Roraima para as etnias Macuxi, Ingarikó, Wapichana e Wai Wai e para profissionais de saúde das equipes de saúde indígena de Roraima.

❖ Por meio de convênio com a Secretaria Estadual de Saúde do Acre e com o Grupo Curumim, Gestação e Parto foram capacitadas parteiras indígenas da região do Alto Juruá/AC.

❖ Por meio do convênio com o Centro de Humanização das Práticas Terapêuticas (CHPT) do Hospital São Pio X de Ceres/GO foram realizadas várias capacitações para profissionais de saúde das equipes de saúde indígena, com enfoque antropológico, para atenção integral à saúde da mulher Índia, envolvendo os diversos Dseis.

❖ Realização do Encontro sobre a Importância do Saber na Preservação da Cultura Guarani, em São Miguel do Iguazu/PR, em maio de 2007.



4.12 A atuação da Rede Nacional de Parteiras Tradicionais

Segundo Suelly Carvalho (2009), atual coordenadora da Rede Nacional de Parteiras Tradicionais (RNPT), também fundadora da ONG C.A.I.S. do Parto (Centro Ativo de Integração do Ser) e Parteira Griô Aprendiz pelo programa nacional de patrimônio imaterial do Ministério da Cultura (Ação Griô Nacional), a RNPT foi criada como uma estratégia de organização e articulação política entre parteiras tradicionais, pessoas aliadas e o sistema de saúde. A RNPT já realizou 5 (cinco) encontros nacionais, 3 (três) encontros internacionais, ajudou a organizar 54 (cinquenta e quatro) associações de parteiras tradicionais nas regiões Norte, Nordeste e no estado de Minas Gerais.

Em setembro de 2004, foi realizada a Reunião Nacional e Encontro Internacional, com participação de 300 (trezentas) parteiras tradicionais de 16 (dezesesseis) estados e Distrito Federal: Distrito Federal (DF); Amapá (AP); Pará (PA); Maranhão (MA); Rio de Janeiro (RJ); São Paulo (SP); Pernambuco (PE); Paraíba (PB); Acre (AC); Amazonas (AM); Bahia (BA); Minas Gerais (MG); Espírito Santo (ES); Goiás (GO); Paraná (PR); Santa Catarina (SC); Sergipe (SE). Esse encontro contou também com a participação de três representações internacionais de parteiras tradicionais do México, Paraguai e Estados Unidos. O evento aconteceu no distrito de Oliveira dos Campinhos, município de Santo Amaro da Purificação, no estado da Bahia (CARVALHO, 2009).

A Rede Nacional de Parteiras Tradicionais está representada em importantes espaços políticos, como por exemplo, na Comissão Nacional de Monitoramento e Avaliação da Implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, uma iniciativa do Ministério da Saúde com uma gama de organizações do setor público e da sociedade civil, lançada em março de 2004.

5 Considerações Finais

O parto e o nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais inserem-se no contexto das ações básicas de saúde. Se por um lado, a atenção básica, desde a criação da Saúde da Família (SF), em 1994, vem se fortalecendo e se expandindo, tendo alcançado um número significativo de municípios de pequeno porte, por outro lado, a atenção à saúde, muitas vezes, fica restrita às áreas urbanas desses municípios.

Portanto, ainda se constitui um desafio à expansão e à qualificação da Estratégia Saúde da Família para atender as áreas rurais, ribeirinhas, regiões de difícil acesso, as populações com elevado grau de exclusão social e os povos e comunidades tradicionais. É um desafio maior ainda o de incluir nessa estratégia os detentores de saberes e práticas tradicionais existentes na comunidade, tais como as parteiras tradicionais, valorizando e qualificando o seu trabalho, com vistas a potencializar e ampliar as atividades de atenção primária em saúde.

Em 1978, a **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**, realizada em Alma-Ata, Kazaquistão (URSS), já sinalizava que a priorização da atenção primária é condição essencial para a viabilização do princípio da universalidade. Essa Conferência recomendou, ainda, a formulação de políticas e regulamentações nacionais referentes à utilização de remédios tradicionais de eficácia comprovada e a exploração das possibilidades de se incorporar os detentores de conhecimentos tradicionais às atividades de atenção primária em saúde, fornecendo-lhes treinamentos correspondentes (DECLARAÇÃO..., 2003).

Nessa mesma direção, com o reconhecimento da importância da assistência prestada pelas parteiras tradicionais, foi elaborada em 1992 uma declaração conjunta da Organização Mundial da Saúde (OMS), do Fundo de População das Nações Unidas (FNUAP) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) sobre as parteiras leigas¹ (PL), em que é ratificada a necessidade desse trabalho (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A POPULAÇÃO; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 1992).

Contudo, apesar dessas diretrizes que recomendam o desenvolvimento de ações para a melhoria do parto e do nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais, a maioria das ações do setor público ainda é insuficiente e caracteriza-se pela descontinuidade e baixa institucionalização.

Ainda é presente, portanto, um cenário de insuficiência de políticas públicas voltadas para a atenção à saúde dos povos e comunidades tradicionais, das populações rurais e daquelas vivendo em regiões de difícil acesso e/ou de exclusão social.

Dessa forma, com vistas à diminuição de desigualdades, à equalização de oportunidades e à correção de iniquidades entre as regiões que compõem o Brasil, no que se refere

¹ Reconhecendo os saberes e práticas tradicionais, o Ministério da Saúde utiliza a denominação parteira tradicional em substituição à denominação parteira leiga.

ao acesso aos serviços e ações de saúde, faz-se necessário a formulação e a implementação de políticas públicas que contemplem essas populações.

A maioria dos gestores e dos profissionais de saúde ainda não incorporou o parto e o nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais como uma responsabilidade do SUS, no âmbito da atenção básica à saúde. Faz-se necessário, portanto, intensificar a discussão sobre esta questão nas instâncias de pactuação (Comissão Intergestores Tripartite – CIT e Comissão Intergestores Bipartite – CIB) e de controle social (Conselho Nacional de Saúde – CNS, Conselho Estadual de Saúde – CES, Conselho Municipal de Saúde – CMS, conferências de saúde) do SUS. Assim como, com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e com o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems).

Ressalte-se que, com relação ao local do parto, ocorrendo este no hospital ou no domicílio, o importante é assegurar que se crie um ambiente seguro e favorável à evolução fisiológica do parto, com a garantia de privacidade, de apoio emocional à mulher e da presença de acompanhantes da sua escolha. O ambiente também deve ser propício para que a mulher possa vivenciar plenamente este momento, com autonomia e protagonismo, mediante a garantia do seu bem-estar físico e emocional, com o mínimo de intervenções e uma atenta observação e acompanhamento.

Faz-se necessário, portanto, que os gestores federais, estaduais e municipais efetivem a articulação entre o trabalho desenvolvido pelas parteiras tradicionais e o Sistema Único de Saúde (SUS), definindo diretrizes para o apoio e a qualificação do parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais, que promovam a superação do atual panorama de isolamento, exclusão, desigualdades e injustiças que envolvem mulheres e bebês assistidos por parteiras.

Referências

ABREU, I. P. H. Assistência ao parto domiciliar. In: JUCÁ, L.; MOULIN, N. (Org.). *Parindo um mundo novo*: Janete Capiberibe e as parteiras do Amapá. São Paulo: Cortez, 2002, p. 73-77.

_____. *Trabalhando com Parteiras Tradicionais*: a experiência do Ministério da Saúde no período de 2000 a 2004. Brasília, 2005. 84 f. Trabalho de conclusão de curso (Pós-graduação em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde)–Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

ABREU, I. P. H.; MELO, N.; VIANA, A. P. Parteiras Tradicionais: uma questão importante. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 795, jul. 2003. Livro de resumos I.

ACRE. Secretaria de Estado de Saúde e Saneamento. *Diagnóstico de Saúde Materno Infantil do Interior do Estado do Acre/1997/1998*. Rio Branco, 1999. 96 p.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. *Projeto de Convênio para Capacitação de Profissionais de Saúde e Parteiras Tradicionais em Atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva de Adultos e Adolescentes e População Indígena da Região do Alto Juruá-AC, apresentado ao Ministério da Saúde*. Rio Branco, 2003. Mimeografado.

ALMEIDA, M. B. de et al. Habitantes: os seringueiros. In: CUNHA, M. C. da; ALMEIDA, M. B. de (Org.). *Enciclopédia da Floresta – o Alto Juruá*: práticas e conhecimentos das populações. São Paulo: Companhia das Letras, 2002. p. 105-146.

AMAPÁ. Agência de Promoção da Cidadania. *Relatório Avaliativo dos Cursos de Capacitação Realizados no Período de Maio à Agosto de 2001, nos Municípios de Santana, Mazagão, Bailique (Área Rural de Macapá), Oiapoque (Requalificação) e Tartarugalzinho*. Macapá, 2001. Mimeografado.

_____. Agência de Promoção da Cidadania. Secretaria Estadual de Saúde. *Projeto Resgate e Valorização das Parteiras Tradicionais do Estado do Amapá*. Macapá, 2002. 5 p.

ASSOCIAÇÃO DOS SERINGUEIROS E AGRICULTORES DA RESERVA EXTRATIVISTA DO ALTO JURUÁ (ASAREAJ). *Parteiras Tradicionais da Floresta*. Cruzeiro do Sul, AC: [s.n.], 1998. 69 p.

BANDLER, R. Notas de Leitura. In: BRUXAS, Parteiras e Enfermeiras. Recife, PE: SOB, 1992. 18 p.

BESSA, Lucineide Frota. *Condições de trabalho de parteiras tradicionais*: algumas características no contexto domiciliar rural. 1997. 186 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher)–Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1997.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Setembro, 2009. Rio de Janeiro: ANS, 2009. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/portal/site/informacoesss/informacoesss.asp>> Trimestral. Acesso em: mar, 2010.

_____. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o subsistema de Atenção à Saúde Indígena. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 de setembro de 1999a.

_____. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 abr. 2005a.

_____. Ministério da Saúde. *Assistência Integral à Saúde da Mulher*. bases de ação programática. Brasília, 1984. 27 p., il. (Série B. Textos Básicos de Saúde, 6).

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Programa Nacional de Partes Tradicionais*. Brasília, 1991. 10 p.

_____. Ministério da Saúde. Grupo Curumim, Gestação e Parto. *Livro da Parteira*. Brasília, 2000a. 166 p.

_____. Ministério da Saúde. Grupo Curumim, Gestação e Parto. *Melhoria da Assistência ao Parto Domiciliar*. uma responsabilidade do SUS. Brasília, 2003. Fôlder.

_____. Ministério da Saúde. Grupo Curumim, Gestação e Parto. *Trabalhando com Partes Tradicionais*. 2. ed. atual. e rev. Brasília, 2000b. 86 p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 426, de 4 de abril de 2001. Define para o Distrito Federal e os Estados que não aderiram ao pacto na forma proposta na Portaria GM/MS 466, de 14/06/2000, os limites totais de cesáreas para o ano de 2001. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 abr. 2001a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 466, de 14 de junho de 2000. Estabelece como competência dos Estados e do Distrito Federal a definição de limite, por hospital de percentual máximo de cesarianas em relação ao número total de partos realizados e ainda a definição de outras estratégias para a obtenção de redução destes procedimentos no âmbito do estado. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 jun. 2000c.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1 de junho de 2000. Institui o programa de humanização no pré-natal e nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 jun. 2000d.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 693, de 5 de julho de 2000. Institui a Norma de Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Peso (Método Canguru). Brasília, 2000e.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 985, de 5 de agosto de 1999. Cria o centro de parto normal – CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, para o atendimento à mulher no período gravídico-puerperal. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 ago. 1999b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.418, de 2 de dezembro de 2005. Regulamenta em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 dez. 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.816, de 29 de maio de 1998. Determina que o programa de digitação de autorização de internação hospitalar, SISAH01, seja implantado crítica, visando o pagamento do percentual máximo de cesarianas, em relação ao total de partos por hospital. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 2 jun. 1998a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.883, de 4 de junho de 1998. Institui o prêmio nacional Prof. Galba de Araújo, destinado ao reconhecimento do estabelecimento de saúde integrante da rede SUS, com destaque no atendimento obstétrico e neonatal. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 jun. 1998b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.016, de 19 de junho de 1998. Institui o programa de apoio à implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar para atendimento a gestante de alto risco. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 jun. 1998c.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.477, de 20 de agosto de 1998. Cria mecanismos para a implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar no atendimento a gestante de alto risco. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 ago. 1998d.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.482, de 20 de agosto de 1998. Inclui na tabela do sistema de informação hospitalar – SIH/SUS, os grupos de procedimentos abaixo relacionados, exclusivos para cobrança por hospitais habilitados nos sistemas de referência hospitalar no atendimento terciário a gestante de alto risco. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 ago. 1998e.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Assistência ao Parto Domiciliar por Partes Tradicionais*: manual para monitores e supervisores. Brasília, 1994a. 35 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Assistência ao Parto Domiciliar por Partes Tradicionais*: módulos das ações básicas de assistência integral à saúde da mulher e da criança. Brasília, 1994b. 73 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Diretrizes Básicas de Assistência ao Parto Domiciliar por Parteiras Tradicionais*. Brasília, 1994c. 51 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Consultas profissionais. In: _____. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde*. Brasília, 2009a. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Profissional_com_CBO.asp>.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Atenção Humanizada ao Abortamento*: norma técnica. Brasília, 2005c. 36 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada*: manual técnico. Brasília, 2006a. 160 p., il. (Série A. Normas e manuais técnicos) (Série direitos sexuais e direitos reprodutivos. Caderno, n. 5).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual*: perguntas e respostas para profissionais de saúde. Brasília, 2005d. 20 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Estudo da Mortalidade de Mulheres de 10 a 49 anos, com Ênfase na Mortalidade Materna*: relatório final. Brasília, 2006b. 126 p., il. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*: plano de ação 2004 - 2007. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 48 p., il. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*: princípios e diretrizes. Brasília, 2004b. 82 p., il. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Relatório de Gestão 2003 a 2006*: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Brasília, 2007a. 128 p., il. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Estabelecimentos cadastrados. In: _____. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde*. Brasília, 2010. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_es_Estado.asp. Acesso em: jul. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Participe do Pacto Nacional e contribua para a melhoria da qualidade de vida das mulheres e crianças brasileiras*: balanço de dois anos do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal: dados atualizados em 21/7/2006. Brasília, 2006c. Fôlder.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Reduzindo as Desigualdades e Ampliando o Acesso à Assistência à Saúde no Brasil 1998-2002*. Brasília, 2002a. 280 p., il. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Manual dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal*. Brasília, 2005e. 60 p., il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *PND5 2006*: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: relatório. Brasília, 2008a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_pnds2006.pdf>. Acesso em: 20 out. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru*: manual de curso. Brasília, 2002b. 196 p., il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *O Desafio de Construir e Implementar Políticas de Saúde*: relatório de gestão 2000-2002. Brasília, 2002c. 236 p., il. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília, 2001b. 199 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento*: informações para gestores e técnicos. Brasília, 2000f. 18 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Programa Saúde da Mulher*: relatório de gestão 1998 a 2002. Brasília, 2002d. 13 p. Mimeografado.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Saúde da mulher brasileira. *Revista Promoção da Saúde*, Brasília, ano 3, n. 6, out. 2002e.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. *Saúde Brasil 2005*: uma análise da situação de saúde no Brasil. Brasília, 2005f. 822 p., il. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. *Saúde Brasil 2006*: uma análise da desigualdade em saúde. Brasília, 2006d. 620 p., il. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. *Saúde Brasil 2007*: uma análise da situação de saúde. Brasília, 2008b. 641 p., il. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Diretoria de Investimentos e Projetos Estratégicos. *Saúde Amazônia: relato de processos, pressupostos, diretrizes e perspectivas de trabalho para 2004*. 2. ed. atual. Brasília, 2004c. 32 p., il. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. *Plano de Qualificação da Atenção à Saúde na Amazônia Legal: Plano Saúde Amazônia*. Brasília, 2006e. 84 p., il. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Informática do SUS. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. *IDB 2007 Brasil – Indicadores e Dados Básicos para a Saúde*. Brasília, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Informática do SUS. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. *IDB 2008 Brasil – Indicadores e Dados Básicos para a Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. *HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília, 2004d. 60 p., il. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. *Programa Saúde da Família – PSF*. Brasília, 2002f. 36 p., il. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 37).

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Escola Nacional de Administração Pública (Enap). *Ações premiadas no 7º Concurso de Inovações na Gestão Pública Federal Prêmio Hélio Beltrão 2002*. Brasília, 2002g. p. 153-159.

BRASIL. Presidência da República. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília: Ipea, 2010.

BRENES, Anayansi Correa. *Bruxas, comadres ou parteiras: a obscura história das mulheres e a ciência: dos contornos do conflito parteiras e parteiros franceses*. Belo Horizonte, MG: COOPMED, 2005. 96 p.

CAPIBERIBE, J. Os Anjos da Floresta. In: JUCÁ, L.; MOULIN, N. (Org.). *Parindo um mundo novo: Janete Capiberibe e as parteiras do Amapá*. São Paulo: Cortez, 2002. p. 21.

CAPRA, F. *O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente*. 20. ed. São Paulo: Cultrix, 1996. 447 p.

CARNEIRO, L. M.; VILELA, M. E. Humanização da Assistência ao Parto e Nascimento: relato de uma experiência. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.8, n. 1, p. 32, jul. 2003. Livro de resumos I.

CARNEIRO, L. M.; VILELA, M. E. Parteiras da Floresta. In: JUCÁ, L.; MOULIN, N. (Org.). *Parindo um mundo novo: Janete Capiberibe e as parteiras do Amapá*. São Paulo: Cortez, 2002. p. 78-87.

CARVALHO, Suely. Cais do Parto e Rede Nacional de Parteiras Tradicionais. In: RATTNER, Daphne; FERRAZ, Sonia Terra (Organizadoras). *A Medicina Tradicional e os Sistemas Municipais de Saúde: humanização do parto sob o enfoque do patrimônio cultural*. Brasília: Conasems, 2009.

CHAMILCO, R. A. da S. I. *Práticas obstétricas adotadas pelas parteiras tradicionais na assistência ao parto e nascimento domiciliar em um município da Amazônia Legal – Santana - AP*. 2001. 184 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)–Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

CUNHA, M. C. da.; ALMEIDA, M. B. de. (Org.). *Enciclopédia da floresta: o Alto Juruá: práticas e conhecimentos das populações*. São Paulo: Companhia das Letras, 2002. 735 p. DECLARAÇÃO de Alma-Ata. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE; CONFERÊNCIA SÉRGIO AROUCA, 12., 2003, Brasília. *Manual...* Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2003.

DE PARTEIRA a parteira. Produção do Ministério da Saúde/Grupo Curumim, Gestação e Parto (ONG). Melgaço, PA: [s.n.], 2004. 1 videocassete (25 min.), VHS, son., color.

DIAS, M. D. *Mãos que acolhem vidas: as parteiras tradicionais no cuidado durante o nascimento em uma comunidade nordestina*. 2002. Tese (Doutorado)–Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

DINIZ, C. S. G. *Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social*. 1996. Dissertação (Mestrado)–Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

_____. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, jul./set. 2005.

DINIZ, S. G.; DUARTE, A. C. *Parto normal ou cesárea?: O que toda mulher deve saber (e todo homem também)*. Rio de Janeiro: UNESP, 2004. (Saúde e cidadania).

ENCONTRO NACIONAL DOS NOVOS PREFEITOS E PREFEITAS, 2009, Brasília. [Apresentação...] Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em: <[Http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/apresentacao_novosprefeitos.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/apresentacao_novosprefeitos.pdf)>. Acesso em: 6 mar. 2009.

EHRENREICH, B.; ENGLISH, D. *Complaints and Disorders: the sexual politics of sickness*. Londres: Writers and Readers Publisher Cooperative, 1973.

_____. *Witches, Midwives and Nurse: a history of women healers*. Londres: Writers and Readers Publisher Cooperative, 1976.

FAÚNDES, A.; CECATTI, J. G. (Org.). *Morte materna uma tragédia evitável*. Campinas: UNICAMP, 1991a.

_____. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 150-173, 1991b.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 12. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1996. 295 p.

_____. *O Nascimento da clínica*. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004. 231 p.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996. 146 p. (Coleção Leitura).

GOMES, M. L. *Um encontro de mulheres – dar à luz*. Rio de Janeiro, 1996. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)–Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1996.

GRUPO CURUMIM, GESTAÇÃO e PARTO. Grupo Curumim: trabalho no Amapá. In: JUCÁ, L.; MOULIN, N. (Org.). *Parindo um mundo novo*: Janete Capiberibe e as parteiras do Amapá. São Paulo: Cortez, 2002a. p. 96-105.

_____. *Projeto de convênio para capacitação de parteiras tradicionais e profissionais de saúde para atenção humanizada e segura ao parto domiciliar, apresentado ao Ministério da saúde*. Recife: [s.n.], 2003. Mimeografado.

_____. *Relatório do Convênio nº 376/2003, realizado com o Ministério da Saúde*. Recife: [s.n.], 2005. Mimeografado.

_____. *Relatório do Convênio nº 1431/2000, realizado com o Ministério da Saúde*. Recife: [s.n.], 2001. Mimeografado.

_____. *Relatório do Convênio nº 2622/2002, realizado com o Ministério da Saúde*. Recife: [s.n.], 2004. Mimeografado.

_____. *Projeto Moara*. Recife: [s.n.], 2002b.

ILLICH, I. *A expropriação da saúde: Nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. 196 p.

_____. *Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2008*. Rio de Janeiro, 2008. (Série Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 23).

_____. [Site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística]. [2009?]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: set. 2009.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). *Comunicado da Presidência nº 9 – Pnad 2007: Primeiras análises – Pobreza e mudança social*. 2008. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/pdf/Pnad_2007_AnálisesPobreza.pdf>. Acesso em: fev. 2009.

_____. *Radar Social 2006*. Brasília, 2006. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/livros/radar2006/02_renda.pdf>. Acesso em: fev. 2009.

LAMY, Z. C. et al. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – método canguuru: a proposta brasileira. *Ciência e Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 10, n. 3, p. 569-668, 2006.

LITOFF, J. B. The midwife throughout history. *J. Nurs Midw.*, [S.l.], v.27, n. 6, p. 3-11, 1982.

LUZ, M. T. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988. 152 p.

MASCELANI, A. Um mergulho no mundo das parteiras: aquelas que vivem às margens dos rios e igarapés da região amazônica de Caxiuanã e Melgaço, PA. In: JUCÁ, L.; MOULIN, N. (Org.). *Parindo um mundo novo*: Janete Capiberibe e as parteiras do Amapá. São Paulo: Cortez, 2002. p.112-125.

MERHY, E. E.; CHAKKOUR, M. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Assistência ao parto normal: um guia prático - Relatório de um grupo técnico*. Genebra, 1996. 53 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS); FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A POPULAÇÃO (FNUAP); FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). *Parteiras Leigas: uma declaração conjunta da OMS/FNUAP/UNICEF*. Genebra: OMS, 1992. 25 p.

OSAVA, R. H.; TANAKA, A. C. d' A. Os paradigmas da enfermagem obstétrica. *Revista. Esc. Enf. USP*, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 96-108, abr. 1997.

PAIM, J. S. Atenção à saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde no Brasil – contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa*. Brasília, 2004, 306 p., il. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

PARTEIRAS Kalungas. Produção do Ministério da Saúde/Área Técnica de Saúde da Mulher. Teresina, GO: [s.n.], 2001. 1 videocassete (7 min), VHS, son., color.

PINTO, A. P.; SANTOS, A. M. dos. *Relatório parcial do projeto "Saúde e Direitos do Povo Kalunga e de suas Mulheres"*. Goiânia: [s.n.], 2000. Mimeografado.

POCHMANN, M.; AMORIM, R. (Org.). *Atlas da exclusão social no Brasil*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2004. 222 p.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). *Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil*. [200-?]. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/atlas/>>. Acesso em: fev. 2009.

Material em posse do Ministério da Saúde - não pode ser usado para fins comerciais
 Folha 54
 Proc. Nº. 119-1-15
 19.07.14

ANEXOS

Anexo A – Capacitações realizadas no período de 2000 a 2010

Quadro 3 – Capacitações realizadas em 2000

UF	Município onde ocorreu a capacitação/parcerias envolvidas/ municípios envolvidos	Público-Alvo	Período	Total de Participantes	Facilitadores(as)
AP	Macapá/SES/AP/, Agemp/AP, Ministério da Saúde e Grupo Curumim.	Profissionais de Saúde	Agosto	38	Grupo Curumim
	Oiapoque/SES/AP, Agemp/AP/, Ministério da Saúde, pesquisadoras da Fundação MacArthur e da Universidade Católica de Goiás e Grupo Curumim.	Parteiras	Outubro	33	Grupo Curumim, técnicos da SES/AP, técnica da ATSM/MS, pesquisadoras da Fundação Mac Arthur e da Universidade Católica de Goiás.
AC	Rio Branco/SES/AC, Ministério da Saúde e Grupo Curumim.	Profissionais de saúde	Dezembro	22	Grupo Curumim
PA	Belém/SES/PA, Ministério da Saúde e Grupo Curumim.	Profissionais de saúde	Novembro	34	Grupo Curumim e técnicas da ATSM/MS.
	Paragominas/SES/PA, SMS de Paragominas, Ministério da Saúde e Grupo Curumim.	Parteiras	Dezembro	22	Técnicas da ATSM/MS e técnicas da SES/PA.
Total de profissionais de saúde capacitados				94	
Total de parteiras tradicionais capacitadas				55	

Fonte: Área Técnica de Saúde da Mulher/SAS/MS

Quadro 4 – Capacitações realizadas em 2001

UF	Município onde ocorreu a capacitação/parcerias envolvidas/ municípios envolvidos	Público-Alvo	Período	Total de Participantes	Facilitadores(as)
AC	Xapuri/ SES/AC, SMS de Xapuri, Ministério da Saúde, Rede Acreana de Homens e Mulheres, Mama e Grupo Curumim.	Parteiras	Julho	26	Grupo Curumim, Mama, Rede Acreana de Homens e Mulheres, Técnicas da SES/AC.

continua

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. Resolução SS nº 7, de 19 de janeiro de 2004. *Diário Oficial do Estado de São Paulo*, Poder Executivo, São Paulo, SP, 20 jan. 2004. Seção 1.

SATO, A.; GOLIM, R. de C. *Dívida Social. O Respeito à Cultura de um Povo: o trabalho da parteira indígena Guarani*. 2003. Trabalho apresentado ao 11º Congresso Panamericano de Profissionais de Enfermagem e no 55º Congresso Brasileiro de Enfermagem (CBEn), Rio de Janeiro, 2003.

SERRUYA, S. J. *A experiência do programa de humanização no pré-natal e nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil*. 2003. 114 f. Tese (Doutorado em Tocoginecologia)–Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL (BEMFAM). *Pesquisa nacional sobre demografia e saúde*, 1996. Rio de Janeiro, 1997.

SOCIEDADE CIVIL MAMIRAUÁ. *Projeto de convênio para a atenção humanizada ao parto e nascimento e para atenção humanizada à saúde sexual e reprodutiva para as populações das reservas de desenvolvimento sustentável mamirauá e amanã - apresentado ao Ministério da Saúde*. Tefé, AM: [s. n.], 2003. Mimeografado.

_____. *Relatório Final 2006: convênio para atenção humanizada ao parto e nascimento e para atenção humanizada à saúde sexual e reprodutiva para as populações das Reservas de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá e Amanã: FNS – 2901/2003*. Belém, PA, 2006.

_____. *Relatório Final 2008: convênio para atenção humanizada ao parto e nascimento e para atenção humanizada à saúde sexual e reprodutiva para as populações das Reservas de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá e Amanã: FNS – 1196/2005*. Belém, PA, 2009.

TANAKA, A. C. d' A. *Maternidade: dilema entre nascimento e morte*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. 107 p.

TAVARES, C. S. C. *Iniciação à visão holística*. Rio de Janeiro: Record, 1993. 167 p. (Coleção Iniciação) (Nova Era).

VIEIRA, E. M. *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. 84 p.

WALDMAN, E. A.; JORGE, M. H. M. Vigilância para acidentes e violência: instrumento para estratégias de prevenção e controle. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 4, n. 1, p. 71-79, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Appropriate Technology for birth. *The Lancet*, [S.l.], v. 8452, n. 2, p. 436-437, 1985.

_____. *Recommendations for Appropriate Technology Following Birth*. [S.l.], 1986. Disponível em: <<http://www.who.dk>>.

continuação

UF	Município onde ocorreu a capacitação/ parcerias envolvidas/ municípios envolvidos	Público-Alvo	Período	Total de Participantes	Facilitadores(as)
AP	Santana/SES/AP, Agemp/AP, Ministério da Saúde e CHPT.	Parteiras	Maio	54	CHPT, técnicos da SES/ AP e da Agemp/AP.
	Mazagão/ SES (AP), Agemp (AP), Ministério da Saúde e CHPT.	Parteiras	Junho	53	CHPT, técnicos da SES- AP e da Agemp/AP.
	Arquipélago de Bailique/ Macapá/SES/AP, Agemp/AP, Ministério da Saúde e CHPT.	Parteiras	Julho	48	CHPT, técnicos da SES/ AP e da Agemp/AP.
	Tartarugalzinho/SES/AP, Agemp /AP, Ministério da Saúde e CHPT.	Parteiras	Agosto	73	CHPT, técnicos da SES/ AP e da Agemp/AP.
	Calçoene/SES/AP, Agemp/AP, Ministério da Saúde e CHPT.	Parteiras	Setembro	42	CHPT, técnicos da SES/ AP e da Agemp/AP.
AM	Tefé/Instituto de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá (IDSM), Ministério da Saúde, Grupo Curumim, SMS dos municípios envolvidos: Tefé, Alvarães, Uarini, Maraã.	Parteiras	Setembro	24	Grupo Curumim, técnicas da ATSM/MS.
		Profissionais de saúde		15	
PA	Breves/SES/PA, Ministério da Saúde, Grupo Curumim. SMS dos municípios envolvidos: Breves, Gurupá, Anajás, Curralinho, Portel, Melgaço.	Parteiras	Fevereiro	35	Grupo Curumim, técnicas da ATSM/MS.
		Profissionais de saúde		15	
	Melgaço/SES/PA, SMS de Melgaço, Ministério da Saúde e Grupo Curumim.	Agentes comunitários de saúde	Julho	37	Grupo Curumim
RR	Boa Vista/SES/RR, Ministério da Saúde e Grupo Curumim. Municípios envolvidos: Mucajaí, Alto Alegre, Bonfim, Amajari, Rorainópolis, Normandia, Pacaraima.	Profissionais de saúde	Novembro	12	Grupo Curumim
		Parteiras		4	

continua

continuação

UF	Município onde ocorreu a capacitação/ parcerias envolvidas/ municípios envolvidos	Público-Alvo	Período	Total de Participantes	Facilitadores(as)
AL	Maceió/SES/AL, SMS de Maceió, Ministério da Saúde e Grupo Curumim.	Parteiras	Outubro	11	Grupo Curumim, técnicas da ATSM/MS.
		Profissionais de saúde		15	
MA	Imperatriz/SMS de Imperatriz, Ministério da Saúde e Grupo Curumim.	Parteiras	Abril	15	Grupo Curumim, técnicas da ATSM/MS.
		Profissionais de saúde		28	
PB	João Pessoa/SES/PB, Ministério da Saúde e Grupo Curumim. Municípios envolvidos: Guarabira, Baía da Traição, Marcação, Rio Tinto, Mataraca, Patos, Sousa, Pombal, Princesa Isabel, Teixeira, Fagundes, São Bento.	Profissionais de saúde	Junho	29	Grupo Curumim, técnicas da ATSM/MS.
GO	Teresina de Goiás/equipe do Projeto Kalunga, Ministério da Saúde, Grupo Curumim, Funasa, SES/GO e SMS dos municípios envolvidos: Teresina de Goiás, Monte Alegre de Goiás e Cavalcante.	Parteiras quilombolas Kalungas	Maio	40	Grupo Curumim, técnicas da ATSM/MS, equipe do Projeto Kalunga.
MG	Diamantina/SES/MG, Ministério da Saúde e Grupo Curumim. Municípios envolvidos: Diamantina, Montes Claros, Novo Cruzeiro, Ladainha, São José do Divino, Jordânia, Pedra Azul, Joaíma, Pirapora, Comereinho, São Francisco de Minas.	Profissionais de saúde	Novembro	26	Grupo Curumim, Técnicas da ATSM/MS.
Total de profissionais de saúde capacitados				177	
Total de parteiras tradicionais capacitadas				458	

Fonte: Área Técnica de Saúde da Mulher/SAS/MS.

Quadro 5 – Capacitações realizadas em 2002

UF	Município onde ocorreu a capacitação/ parcerias envolvidas/ municípios envolvidos	Público-Alvo	Período	Total de Participantes	Facilitadores(as)
AC	Marechal Thaumaturgo/SES /AC Ministério da Saúde, Mama, CTA e Grupo Curumim.	Parteiras tradicionais	Março	57	Grupo Curumim, técnicas da SES/AC, Mama e CTA.

continua

continuação

AP	Macapá/SES/AP, Agemp (AP), Ministério da Saúde e Grupo Curumim.	Profissionais de saúde	Junho	18	Grupo Curumim
AM	Tefé/IDSM/AM, Ministério da Saúde Grupo Curumim, SMS dos municípios envolvidos: Tefé, Alvarães, Uarini e Maraã	Parteiras tradicionais	Fevereiro	29	Grupo Curumim
		Profissionais de saúde		11	
PA	Bragança/SES (PA), SMS de Bragança, Ministério da Saúde, Grupo Curumim.	Parteiras tradicionais	Março	20	Grupo Curumim, técnicas da SES/PA.
	Melgaço/SMS de Melgaço, Ministério da Saúde, Grupo Curumim.	Parteiras tradicionais	Agosto	16	Grupo Curumim, técnica da SMS de Melgaço.
	Santarém/SMS de Santarém, Ministério da Saúde, Grupo Curumim.	Parteiras tradicionais	Dezembro	16	Grupo Curumim
		Profissionais de saúde		15	
RR	Boa Vista/CIR/RR, Funasa, Ministério da Saúde, Grupo Curumim.	Parteiras indígenas das etnias Macuxi, Ingarinkó, Wapichana e Wai Wai.	Agosto	29	Grupo Curumim, técnica do CIR.
	Boa Vista/CIR/RR, Funasa, Ministério da Saúde, Grupo Curumim.	Profissionais de saúde do CIR/RR.	Novembro	13	Grupo Curumim
AL	Maceió/SES/AL, Ministério da Saúde, Grupo Curumim. Municípios envolvidos: Maceió, Palmeira dos Índios.	Profissionais de saúde	Fevereiro	24	Grupo Curumim
MA	São Luís/SES/MA, Ministério da Saúde, Grupo Curumim. Municípios envolvidos: São Luís, Imperatriz, Vargem Grande, Matinha, Axixá, São João Batista, Codó, Pinheiro, Riachão, Bequimão, Santana do Maranhão, Urbano Santos, Alto Alegre do Pindaré, Belágua, Paulino Neves, Presidente Juscelino, Santa Inês, Santa Helena, Grajaú.	Profissionais de saúde	Junho	30	Grupo Curumim e técnicas da ATSM/MS.
MG	Chapada do Norte/SES/MG, Ministério da Saúde, Grupo Curumim, Hospital Sofia Feldman (MG) e Unimontes/MG. Municípios envolvidos: Berilo, Jenipapo de Minas.	Parteiras tradicionais	Maio	29	Grupo Curumim, técnicas da SES/MG, do Hospital Sofia Feldman/ MG e Unimontes.
Total de profissionais de saúde capacitados				111	
Total de parteiras tradicionais capacitadas				198	

Fonte: Área Técnica de Saúde da Mulher/SAS/MS

Quadro 6 – Capacitações realizadas em 2003

UF	Município onde ocorreu a capacitação/ parcerias envolvidas/ municípios envolvidos	Público-Alvo	Período	Total de participantes	Facilitadores(as)
AC	Rio Branco/SES/AC, Ministério da Saúde, Grupo Curumim. Municípios envolvidos: Rio Branco, Xapuri, Tarauacá, Santa Rosa de Purus, Cruzeiro do Sul, Mâncio Lima, Rodrigues Alves, Marechal Thaumaturgo, Porto Walter.	Profissionais de saúde	Março	17	Grupo Curumim, técnicos da ATSM/MS.
AM	Iranduba/SES/AM, SMS de Iranduba, Ministério da Saúde, Grupo Curumim.	Parteiras tradicionais Profissionais de saúde	Maio	21	Grupo Curumim, técnicos da ATSM/MS.
				09	
PA	Breves/SES/PA, SMS de Breves, Ministério da Saúde, Grupo Curumim.	Parteiras tradicionais Profissionais de saúde	Fevereiro	23	Grupo Curumim
	Portel/ SMS de Portel, Ministério da Saúde, Grupo Curumim.	Parteiras tradicionais		19	
BA	Salvador/SES/BA, Ministério da Saúde, Grupo Curumim.	Profissionais de saúde	Outubro	20	Grupo Curumim
PB	Guarabira/SES/PB, Ministério da Saúde, Grupo Curumim. Municípios envolvidos: Guarabira, Baía da Traição, Marcação, Rio Tinto, Mataraca, Lagoa Seca, Patos, Sousa, Pombal, Princesa Izabel, Teixeira, Fagundes, São Bento.	Parteiras tradicionais, quilombolas da comunidade Caiana dos Crioulos e indígenas da etnia Potiguara.	Agosto	24	Grupo Curumim
		Profissionais de saúde		15	
Total de profissionais de saúde capacitados				80	
Total de parteiras tradicionais capacitadas				101	

Fonte: Área Técnica de Saúde da Mulher/SAS/MS.

Em 2003, o programa apoiou o 1º Encontro Estadual de Parteiras Tradicionais Indígenas de Roraima, realizado pelo Conselho Indígena de Roraima (CIR), no período de 14 a 19 de julho, em Boa Vista/RR, com um total de 166 participantes (GRUPO CURUMIM, GESTAÇÃO e PARTO, 2004). Naquele mesmo ano, o programa realizou, em parceria com a Funasa, a 1ª Oficina de Atenção Integral à Saúde da Mulher Indígena dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas do Alto Juruá/AC e Alto Purús/AC, que ocorreu em Rio Branco/AC, no período de 23 a 25 de setembro, com um total de 37 participantes.

Quadro 7 – Capacitações realizadas em 2004

UF	Município onde ocorreu a capacitação/ parcerias envolvidas/ municípios envolvidos	Público-Alvo	Período	Total de Participantes	Facilitadores(as)
AM	Tefé/IDSM, Ministério da Saúde, Grupo Curumim e SMS dos municípios envolvidos: Tefé, Alvarães, Uarini, Maraã, Fonte Boa.	Parteiras tradicionais	Junho	17	Grupo Curumim
		Profissionais de saúde		20	
MG	Teófilo Otoni/SES/MG, Ministério da saúde, Hospital Sofia Feldman/MG, Unimontes/ MG e Grupo Curumim.	Parteiras tradicionais	Setembro	12	Grupo Curumim, técnicas da SES/MG, técnicas do Hospital Sofia Feldman e Unimontes.
		Profissionais de saúde		18	
PA	Melgaço/SMS de Melgaço, SES/PA, Ministério da Saúde e Grupo Curumim.	Parteiras tradicionais	Julho	15	Grupo Curumim
	Breves e Portel/SMS dos municípios envolvidos, SES/PA, Ministério da Saúde e Grupo Curumim.	Profissionais de saúde		69	
	Cametá/Cemam/PA, Ideas/ PA, Ministério da Saúde, Grupo Curumim. Municípios envolvidos: Cametá e Baião.	Parteiras tradicionais	Setembro	33	Grupo Curumim
Total de profissionais de saúde capacitados				107	
Total de parteiras tradicionais capacitadas				77	

Fonte: Área Técnica de Saúde da Mulher/SAS/MS.

Quadro 8 – Capacitações realizadas em 2005

UF	Município onde ocorreu a capacitação/ parcerias envolvidas/ municípios envolvidos	Público-Alvo	Período	Total de Participantes	Facilitadores(as)
MT	Barra do Garça/Funasa, Ministério da Saúde e Grupo Curumim.	Parteiras indígenas da etnia Xavante.	Abril	58	Grupo Curumim

continua

continuação

UF	Município onde ocorreu a capacitação/ parcerias envolvidas/ municípios envolvidos	Público-Alvo	Período	Total de Participantes	Facilitadores(as)
PE	Recife/SES/PE, Ministério da Saúde e Grupo Curumim. Exu/SES/PE, Ministério da Saúde e Grupo Curumim. Municípios envolvidos: Bodocó, Trindade, Exu, Ipubi. Recife/SES/PE, Ministério da Saúde e Grupo Curumim. Municípios envolvidos: Xexéu, Jaboatão/ Cabo/Água preta/Catende/ Palmares/Olinda/Mirandiba/ Flores/Ouricuri/Trindade/ Salgueiro/Bodocó. Recife/SES/PE Ministério da Saúde e Grupo Curumim. Municípios envolvidos: Igarassú/ Ipojuca/Cabo/Abreu e Lima/ Olinda/ Jaboatão.	Profissionais de saúde	Junho	14	Grupo Curumim.
		Parteiras tradicionais	Junho	23	
		Parteiras tradicionais	Novembro	28	Grupo Curumim
		Parteiras tradicionais	Dezembro	23	Grupo Curumim
PA	Santarém/Ministério da Saúde, Grupo Curumim, SMS dos municípios envolvidos: Santarém e Óbidos. Viseu/SMS de Viseu, Ministério da Saúde e Grupo Curumim.	Parteiras tradicionais	Outubro	17	Grupo Curumim
		Profissionais de saúde		06	
		Parteiras tradicionais	Novembro	26	Grupo Curumim
PB	Baía da Traição/SES/PB, Funasa, Ministério da Saúde e Grupo Curumim. Municípios envolvidos: Nova Olinda/ Aroeiras/Catingueira/Conde/ Vista Serrana/Boa Ventura/ Veirópolis/Lastro/Marcação/Rio Tinto/Baía da Traição.	Parteiras tradicionais	Novembro	26	Grupo Curumim, técnicas da SES/PB.
GO	Cavalcante/SES/GO, ATSM do Ministério da Saúde, Sepir, PN de DST e Aids, Grupo Curumim e SMS dos municípios envolvidos: Cavalcante/ Teresina de Goiás/Monte Alegre de Goiás.	Parteiras quilombolas Kalungas	Novembro	41	Grupo Curumim, técnicas do Ministério da Saúde do PN de DST e Aids, da ATSM e do Depto. de Atenção Básica.
MG	Belo Horizonte/Funasa, Ministério da Saúde e Grupo Curumim.	Parteiras indígenas Maxakalis	Dezembro	22	Grupo Curumim

continua

continuação

UF	Município onde ocorreu a capacitação/ parcerias envolvidas/ municípios envolvidos	Público-Alvo	Período	Total de Participantes	Facilitadores(as)
AM	Alvarães/IDSM, Ministério da Saúde e SMS de Alvarães.	Parteiras tradicionais	Outubro	18	Técnicas do IDSM e da SMS de Alvarães.
		Profissionais de saúde		10	
	Tefé/IDSM, Ministério da Saúde, SMS de Tefé e SMS de Alvarães.	Parteiras tradicionais	Novembro	22	Técnicas do IDSM e da SMS de Alvarães.
		Profissionais de saúde		13	
Total de profissionais de saúde capacitados				43	
Total de parteiras tradicionais capacitadas				304	

Fonte: Área Técnica de Saúde da Mulher/SAS/MS.

Quadro 9 – Capacitações realizadas em 2005 e 2006 para formação de parceiras facilitadoras para a prevenção de DST/HIV/aids e hepatites virais – parceria entre PN de DST e aids, ATSM/MS, Departamento de Atenção Básica/MS, Funasa, Departamento de Enfermagem/ UnB, CPM/GO e RNPT/PE

UF	Município onde ocorreu a capacitação	Público-Alvo	Período	Total de Participantes	Facilitadores(as)
PE	Recife	Parceiras tradicionais e técnicas das Secretarias Estaduais de Saúde da Paraíba, do Maranhão, de Pernambuco, de Alagoas, da Bahia e da Funasa.	Fevereiro/2005	35	Técnicas do Ministério da Saúde, do Depto. de Enfermagem da UnB e da Rede Nacional de Parceiras Tradicionais.
AL	Maceió	Parceiras tradicionais e técnicas das Secretarias Estaduais de Saúde de Alagoas, da Paraíba, de Pernambuco, da Bahia e do Maranhão.	Junho/2005	40	Técnicas do Ministério da Saúde, do Depto. de Enfermagem da UnB, do CPM, das Secretarias Estaduais de Saúde da Paraíba, de Pernambuco e da Bahia e da Rede Nacional de Parceiras Tradicionais.

continua

continuação

UF	Município onde ocorreu a capacitação	Público-Alvo	Período	Total de Participantes	Facilitadores(as)
PA	Belém	Parceiras tradicionais, técnicos(as) das Secretarias Estaduais de Saúde do Pará, do Amapá, do Acre, técnicas da Funasa de Roraima, do Pará, do Amazonas e do IDSM/AM.	Julho/2005	40	Técnicas do Ministério da Saúde, do Depto. de Enfermagem da UnB, do CPM e da Rede Nacional de Parceiras Tradicionais.
DF	Brasília	Parceiras tradicionais e técnicas da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, da Secretaria Municipal de Saúde de Cavalcante/GO, da Funasa.	Dezembro/2005	28	Técnicas do Ministério da Saúde, do Depto. de Enfermagem da UnB, do CPM e da Rede Nacional de Parceiras Tradicionais.
SP	São Paulo	Parceiras Tradicionais e técnicos(as) da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo e da Funasa.	Abril/2006	35	Técnicas do Ministério da Saúde e do Depto. de Enfermagem da UnB.
Total de pessoas capacitadas				178	

Fonte: PN de DST e Aids/SVS/MS e Área Técnica de Saúde da Mulher/SAS/MS.

Quadro 10 – Capacitações realizadas em 2006

UF	Município onde ocorreu a capacitação/ parcerias envolvidas/ municípios envolvidos	Público-Alvo	Período	Total de Participantes	Facilitadores(as)
AM	Tefé/IDSM/AM, Ministério da Saúde, Grupo Curumim e SMS dos municípios envolvidos: Tefé e Alvarães.	Parceiras tradicionais	Março	14	Grupo Curumim e técnicas do IDSM.
		Profissionais de saúde		25	
MA	Alcântara/SMS de Alcântara, SES/MA, Ministério da Saúde, Grupo Curumim e Seppir.	Parceiras tradicionais	Junho	29	Grupo Curumim e técnicas da ATSM e do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.
		Profissionais de saúde		37	
MG	Janaúba/SES/MG, Pastoral da Juventude de Janaúba, Ministério da Saúde, Grupo Curumim, Seppir, Hospital Sofia Feldman/MG, Unimontes/MG e SMS dos municípios envolvidos: Janaúba, Porteirinha, Januária, Varzelândia, Jaíba, Riacho dos Machados, Pai Pedro, Gameleira, Catuti.	Parceiras tradicionais.	Setembro	22	Grupo Curumim, técnicas da SES/MG, do Depto de Atenção Básica do MS, do Hospital Sofia Feldman/ MG e Unimontes.
		Profissionais de saúde		23	

continua

continuação

UF	Município onde ocorreu a capacitação/ parcerias envolvidas/ municípios envolvidos	Público-Alvo	Período	Total de Participantes	Facilitadores(as)	
PA	Bagre/ SES/PA, Ministério da Saúde, Grupo Curumim e SMS dos municípios envolvidos: Bagre, Curralinho, Breves, Anajás, Portel e Melgaço.	Parteiras tradicionais	Julho	20	Grupo Curumim, técnicas da ATSM e do Depto. de Atenção Básica do Ministério da Saúde.	
		Profissionais de saúde		24		
	Acará/SES/PA, Ministério da Saúde, Grupo Curumim, SMS de Acará.	Parteiras tradicionais	Dezembro	14		Grupo Curumim
		Profissionais de saúde		24		
	Santarém/SMS de Santarém, Ministério da Saúde, Grupo Curumim. Municípios envolvidos: Santarém e Óbidos.	Parteiras tradicionais	Outubro	30	Grupo Curumim	
PB	João Pessoa/SES/PB, Ministério da Saúde, Grupo Curumim. Municípios envolvidos: Mamanguape, João Pessoa, Aroeiras, Pitimbu, Santa Rita, Marcação, Rio Tinto, Conde, Juripiranga, São José da Lagoa Tapada, Baía da Traição.	Profissionais de saúde	Novembro	50	Grupo Curumim	
PE	Recife/SES/PE, Ministério da Saúde e Grupo Curumim. Municípios envolvidos: Mirandiba, Bodocó, Olinda, Água Preta, Catende, Salgueiro, Flores, Ouricuri, Trindade, Cabo, Jaboatão, Palmares.	Parteiras tradicionais	Maio	25	Grupo Curumim	
	Trindade/SES/PE, Ministério da Saúde, Grupo Curumim e SMS de Trindade.	Parteiras tradicionais	Agosto	11	Grupo Curumim	
		Profissionais de saúde		47		
	Recife/SES/PE, Ministério da Saúde. Grupo Curumim. Municípios envolvidos: Caruaru, Agrestina, Belo Jardim, Barra de Guarabira, Jaboatão, Ibirajuba.	Parteiras tradicionais	Dezembro	09	Grupo Curumim	
		Profissionais de saúde		10		
Total de profissionais de saúde capacitados				240		
Total de parteiras tradicionais capacitadas				174		

Fonte: Área Técnica de Saúde da Mulher/SAS/MS.

Quadro 11 – Capacitações realizadas em 2007

UF	Município onde ocorreu a capacitação/ parcerias envolvidas/ municípios envolvidos	Público-Alvo	Período	Total de Participantes	Facilitadores(as)
AM	São Gabriel da Cachoeira/ Funasa, Ministério da Saúde e Grupo Curumim. Municípios envolvidos: São Gabriel da Cachoeira, Babelos, Santa Isabel.	Parteiras indígenas	Março	30	Grupo Curumim e técnicos da Funasa.
		Profissionais de saúde		44	
	Maraã/IDSM, Ministério da Saúde, Grupo Curumim, SMS de Maraã. Municípios envolvidos: Maraã e Japurá.	Parteiras tradicionais	Junho	25	Grupo Curumim e técnicas do IDSM.
		Agentes comunitários de saúde		22	
	Fonte Boa/IDSM, Ministério da Saúde e Grupo Curumim, SMS de Fonte Boa. Municípios envolvidos: Fonte Boa, Maraã e Juruá.	Parteiras tradicionais	Agosto	25	Grupo Curumim e técnicas do IDSM.
		Agentes comunitários de saúde Enfermeira		01	
PA	Altamira/Movimento de Mulheres de Altamira e Região Transamazônica e Xingu, Ministério da Saúde e Grupo Curumim. Municípios envolvidos: Altamira, Itaituba, Rurópolis, Placas, Uruará, Medicilândia, Brasil Novo, Distrito de Castelo dos Sonhos, Souzel, Porto de Moz, Gurupá, Vitória do Xingu, Anapu, Pacajá.	Parteiras tradicionais.	Abril	48	Grupo Curumim
PR	São Miguel do Iguaçu, onde se realizou o Encontro sobre a Importância do Saber Tradicional na Preservação da Cultura Guarani/ Funasa, Ministério da Saúde, Grupo Curumim e SMS dos municípios envolvidos: Piraquara, Paranaguá, Guaraqueçaba, Guaíra, Diamante D'Oeste, Londrina, Guarapuava, Pontal do Paraná.	Parteiras indígenas e pajés	Maio	9 parteiras indígenas e 5 pajés	Grupo Curumim, técnica da ATSM/ MS.
		Profissionais de saúde		23	
PE	Recife/SES/PE, Ministério da Saúde e Grupo Curumim. Municípios envolvidos: Palmares e Cabo.	Parteiras tradicionais	Janeiro	07	Grupo Curumim
		Profissionais de saúde		05	

continua

continuação

UF	Município onde ocorreu a capacitação/parcerias envolvidas/ municípios envolvidos	Público-Alvo	Período	Total de Participantes	Facilitadores(as)
	Petrolina/SES/PE, Ministério da Saúde e Grupo Curumim. Municípios envolvidos: Petrolina, Cabrobó, Orocó, Santa Maria da Boa Vista, Lagoa Grande, Afrânio e Dormentes.	Profissionais de saúde	Fevereiro	27	Grupo Curumim
	Recife/SES/PE, Ministério da Saúde e Grupo Curumim. Municípios envolvidos: Carinaubeira da Penha, Buíque, Tacaratu, Jatobá, Petrolândia e Pesqueira.	Parteiras indígenas das etnias Pankará, Kapinawá, Pankararú e Xucurú.	Abril	22	Grupo Curumim
Total de profissionais de saúde capacitados				147	
Total de parteiras tradicionais capacitadas				171	

Fonte: Área Técnica de Saúde da Mulher/SAS/MS.

Quadro 12 – Capacitações realizadas em 2008

UF	Município onde ocorreu a capacitação/parcerias envolvidas/ municípios envolvidos	Públicos-alvo	Período	Total de participantes	Facilitadores(as)
TO	Palmas/SES, Universidade Federal do Tocantins, ULBRA/TO, CEPOMFI Secretaria de Cidadania e Justiça, FUNAI, SEDUC, Ministério da Saúde e Grupo Curumim. Municípios envolvidos: Tocantínia, Formoso, Tocantinópolis, Itacajá, Barra do Ouro, Araguaçu.	Parteiras tradicionais e indígenas	Junho	15	Grupo Curumim e técnica do Ministério da Saúde.
		Profissionais de saúde		11	
AM	Tefé/SES (AM), IDSM Ministério da Saúde e Grupo Curumim, FUNASA, Universidade do Estado do Amazonas. Municípios envolvidos: Marã, Tefé, Uarini, Fonte Boa e Alvarães.	Parteiras tradicionais Profissionais de saúde	Novembro	30 19	Grupo Curumim
Total de profissionais de saúde capacitados				30	
Total de parteiras tradicionais capacitadas				45	

Fonte: Área Técnica de Saúde da Mulher/SAS/MS.

Quadro 13 – Capacitações realizadas em 2009

UF	Município onde ocorreu a capacitação/parcerias envolvidas/ municípios envolvidos	Públicos-alvo	Período	Total de participantes	Facilitadores(as)
AM	Manaus/SES (AM), IDSM Ministério da Saúde e Grupo Curumim. Municípios envolvidos Tefé, Manaus, São Gabriel da Cachoeira, Maués, Marã, Uarini, Alvarães, São Paulo de Olivença, Iranduba, São Sebastião de Uatumã, Itacoatiara, Borba, Careiro Castanho.	Parteiras tradicionais	Julho	14	Grupo Curumim e técnicas do Ministério da Saúde.
		Profissionais de saúde		23	
PA	Breves/SES (PA), Ministério da Saúde e Grupo Curumim. Municípios envolvidos: Breves, Melgaço, Anajás, Currálinho, Bagre, Gurupá, Portel.	Parteiras tradicionais Profissionais de saúde	Setembro/ Outubro	14 30	Grupo Curumim e técnica do Ministério da Saúde.
PA	Baião/SES (PA), Ministério da Saúde e Grupo Curumim. Municípios envolvidos: Baião, Cametã, Limoeiro do Ajuru.	Parteiras tradicionais Profissionais de saúde	Dezembro	22 11	Grupo Curumim
BA	Municípios da Região da Chapada Diamantina/ Projeto Três Marias, Pro-Reitoria de Extensão da Universidade Estadual da Bahia, Ministério da Saúde, Grãos de Luz e Grão. Municípios envolvidos: Palmeiras (Vale do Capão), Iraquara, Seabra, Andaraí (Igatú, Nova Redenção), Mucugê, Lençóis.	Parteiras tradicionais. Profissionais de saúde	Maio a Outubro	67 148	Projeto Três Marias
Total de profissionais de saúde capacitados				212	
Total de parteiras tradicionais capacitadas				117	

Fonte: Área Técnica de Saúde da Mulher/SAS/MS.

Quadro 14 – Capacitações realizadas em 2010

UF	Município onde ocorreu a capacitação/parceiras envolvidas/municípios envolvidos	Públicos-alvo	Período	Total de participantes	Facilitadores(as)
RR	Boa Vista/SES (RR), Ministério da Saúde e Grupo Curumim. Municípios envolvidos: Boa Vista, Normandia, Uiramutã, Pacaraima, São Luiz do Anauá, Amajari, Cantá, Alto Alegre, Mucajaí e Rorainópolis.	Parteiras tradicionais indígenas	Março	24	Grupo Curumim e técnica do Ministério da Saúde.
		Profissionais de saúde		35	
PB	Guarabira/SES (PB), Ministério da Saúde e Grupo Curumim. Municípios envolvidos: Guarabira, Alagoa Grande, Baía da Traição, Marcação, João Pessoa, Mamanguape, Junco do Seridó, Nova Olinda e Mãe D'água.	Parteiras tradicionais indígenas e quilombolas	Março	21	Grupo Curumim e técnica do Ministério da Saúde.
		Profissionais de saúde		06	
PA	Belém/SES (PA), Ministério da Saúde e Grupo Curumim. Municípios envolvidos: Breves, Baião, Cametá, Belém, Anajás, Curralinho, Bagre, Melgaço, Portel, Gurupá, Limoeiro do Ajuru, Santarém, Altamira, Alenquer e Óbidos.	Parteiras tradicionais	Abril	12	Grupo Curumim e técnica do Ministério da Saúde.
		Profissionais de saúde		19	
Total de profissionais de saúde capacitados				60	
Total de parteiras tradicionais capacitadas				57	

Fonte: Área Técnica de Saúde da Mulher/SAS/MS.

Anexo B – Nota técnica da Área Técnica de Saúde da Mulher



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS
ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA MULHER**

MELHORIA DA ASSISTÊNCIA AO PARTO DOMICILIAR REALIZADO POR PARTEIRAS TRADICIONAIS

NOTA TÉCNICA

Os índices de mortalidade materna e neonatal de nosso País ainda se encontram em patamares elevados, configurando-se uma situação de violação dos Direitos Humanos de mulheres e crianças e um grave problema de saúde pública, atingindo desigualmente as regiões brasileiras e com maior prevalência entre as mulheres e crianças das classes sociais com menor acesso aos bens e serviços.

O enfrentamento desses problemas exige o envolvimento e a articulação de diferentes esferas de governo e atores sociais. O Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais do Ministério da Saúde, iniciado em março de 2000, insere-se entre as estratégias do Ministério para a redução da morbimortalidade materna e neonatal e tem como principal objetivo assegurar a melhoria do parto e do nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais, na perspectiva dos direitos de cidadania e da equidade. Busca sensibilizar gestores e profissionais de saúde para que reconheçam as parteiras como parceiras na atenção à saúde da comunidade e desenvolvam ações para valorizar, apoiar, qualificar e articular o seu trabalho ao Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo o encontro desse saber tradicional com o conhecimento técnico-científico e garantindo as condições materiais básicas para a realização do parto domiciliar (*kit* da parteira) e o apoio logístico necessários para o exercício desta prática com segurança e qualidade.

O Programa foi elaborado considerando a diversidade socioeconômica, cultural e geográfica do País, que exige a adoção de diferentes modelos de atenção obstétrica e ao recém-nascido e que coloca a necessidade de se desenharem políticas públicas que atendam as especificidades das áreas rurais, ribeirinhas, de floresta, das regiões de difícil acesso e de populações tradicionais quilombolas e indígenas.

As regiões Norte e Nordeste são historicamente conhecidas por abrigarem os municípios com maior problema de exclusão social. Nestas regiões, igualmente, estão localizadas as áreas com menor cobertura de serviços de saúde. Cerca de 40% do total dos municípios brasileiros, equivalendo a 21% da população brasileira, vive em localidades associadas à situação de exclusão social.

olha
SS
Nº 15.127/2015 - Não é possível extrair as informações de assinaturas do arquivo migrado do ECM.

Elvia Salob
R. Nogueira

É na Região Nordeste que se observam os níveis mais elevados de pobreza absoluta no País e onde a distribuição de renda é mais concentrada. Os indicadores também apontam que esta situação é pior entre as mulheres, de modo geral, e entre homens e mulheres da população afrodescendente.

Analisando-se particularmente a situação da Amazônia Legal, que abrange os estados do Amazonas, Amapá, Acre, oeste do Maranhão, norte do Mato Grosso, Rondônia, Pará, Roraima e Tocantins, verifica-se que o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que utiliza as dimensões de educação, renda e longevidade para medir o nível de desenvolvimento humano, encontra-se abaixo da média nacional na maioria dos municípios da região.

Nesta região, a rede assistencial de saúde, eminentemente pública (78%), é ainda incipiente. A região detém a menor taxa de leitos por habitante do Brasil, correspondendo a 2,14 leitos por mil habitantes. Além disso, possui a menor cobertura de serviços de saúde se comparada com as demais regiões do País: 19% dos municípios contam com um único posto de saúde como referência de serviços de saúde e 30 deles não possuem nenhuma unidade de saúde.

Na região Amazônica, a relação médico/habitante chega a um médico por 8.400 habitantes. Vale destacar ainda, que em alguns municípios da região não existem profissionais médicos e, em vários estados, profissionais estrangeiros exercem a profissão, muitos sem respaldo legal.

Por sua vez, o Programa Saúde da Família (PSF), a principal estratégia do Ministério da Saúde para reorganização da atenção básica, desde a sua criação em 1994, vem se fortalecendo e se expandindo. Entretanto, ainda que a Estratégia Saúde da Família tenha chegado a um número significativo de municípios de pequeno porte, tem ficado, muitas vezes, restrita às áreas urbanas desses municípios. Outro aspecto que deve ser considerado são as reais dificuldades para fixação de profissionais de saúde, principalmente médicos (as) e enfermeiras(os) no interior do País. De acordo com a OMS, o Brasil possui uma situação confortável na relação médico/habitante, chegando à relação de um médico por 1.712 habitantes. No entanto, na região Amazônica, por exemplo, essa média cai abruptamente, como já foi referido acima. Portanto, ainda se constitui um desafio a expansão da estratégia de Saúde da Família para as áreas rurais, ribeirinhas, regiões de difícil acesso e para populações com elevado grau de exclusão social.

Por outro lado, segundo a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, realizada em 1996, observa-se uma alta incidência de parto domiciliar nas áreas rurais (20%). Os dados sobre assistência médica ao parto levantados na pesquisa em questão apontaram que para o País, como um todo, 78% das crianças nascidas nos cinco anos anteriores à pesquisa foram assistidas por um médico na ocasião do nascimento. Enfermeiras, auxiliares de enfermagem e parteiras foram responsáveis por cerca de 20% dos partos. Nas áreas rurais e regiões Norte e Nordeste, a percentagem de partos assistidos por um médico cai para valores em torno de 55%, aumentando a representatividade de enfermeiras e de parteiras

(cerca de 40%), o que está de acordo com a elevada proporção de partos domiciliares existentes nestas áreas.

O Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais foi elaborado considerando o conjunto de situações relatadas acima. Da instituição do Programa até dezembro de 2005, foram capacitados aproximadamente 1.218 parteiras tradicionais e 560 profissionais de saúde. Foram produzidos: o **Livro da Parteira**, para apoiar a capacitação das parteiras, o manual **Trabalhando com Parteiras Tradicionais**, para os profissionais de saúde, um folheto para gestores e profissionais de saúde: **Melhoria da Assistência ao Parto Domiciliar – uma responsabilidade do SUS** e dois vídeos: um vídeo sobre as **parteiras Kalungas** e o vídeo **De Parteira a Parteira**, todos em parceria com a Organização Não Governamental Grupo Curumim Gestação e Parto. Estavam envolvidos com o Programa os estados do Acre, Amapá, Amazonas, Alagoas, Bahia, Goiás, Maranhão, Minas Gerais, Mato Grosso, Pará, Paraíba, Pernambuco e Roraima e aproximadamente 100 municípios. Muitas secretarias estaduais e municipais de saúde forneceram o **kit** da parteira. Houve a incorporação por parte de muitas parteiras de técnicas que tornam o parto domiciliar mais seguro e qualificado e também a ampliação da percepção das situações de risco, com encaminhamentos oportunos. Em alguns municípios, verificou-se melhora na notificação dos partos domiciliares.

Vale destacar que sempre estiveram presentes no País atividades desenvolvidas com as parteiras tradicionais, seja por meio da atuação de ONGs ou de instituições públicas. No âmbito do setor público, destacou-se nesta atuação a Fundação Sesp que posteriormente foi incorporada à Fundação Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Desde 1943, a então Fundação Sesp, iniciou o treinamento e supervisão das parteiras tradicionais na Região Amazônica, estendendo sua atuação aos estados de Minas Gerais, Espírito Santo (Vale do Rio Doce) e, posteriormente, ao Nordeste e Centro-Oeste.

No cenário de intervenções de saúde pública, voltadas para a saúde da mulher, o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais do Ministério da Saúde apresenta-se como uma estratégia importante. Recoloca em pauta a discussão sobre a necessidade de diferentes modelos de atenção ao parto e nascimento, tomando-se em consideração a diversidade social, econômica, cultural e geográfica do País e a necessidade de desenhar-se políticas públicas que atendam as especificidades e necessidades da zona rural, ribeirinha, de floresta, das populações tradicionais quilombolas e indígenas. Retoma igualmente a discussão de que a qualificação e humanização do parto e nascimento domiciliar assistido por parteiras tradicionais é uma responsabilidade do SUS e procura resgatar o valor e a importância das parteiras tradicionais no quadro da assistência obstétrica, principalmente nas regiões de difícil acesso aos serviços de saúde e/ou onde o parto domiciliar é culturalmente significativo.

A Portaria do Ministério da Saúde nº 1.067, de 4 de julho de 2005, publicada no Diário Oficial da União em 6 de julho de 2005, que institui Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, em seu anexo II, Termo de Referência para o Processo de Contratualização de Metas para a Atenção Obstétrica e Neonatal, no item 1.7, define como uma

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

É fundamental, portanto, a articulação do trabalho da parteira tradicional com o sistema formal de saúde, na perspectiva da produção de saúde e de sujeitos, de resgate e valorização dos saberes tradicionais, com a compreensão de que a interação desses saberes com o conhecimento técnico-científico contribui para a produção de novos conhecimentos e tecnologias.

Brasília, 12 de abril de 2006

MARIA JOSÉ DE OLIVEIRA ARAÚJO
Coordenadora da Área Técnica de Saúde da Mulher/DAPE/SAS/MS

MARIA CRISTINA BOARETTO
Diretora do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/SAS/MS

Anexo C – Materiais para o kit da parteira

1. Bolsa para acondicionar os materiais.
2. Tesoura reta em inox, ponta romba (16cm), para uso exclusivo no parto.
3. Caixa em inox ou em alumínio, para guardar a tesoura de inox.
4. Balança de tração com gancho, para pesar o bebê.
5. Lanterna média a dínamo, que funciona com energia mecânica, dispensando o uso de pilhas ou lanterna comum média acompanhada de suprimento de pilhas.
6. Seis fraldas de algodão, tamanho grande.
7. Guarda-chuva ou capa de chuva.
8. Forro de plástico emborrachado (1 metro x 1 metro), para forrar o local do parto.
9. Avental de plástico emborrachado, gorro e máscara.
10. Bacia de alumínio.
11. Toalha para enxugar as mãos.
12. Estetoscópio de Pinard.
13. Fita métrica de 1 metro.
14. Rolo de algodão e pacotes com gaze.
15. Escova de unha.
16. Sabão de barra, com saboneteira.
17. Carretel de linha zero, para amarrar o cordão umbilical ou linha cirúrgica de algodão zero, sem agulha.
18. Luvas cirúrgicas ou de procedimento, adequadas para o tamanho das mãos da parteira.
19. Álcool a 70%.
20. Potes pequenos de plástico, para guardar o algodão e a gaze.
21. Montolia ou pinceta média, para acondicionar o álcool a 70%.
22. Tesoura comum para uso pessoal (como estratégia para evitar o uso indevido da tesoura de inox).
23. Livro da Parteira.
24. Lápis e borracha.
25. Caderno pequeno para anotações.



Disque Saúde
0800 61 1997
Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



Ministério da Saúde **Governo Federal**

Sumário Apresentação Volume II Início

Lei ESTADUAL N. 10.241, de 17 de março de 1999

Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências.

O Governador do Estado de São Paulo:

Faço saber que a Assembléia Legislativa decreta e eu promulgo a seguinte Lei:

Artigo 1º - A prestação dos serviços e ações de saúde aos usuários, de qualquer natureza ou condição, no âmbito do Estado de São Paulo, será universal e igualitária, nos termos do artigo 2º da Lei Complementar n. 791, de 9 de março de 1995.

Artigo 2º - São direitos dos usuários dos serviços de saúde no Estado de São Paulo:

- I - ter um atendimento digno, atencioso e respeitoso;
- II - ser identificado e tratado pelo seu nome ou sobrenome;
- III - não ser identificado ou tratado por:
 - a) números;
 - b) códigos; ou
 - c) de modo genérico, desrespeitoso, ou preconceituoso;
- IV - ter resguardado o segredo sobre seus dados pessoais, através da manutenção do sigilo profissional, desde que não acarrete riscos a terceiros ou à saúde pública;
- V - poder identificar as pessoas responsáveis direta e indiretamente por sua assistência, através de crachás visíveis, legíveis e que contenham:
 - a) nome completo;
 - b) função;
 - c) cargo; e
 - d) nome da instituição;
- VI - receber informações claras, objetivas e compreensíveis sobre:
 - a) hipóteses diagnósticas;
 - b) diagnósticos realizados;
 - c) exames solicitados;
 - d) ações terapêuticas;
 - e) riscos, benefícios e inconvenientes das medidas diagnósticas e terapêuticas propostas;
 - f) duração prevista do tratamento proposto;
 - g) no caso de procedimentos de diagnósticos e terapêuticos invasivos, a necessidade ou não de anestesia, o tipo de anestesia a ser aplicada, o instrumental a ser utilizado, as partes do corpo afetadas, os efeitos colaterais, os riscos e consequências indesejáveis e a duração esperada do procedimento;

h) exames e condutas a que será submetido;

i) a finalidade dos materiais coletados para exame;

j) alternativas de diagnósticos e terapêuticas existentes, no serviço de atendimento ou em outros serviços; e

l) o que julgar necessário;

VII - consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida, com adequada informação, procedimentos diagnósticos ou terapêuticos a serem nele realizados;

VIII - acessar, a qualquer momento, o seu prontuário médico, nos termos do artigo 3º da Lei Complementar n. 791, de 9 de março de 1995;

IX - receber por escrito o diagnóstico e o tratamento indicado, com a identificação do nome do profissional e o seu número de registro no órgão de regulamentação e controle da profissão;

X - vetado:

a) vetado;

b) vetado;

c) vetado;

d) vetado;

e) vetado; e

f) vetado;

XI - receber as receitas:

a) com o nome genérico das substâncias prescritas;

b) datilografadas ou em caligrafia legível;

c) sem a utilização de códigos ou abreviaturas;

d) com o nome do profissional e seu número de registro no órgão de controle e regulamentação da profissão; e

e) com assinatura do profissional;

XII - conhecer a procedência do sangue e dos hemoderivados e poder verificar, antes de recebê-los, os carimbos que atestaram a origem, sorologias efetuadas e prazo de validade;

XIII - ter anotado em seu prontuário, principalmente se inconsciente durante o atendimento:

a) todas as medicações, com suas dosagens, utilizadas; e

b) registro da quantidade de sangue recebida e dos dados que permitam identificar a sua origem, sorologias efetuadas e prazo de validade;

XIV - ter assegurado, durante as consultas, internações, procedimentos diagnósticos e terapêuticos e na satisfação de suas necessidades fisiológicas:

a) a sua integridade física;

b) a privacidade;

Folha 94
 Proc. nº 32.135
 Não foi possível extrair as informações de assinaturas do arquivo migrado do ECM.
 Livro Salomão Nogueira
 PF 11.274

c) a individualidade;

d) o respeito aos seus valores éticos e culturais;

e) a confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal; e

f) a segurança do procedimento;

XV - ser acompanhado, se assim o desejar, nas consultas e internações por pessoa por ele indicada;

XVI - ter a presença do pai nos exames pré-natais e no momento do parto;

XVII - vetado;

XVIII - receber do profissional adequado, presente no local, auxílio imediato e oportuno para a melhoria do conforto e bem estar;

XIX - ter um local digno e adequado para o atendimento;

XX - receber ou recusar assistência moral, psicológica, social ou religiosa;

XXI - ser prévia e expressamente informado quando o tratamento proposto for experimental ou fizer parte de pesquisa;

XXII - receber anestesia em todas as situações indicadas;

XXIII - recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida; e

XXIV - optar pelo local de morte.

§ 1º - A criança, ao ser internada, terá em seu prontuário a relação das pessoas que poderão acompanhá-la integralmente durante o período de internação.

§ 2º - A internação psiquiátrica observará o disposto na Seção III do Capítulo IV do Título I da Segunda Parte da Lei Complementar n. 791, de 9 de março de 1995.

Artigos 3º a 5º - Vetados.

Artigo 6º - Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação.

INÍCIO

Base de dados : legis

Pesquisa : 13172

Total de referências : 1

1/1

Título: LEI Nº 13.172 15/08/2001 ([ver documento](#))

Sem revogação expressa

Ementa: Institui, no âmbito do Município de São Paulo, o Programa "Mulher - Sua Saúde, Seus Direitos", e da outras providências.

Projeto: Projeto de Lei Nº 192/1997 ([ver documento](#))

Autor(es): Ana Martins

Regulamentação: Decreto nº 43.060/2003 - Regulamenta esta Lei. ([ver documento](#))

PARA VERIFICAR SE HÁ ALTERAÇÕES PARA OS ATOS E DECRETOS DE REGULAMENTAÇÃO DESTA NORMA, FAÇA NOVA PESQUISA PELO NÚMERO DE CADA ATO OU DECRETO DE REGULAMENTAÇÃO.

[[Back](#)]

LEI Nº 13.172, 15 DE AGOSTO DE 2001
(Projeto de Lei nº 192/97, da Vereadora Ana Martins - Pcdob)

Institui, no âmbito do Município de São Paulo, o Programa "Mulher - Sua Saúde, Seus Direitos", e dá outras providências.

MARTA SUPPLY, Prefeita do Município de São Paulo, no uso das atribuições que lhe são conferidas por lei, faz saber que a Câmara Municipal de São Paulo decretou e eu promulgo, nos termos do disposto no § 6º do artigo 42 da Lei Orgânica do Município, a seguinte lei:
Art. 1º - Fica instituído, no âmbito do Município de São Paulo, o Programa "Mulher - Sua Saúde, Seus Direitos", a ser desenvolvido pelo Poder Público Municipal, baseado no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM - Convenção assinada pelo Governo Federal em 1983.

§ 1º - O programa instituído no "caput" deste artigo terá por objetivo difundir conhecimentos importantes para a saúde da mulher nas diferentes etapas de sua vida e conscientizá-la de seus direitos enquanto cidadã e trabalhadora.

§ 2º - O programa será desenvolvido através de meios eficazes de difusão de informação, especialmente dos seguintes:

I - Seminários, cursos e palestras;

II - Vídeos e slides;

III - Cartilha da Mulher;

IV - Rede de televisão e rádio.

§ 3º - O programa ora criado deverá necessariamente difundir informações essenciais para a mulher nas seguintes áreas:

I - Saúde da Mulher;

II - Gravidez, parto e pós-parto;

III - Planejamento familiar;

IV - Prevenção da AIDS;

V - Adolescência feminina;

VI - Menopausa e Terceira-idade;

VII - Os direitos no trabalho;

VIII - O direito à educação;

IX - A mulher como cidadã.

§ 4º - Do programa constará também a criação e a distribuição através da Rede Municipal de Saúde do "Cartão da Mulher" no qual constará, além de identificação da portadora e de informações básicas, espaço para anotações para o seu controle de consultas, exames e tratamento nas seguintes áreas:

I - Consulta ginecológica periódica;

II - Citologia Oncótica;

III - Exames (Mamografia, Ecografia, teste de osteoporose);

IV - Planejamento familiar;

V - Gestação;

VI - Menopausa e Terceira-idade (Controle e tratamento da osteoporose).

Art. 2º - As despesas decorrentes da execução desta lei correrão por conta das verbas orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 3º - O Poder Executivo regulamentará a presente lei no prazo de 60 (sessenta) dias, a contar de sua publicação.

Art. 4º - Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, aos 15 de agosto de 2001, 448º da fundação de São Paulo.

MARTA SUPPLY, PREFEITA

ANNA EMÍLIA CORDELLI ALVES, Secretária dos Negócios Jurídicos

JOÃO SAYAD, Secretário de Finanças e Desenvolvimento Econômico
EDUARDO JORGE MARTINS ALVES SOBRINHO, Secretário Municipal da Saúde
Publicada na Secretaria do Governo Municipal, em 15 de agosto de 2001.
RUI GOETHE DA COSTA FALCÃO, Secretário do Governo Municipal

Base de dados : legis

Pesquisa : 13211

Total de referências : 1

1/1

Título: LEI Nº 13.211 13/11/2001 ([ver documento](#))

Sem revogação expressa

Ementa: Dispoe sobre a instituição do Programa de Proteção da Saúde da Gestante e do Recem-Nascido no Município, e da outras providencias.

Projeto: Projeto de Lei Nº 80/2001 ([ver documento](#))

Autor(es): Carlos Alberto Bezerra Junior

Regulamentação: Decreto nº 42.135/2002 - Regulamenta esta Lei.; ([ver documento](#))

Decreto 46.966/2006 - Regulamenta esta Lei, revogando a regulamentação anterior. ([ver documento](#))

PARA VERIFICAR SE HÁ ALTERAÇÕES PARA OS ATOS E DECRETOS DE REGULAMENTAÇÃO DESTA NORMA, FAÇA NOVA PESQUISA PELO NÚMERO DE CADA ATO OU DECRETO DE REGULAMENTAÇÃO.

[[Back](#)]

LEI Nº 13.211, 13 DE NOVEMBRO DE 2001

(Projeto de Lei nº 80/01, do Vereador Carlos Alberto Bezerra Júnior - PSDB)

Dispõe sobre a instituição do Programa de Proteção da Saúde da Gestante e do Recém-Nascido no Município, e dá outras providências.

MARTA SUPLICY, Prefeita do Município de São Paulo, no uso das atribuições que lhe são conferidas por lei, faz saber que a Câmara Municipal, em sessão de 18 de outubro de 2001, decretou e eu promulgo a seguinte lei:

Art. 1º - Fica instituído o Programa de Proteção da Saúde da Gestante e do Recém-Nascido na Cidade de São Paulo.

Art. 2º - O Programa de Proteção da Saúde da Gestante e do Recém-Nascido tem por finalidade:

I - assegurar à mulher e ao recém-nascido a assistência integral à saúde, incluindo pré-natal, parto e pós-parto;

II - facilitar e promover o acesso à rede pública de saúde da gestante e recém-nascido;

III - prevenção de doenças no ciclo gravídico-puerperal até o primeiro ano de vida da criança, visando a diminuição dos índices de mortalidade materna e infantil.

Art. 3º - Fica garantido à gestante e ao recém-nascido atendidos pela rede pública de saúde municipal os benefícios deste Programa, desde que cumpridas as obrigações constantes no artigo 6º desta lei.

Art. 4º - Para o fim específico desta lei, as pessoas interessadas serão cadastradas no sistema municipal de saúde, e receberão, gratuitamente, uma Carteira de Identificação da Gestante, onde constarão os dados do pré-natal.

Parágrafo único - A expedição da Carteira de Identificação da Gestante de que trata esse artigo estará condicionada à elaboração de laudo médico do serviço público de saúde, atestando que a gestante está em tratamento, indicando ainda o período previsto para o mesmo, limitado até o primeiro ano de vida do recém-nascido, e que corresponderá ao prazo de validade da Carteira de Identificação da Gestante.

Art. 5º - São benefícios garantidos às participantes do Programa de Proteção da Saúde da Gestante e do Recém-Nascido, durante o período do tratamento:

I - garantia de vagas nos leitos dos Hospitais Públicos Municipais e Hospitais conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade de São Paulo;

II - concessão de isenção de pagamento de tarifa no sistema de transporte coletivo operado pela São Paulo Transportes S/A, incluindo linhas dos sistemas executivos, microônibus e lotações;

III - distribuição gratuita de medicamentos prescritos durante o tratamento.

Art. 6º - São obrigações das participantes do Programa:

I - apresentar a Carteira de Identificação da Gestante às creches, no local de trabalho e nos demais órgãos de serviços públicos que utilizar, incluindo o Instituto Nacional de Seguridade Social quando estiver em licença-maternidade;

II - cumprir todas as normas médicas do tratamento, incluindo as referentes aos filhos, não faltando a nenhuma consulta ou retorno, sendo que duas faltas não justificadas acarretarão na perda dos benefícios e exclusão do Programa;

III - comparecer às campanhas de vacinação promovidas pela rede pública de saúde.

Parágrafo único - Estas obrigações constarão no verso da Carteira de Identificação da Gestante.

Art. 7º - As despesas decorrentes da aplicação desta lei correrão por conta de dotação orçamentária própria, suplementada se necessário.

Art. 8º - O Executivo regulamentará esta lei no prazo de 60 (sessenta) dias.

Art. 9º - Esta lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, aos 13 de novembro de 2001, 448º da

fundação de São Paulo.

MARTA SUPLICY, PREFEITA

ANNA EMILIA CORDELLI ALVES, Secretária dos Negócios Jurídicos

JOÃO SAYAD, Secretário de Finanças e Desenvolvimento Econômico

EDUARDO JORGE MARTINS ALVES SOBRINHO, Secretário Municipal da Saúde

Publicada na Secretaria do Governo Municipal, em 13 de novembro de 2001.

RUI GOETHE DA COSTA FALCÃO, Secretário do Governo Municipal

Título: LEI Nº 14.413 31/05/2007 ([ver documento](#))
Sem revogação expressa

Ementa: Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Município, e dá outras providências.

Projeto: Projeto de Lei Nº 920/1997 ([ver documento](#))

Autor(es): Carlos Neder

Alterações: Lei 15.281/2010 - Altera o inciso II do art. 2º desta Lei. ([ver documento](#))

Matéria PL 717/2015. Não foi possível extrair as informações de assinaturas do arquivo migrado do ECM.

LEI Nº 14.413, DE 31 DE MAIO DE 2007

(Projeto de Lei nº 920/97, do Vereador Carlos Neder - PT)

Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Município e dá outras providências.

GILBERTO KASSAB, Prefeito do Município de São Paulo, no uso das atribuições que lhe são conferidas por lei, faz saber que a Câmara Municipal, em sessão de 8 de maio de 2007, decretou e eu promulgo a seguinte lei:

Art. 1º A prestação dos serviços de saúde aos usuários, de qualquer natureza ou condição, será universal e igualitária, nos termos do art. 213 da Lei Orgânica do Município de São Paulo.

Art. 2º São direitos dos usuários dos serviços de saúde no Município:

I – ter um atendimento digno, atencioso e respeitoso;

II – ser identificado e tratado pelo seu nome ou sobrenome;

III – não ser identificado ou tratado por:

a) números;

b) códigos;

c) ou de modo:

1. genérico;

2. desrespeitoso;

3. preconceituoso;

IV – poder identificar as pessoas responsáveis, direta ou indiretamente, por sua assistência através de crachás visíveis, legíveis e que contenham:

a) nome completo;

b) função;

c) cargo;

d) nome da instituição;

V – receber informações claras, objetivas e compreensíveis sobre:

a) hipóteses diagnósticas;

b) diagnósticos realizados;

c) exames solicitados;

d) ações terapêuticas;

e) riscos e benefícios dos tratamentos propostos;

f) duração prevista do tratamento proposto;

g) no caso de procedimentos de diagnósticos e terapêuticos invasivos:

1. necessidade ou não de anestesia;

2. tipo de anestesia a ser aplicada;

3. instrumental a ser utilizado;

4. partes do corpo afetadas;

5. efeitos colaterais, riscos e consequências indesejáveis;

6. duração esperada do procedimento;

h) exames e condutas a que será submetido;

i) a finalidade dos materiais coletados para exame;

j) alternativas de diagnósticos e terapêuticas existentes, no serviço de atendimento em outros serviços;

l) outras questões que julgar necessárias;

VI – recusar procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, nos termos do art. 3º da Lei Complementar nº 791, de 9 de março de 1995;

VII – acessar, a qualquer momento, o seu prontuário médico, nos termos do art. 3º da Lei Complementar nº 791, de 9 de março de 1995;

VIII – receber por escrito o diagnóstico e o tratamento indicado, com a identificação do nome do profissional e o seu número de registro no órgão de regulamentação e controle da profissão;

IX – receber os medicamentos prescritos, acompanhados de bula, impressa de forma compreensível e clara, contendo:

a) efeitos colaterais;

b) contra-indicações;

c) data de fabricação;

d) prazo de validade;

e) nome genérico do princípio ativo;

f) posologias usuais;

X – receber as receitas:

a) com o nome genérico das substâncias prescritas;

b) datilografadas ou em caligrafia legível;

c) sem a utilização de códigos ou abreviaturas;

d) com o nome do profissional e seu número de registro no órgão de controle e regulamentação da profissão;

e) com assinatura do profissional;

XI – conhecer a procedência do sangue e dos hemoderivados e poder verificar, antes de recebê-los, os carimbos que atestaram a origem, sorologias efetuadas e prazo de validade;

XII – ter anotado em seu prontuário, principalmente se inconsciente durante o atendimento:

a) todas as medicações, com suas dosagens, utilizadas;

b) registro da quantidade de sangue recebida e dados que permitam:

1. identificar a sua origem;

2. sorologias efetuadas;

3. prazo de validade;

XIII – ter assegurado, durante as consultas, internações, procedimentos diagnósticos e terapêuticos e na satisfação de suas necessidades fisiológicas:

a) a sua integridade física;

b) a privacidade;

c) a individualidade;

d) o respeito aos seus valores éticos e culturais;

XIV – ser acompanhado, se assim o desejar, nas consultas e internações por pessoa por ele indicada;

XV – ter a presença do pai do nascituro nos exames pré-natais e no momento do parto;

XVI – ter a presença de um neonatologista por ocasião do parto e a realização dos exames laboratoriais obrigatórios no recém-nascido;

XVII – receber do profissional adequado, presente no local, auxílio imediato e oportuno para a melhoria do conforto e bem-estar;

XVIII – ter um local digno e adequado para o atendimento;

XIX – receber ou recusar assistência moral, psicológica, social ou religiosa;

XX – ser prévia e expressamente informado quando o tratamento proposto for experimental ou fizer parte de pesquisa;

XXI – receber anestesia em todas as situações indicadas;

XXII – recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida;

XXIII – optar pelo local da morte.

§ 1º A criança, ao ser internada, terá em seu prontuário a relação das pessoas que poderão acompanhá-la integralmente durante o período de internação.

§ 2º A internação psiquiátrica observará o disposto na Seção III do Capítulo IV do Título I da Segunda Parte da Lei Complementar nº 791, de 9 de março de 1995.

Art. 3º É vedado aos serviços públicos de saúde e às entidades, públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas pelo Poder Público:

Matéria nº 7720/15 Não pode extrair as informações de assinaturas do arquivo migrado do ECM.

Fls. 63

Livia Salomão Noqueira

RF

I - realizar, proceder ou permitir qualquer forma de discriminação entre os usuários dos serviços de saúde;

II - prestar serviços ou ações de saúde discriminatórios, em termos de acesso ou qualidade, entre usuários do Sistema Único de Saúde e os beneficiários de planos, seguros, contratos ou convênios privados de saúde, próprios ou por eles intermediados;

III - manter acessos diferenciados para os usuários do Sistema Único de Saúde e quaisquer outros usuários, em face de necessidades de atenção semelhantes.

Parágrafo único. O disposto no inciso III deste artigo compreende também as portas de entrada e saída, salas de estar, guichês, listas de agendamento e filas de espera.

Art. 4º Os serviços públicos de saúde e as entidades privadas, conveniadas ou contratadas pelo Poder Público, têm que garantir a todos os pacientes e usuários:

I - a igualdade de acesso, em idênticas condições, a todo e qualquer procedimento, médico ou não, que se faça necessário e seja oferecido pela instituição;

II - o atendimento equânime em relação à qualidade dos procedimentos referidos no inciso anterior.

Parágrafo único. O direito à igualdade de condições de acesso a todos os serviços, exames, procedimentos e à sua qualidade, nos termos desta lei, é extensivo às autarquias, institutos, fundações, hospitais universitários e demais entidades, públicas ou privadas, que recebam, a qualquer título, recursos do Sistema Único de Saúde.

Art. 5º O descumprimento do disposto nesta lei implicará, sem prejuízo das sanções administrativas, civis e penais cabíveis, na suspensão imediata da transferência dos recursos do Sistema Único de Saúde à entidade, de qualquer natureza, infratora.

Parágrafo único. Qualquer pessoa é parte legítima para comunicar os casos de descumprimento desta lei ao Conselho Municipal de Saúde.

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

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, aos 31 de maio de 2007, 454º da fundação de São Paulo.

GILBERTO KASSAB, PREFEITO

Publicada na Secretaria do Governo Municipal, em 31 de maio de 2007.

CLOVIS DE BARROS CARVALHO, Secretário do Governo Municipal

PUBLICADO DOC 10/09/2010, p. 1 c. 2

LEI Nº 15.281, DE 9 DE SETEMBRO DE 2010

(Projeto de Lei nº 144/08, do Vereador Carlos Neder - PT)

Altera o inciso II do art. 2º da Lei nº 14.413, de 31 de maio de 2007.

GILBERTO KASSAB, Prefeito do Município de São Paulo, no uso das atribuições que lhe são conferidas por lei, faz saber que a Câmara Municipal, nos termos do disposto no inciso I do artigo 84 do seu Regimento Interno, decretou e eu promulgo a seguinte lei:

Art. 1º O inciso II do art. 2º da Lei nº 14.413, de 31 de maio de 2007, passa a vigorar com a seguinte redação:

*Art. 2º São direitos dos usuários dos serviços de saúde do Município:

.....
II - ser identificado e tratado pelo seu nome ou sobrenome, ou ainda, em se tratando de usuário travesti, transexual ou transgênero, pelo nome social que adotaram.”(NR)

Art. 2º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, aos 9 de setembro de 2010, 457º da fundação de São Paulo.

GILBERTO KASSAB, PREFEITO

CLOVIS DE BARROS CARVALHO, Secretário do Governo Municipal

Publicada na Secretaria do Governo Municipal, em 9 de setembro de 2010.

Folha 64
Proc. Nº 313/15
Matéria: PL 27/2015. Não foi possível extrair as informações de assinaturas do arquivo migrado do ECM.
Livia Salomão Nogueira
RF 11.274

Base de dados : legis

Pesquisa : 14821

Total de referências : 1

1/1

Título: LEI Nº 14.821 18/07/2008 ([ver documento](#))
Sem revogação expressa
Ementa: Altera a Lei nº 14.485, de 19 de julho de 2007, para incluir o Dia Municipal de Ação pela Saúde da Mulher e pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, a ser comemorado anualmente, no dia 28 de maio, e dá outras providências.
Projeto: Projeto de Lei Nº 405/2007 ([ver documento](#))
Autor(es): Carlos Neder

[[Back](#)]

LEI Nº 14.821 DE 18 DE JULHO DE 2008
(PROJETO DE LEI Nº 405/07)
(VEREADOR CARLOS NEDER - PT)

Altera a Lei nº 14.485, de 19 de julho de 2007, para incluir o Dia Municipal de Ação pela Saúde da Mulher e pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, a ser comemorado anualmente no dia 28 de maio, e dá outras providências.

Antonio Carlos Rodrigues, Presidente da Câmara Municipal de São Paulo, faz saber que a Câmara Municipal de São Paulo, de acordo com o § 7º do artigo 42 da Lei Orgânica do Município de São Paulo, promulga a seguinte lei:

Art. 1º Fica acrescida alínea ao inciso XCIII do art. 7º da Lei nº 14.485, de 19 de julho de 2007, incluindo o Dia Municipal de Ação pela Saúde da Mulher e pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, a ser comemorado anualmente no dia 28 de maio.

Art. 2º As despesas com a execução desta lei correrão por conta das dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 3º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Câmara Municipal de São Paulo, 24 de julho de 2008.

O Presidente, Antonio Carlos Rodrigues

Publicada na Secretaria Geral Parlamentar da Câmara Municipal de São Paulo, em 24 de julho de 2008.

O Secretário Geral Parlamentar em exercício, Raimundo Batista

Base de dados : legis

Pesquisa : 15043

Total de referências : 1

1/1

Título: LEI Nº 15.043 27/11/2009 ([ver documento](#))

Sem revogação expressa

Ementa: Dispõe sobre os serviços públicos municipais de atendimento à saúde da mulher, e dá outras providências.

Projeto: Projeto de Lei Nº 654/2009 ([ver documento](#))

Autor(es): Milton Ferreira

[[Back](#)]

LEI Nº 15.043, DE 27 DE NOVEMBRO DE 2009

(Projeto de Lei nº 654/09, do Vereador Milton Ferreira - PPS)

Dispõe sobre os serviços públicos municipais de atendimento à saúde da mulher, e dá outras providências.

GILBERTO KASSAB, Prefeito do Município de São Paulo, no uso das atribuições que lhe são conferidas por lei, faz saber que a Câmara Municipal, em sessão de 28 de outubro de 2009, decretou e eu promulgo a seguinte lei:

Art. 1º Na prestação dos serviços públicos municipais de atendimento à saúde da mulher, o Poder Público envidará esforços para alcançar os seguintes objetivos:

I - expandir a rede de atendimento à mulher na Atenção Básica, através das Unidades Básicas de Saúde – UBS, das equipes da Estratégia Saúde da Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família;

II - coleta de dados e realização de estudos sobre a incidência de gravidez precoce na população local, como subsídio para o desenvolvimento de políticas de orientação e planejamento familiar;

III - orientação à paciente que necessitar de assistência especializada de grande complexidade e tecnologia sobre as unidades da rede pública de saúde que possam fornecer este tipo de assistência.

Art. 2º O atendimento terá como meta o aperfeiçoamento contínuo para alcançar uma abordagem multidisciplinar que permita uma avaliação individualizada e completa da saúde da mulher.

Art. 3º As despesas decorrentes da execução desta lei correrão por conta das dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 4º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, aos 27 de novembro de 2009, 456º da fundação de São Paulo.

GILBERTO KASSAB, PREFEITO

Publicada na Secretaria do Governo Municipal, em 27 de novembro de 2009.

CLOVIS DE BARROS CARVALHO, Secretário do Governo Municipal

Base de dados : legis

Pesquisa : 15894

Total de referências : 1

1/1

Título: LEI Nº 15.894 08/11/2013 ([ver documento](#))

Sem revogação expressa

Ementa: Institui o Plano Municipal para a Humanização do Parto, dispõe sobre a administração de analgesia em partos naturais de gestantes da Cidade de São Paulo, e dá outras providências.

Projeto: Projeto de Lei Nº 27/2013 ([ver documento](#))

Autor(es): Patrícia Bezerra

[[Back](#)]

PUBLICADO DOC 09/11/2013, p. 1 c. 1-2

LEI Nº 15.894, DE 8 DE NOVEMBRO DE 2013**(PROJETO DE LEI Nº 27/13, DA VEREADORA PATRÍCIA BEZERRA - PSDB)**

Institui o Plano Municipal para a Humanização do Parto, dispõe sobre a administração de analgesia em partos naturais de gestantes da Cidade de São Paulo, e dá outras providências.

FERNANDO HADDAD, Prefeito do Município de São Paulo, no uso das atribuições que lhe são conferidas por lei, faz saber que a Câmara Municipal, em sessão de 16 de outubro de 2013, decretou e eu promulgo a seguinte lei:

Art. 1º Toda gestante tem direito a receber assistência humanizada durante o parto por parte da Rede de Saúde Pública do Município de São Paulo, integrante do Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 2º Para os efeitos desta lei é considerado Parto Humanizado, ou assistência humanizada ao parto, o atendimento que:

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

II - só adotar rotinas e procedimentos cuja extensão e conteúdo tenham sido objeto de revisão e avaliação científica por parte da Organização Mundial da Saúde - OMS ou de outras instituições de excelência reconhecida;

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

Art. 3º São princípios do Parto Humanizado ou da assistência humanizada durante o parto:

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

II - mínima interferência por parte do médico;

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

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

V - fornecimento de informação à gestante ou parturiente, assim como ao pai sempre que possível, dos métodos e procedimentos eletivos.

Art. 4º Diagnosticada a gravidez, a gestante terá direito à elaboração de um Plano Individual de Parto, no qual deverão ser indicados:

I - o estabelecimento onde será prestada a assistência pré-natal, nos termos da lei;

II - a equipe responsável pela assistência pré-natal;

III - o estabelecimento hospitalar onde o parto será preferencialmente efetuado;

IV - a equipe responsável, no plantão, pelo parto;

V - as rotinas e procedimentos eletivos de assistência ao parto pelos quais a gestante fizer opção.

Art. 5º A elaboração do Plano Individual de Parto deverá ser precedida de avaliação médica da gestante, na qual serão identificados os fatores de risco da gravidez, reavaliados a cada contato da gestante com o sistema de saúde durante a assistência pré-natal, inclusive quando do atendimento preliminar ao trabalho de parto.

Art. 6º No Plano Individual de Parto a gestante manifestará sua opção sobre:

I - a presença, durante todo o processo ou em parte dele, de um acompanhante livremente escolhido pela gestante;

II - a presença de acompanhante nas duas últimas consultas, nos termos da lei;

III - a utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor;

IV - a administração de medicação para alívio da dor;

V - a administração de anestesia peridural ou raquidiana, e

VI - o modo como serão monitorados os batimentos cardíacos fetais.

Parágrafo único. O médico responsável poderá restringir as opções em caso de risco à saúde da gestante ou do nascituro.

Art. 7º Durante a elaboração do Plano Individual de Parto, a gestante deverá ser assistida por um médico obstetra, que deverá esclarecê-la de forma clara, precisa e objetiva sobre as implicações de cada uma das suas disposições de vontade.

Art. 8º O Poder Público Municipal deverá informar a toda gestante atendida pelo SUS, de forma clara, precisa e objetiva, todas as rotinas e procedimentos eletivos de assistência ao parto, assim como as implicações de cada um deles para o bem-estar físico e emocional da gestante e do recém-nascido.

Art. 9º As disposições de vontade constantes do Plano Individual de Parto só poderão ser contrariadas quando assim o exigir a segurança do parto ou a saúde da mãe ou do recém-nascido.

Art. 10. O Poder Público Municipal publicará, periodicamente, protocolos descrevendo as rotinas e procedimentos de assistência ao parto, expostos de modo conciso, claro e objetivo.

Art. 11. O Poder Público Municipal disponibilizará, por meio de boletins periódicos atualizados pela Coordenação de Epidemiologia e Informação da Secretaria Municipal de Saúde (CEInfo), os dados sobre os tipos de parto e dos procedimentos adotados como rotina por opção da gestante.

Art. 12. (VETADO)

Art. 13. Será objeto de Justificação por escrito, firmada pelo chefe da equipe responsável pelo parto, a adoção de qualquer dos procedimentos que os protocolos mencionados nesta lei classifiquem como:

I - desnecessárias ou prejudiciais à saúde da gestante ou parturiente ou ao nascituro;

II - de eficácia carente de evidência científica;

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

§ 1º A Justificação de que trata este artigo será averbada no prontuário médico após a entrega de cópia à gestante ou ao seu cônjuge, companheiro ou parente.

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

I - a administração de enemas;

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

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

IV - a amniotomia, e

V - a episiotomia, quando indicado.

Art. 14. A equipe responsável pelo parto deverá:

I - utilizar materiais descartáveis ou realizar desinfecção apropriada de materiais reutilizáveis;

II - utilizar luvas no exame vaginal, durante o nascimento do bebê e na dequitação da placenta;

III - esterilizar adequadamente o corte do cordão;

Folha 10
Proc. Nº 1.799 / 15
Materia R.L. 2015. Não foi possível extrair as informações de assinaturas do arquivo migrado do ECM.
Linha Salomã
RF

IV - examinar rotineiramente a placenta e as membranas;

V - monitorar cuidadosamente o progresso do trabalho de parto, fazendo uso do partograma recomendado pela OMS;

VI - cuidar para que o recém-nascido não seja vítima de hipotermia.

§ 1º Ressalvada a prescrição médica em contrário, durante o trabalho de parto será permitido à parturiente:

I - manter liberdade de movimento;

II - escolher a posição que lhe pareça mais confortável;

III - ingerir líquidos e alimentos leves.

§ 2º Ressalvada prescrição médica em contrário, será favorecido o contato físico precoce entre a mãe e o recém-nascido, após o nascimento, especialmente para fins de amamentação.

Art. 15. As despesas decorrentes da execução desta lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 16. Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, aos 8 de novembro de 2013, 460º da fundação de São Paulo.

FERNANDO HADDAD, PREFEITO

ANTONIO DONATO MADORMO, Secretário do Governo Municipal

Publicada na Secretaria do Governo Municipal, em 8 de novembro de 2013.

Câmara Municipal de São Paulo

Salomão Nogueira
11.2

Base de dados : legis

Pesquisa : 15945

Total de referências : 1

1/1

Título: LEI Nº 15.945 23/12/2013 ([ver documento](#))

Sem revogação expressa

Ementa: Estabelece diretrizes para a criação do Programa Centro de Parto Normal - Casa de Parto, no âmbito do Município de São Paulo.

Projeto: Projeto de Lei Nº 542/2009 ([ver documento](#))

Autor(es): Juliana Cardoso

[[Back](#)]

PUBLICADO DOC 24/12/2013, p. 3 c. 2-3

LEI Nº 15.945, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2013

(Projeto de Lei nº 542/09, da Vereadora Juliana Cardoso - PT)

Estabelece diretrizes para a criação do Programa Centro de Parto Normal - Casa de Parto, no âmbito do Município de São Paulo.

FERNANDO HADDAD, Prefeito do Município de São Paulo, no uso das atribuições que lhe são conferidas por lei, faz saber que a Câmara Municipal, em sessão de 27 de novembro de 2013, decretou e eu promulgo a seguinte lei:

Art. 1º Ficam estabelecidas diretrizes para a criação, no âmbito do Município de São Paulo, do Programa Centro de Parto Normal - Casa de Parto, para atendimento à mulher no período gravídico-puerperal, atuando de maneira a complementar as unidades de saúde existentes e organizado no sentido de promover a ampliação do acesso, do vínculo e do atendimento, humanizando a atenção ao parto e ao puerpério.

Art. 2º Para os fins no disposto nesta lei, define-se como Centro de Parto Normal - Casa de Parto a unidade de saúde que presta atendimento humanizado e de qualidade exclusivamente ao parto normal sem distocias.

Parágrafo único. O programa será inserido no atendimento do Sistema da Rede Municipal de Saúde, que promoverá recursos materiais e humanos compatíveis para a prestação da assistência.

Art. 3º O Programa Centro de Parto Normal - Casa de Parto observará as seguintes diretrizes:

I - desenvolvimento de atividades educativas e de humanização, visando à preparação das gestantes para o plano de parto nos Centros de Parto Normal - Casa de Parto e da amamentação do recém-nascido - RN;

II - acolhimento das gestantes e avaliação das condições de saúde materna;

III - permissão da presença de acompanhante;

IV - avaliação da vitalidade fetal pela realização de partograma e de exames complementares;

V - garantia de assistência ao parto normal sem distocias, respeitando a individualidade da parturiente;

VI - garantia de assistência ao recém-nascido normal;

VII - garantia de assistência imediata ao recém-nascido em situações eventuais de risco, devendo para tal dispor de profissionais capacitados para prestar manobras básicas de ressuscitação, segundo protocolos clínicos estabelecidos pela Associação Brasileira de Pediatria;

VIII - garantia de imediata remoção da gestante para serviços de referência, nos casos eventuais de risco ou intercorrências do parto, em unidades de transporte adequadas;

IX - garantia de imediata remoção dos recém-nascidos de risco para serviços de referência, em unidades de transporte adequadas;

X - acompanhamento e monitoramento do puerpério, por um período mínimo de 10 dias (puerpério mediato);

XI - desenvolvimento de ações conjuntas com as Unidades de Saúde de referência e com o Programa de Saúde da Família.

Art. 4º A Secretaria Municipal da Saúde estabelecerá as diretrizes para a implantação de Centros de Parto Normal - Casa de Parto inseridos no Sistema Municipal de Saúde e de acordo com as prioridades de organização da assistência à gestação e ao parto, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

§ 1º A Secretaria Municipal da Saúde estabelecerá as rotinas de acompanhamento, supervisão e controle que garantam o cumprimento dos objetivos deste programa.

§ 2º As características físicas, equipamentos e recursos humanos do Centro de Parto Normal - Casa de Parto deverão obedecer à legislação federal pertinente.

Art. 5º Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, aos 23 de dezembro de 2013,
460º da fundação de São Paulo.
FERNANDO HADDAD, PREFEITO
ROBERTO NAMI GARIBE FILHO, Respondendo pelo cargo de Secretário do Governo
Municipal
Publicada na Secretaria do Governo Municipal, em 23 de dezembro de 2013.

Base de dados : legis

Pesquisa : 15945

Total de referências : 1

1/1

Título: LEI Nº 15.945 23/12/2013 (ver documento)

Sem revogação expressa

Ementa: Estabelece diretrizes para a criação do Programa Centro de Parto Normal - Casa de Parto, no âmbito do Município de São Paulo.

Projeto: Projeto de Lei Nº 542/2009 (ver documento)Autor(es): Juliana Cardoso

[[Back](#)]

PUBLICADO DOC 24/12/2013, p. 3 c. 2-3

LEI Nº 15.945, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2013

(Projeto de Lei nº 542/09, da Vereadora Juliana Cardoso - PT)

Estabelece diretrizes para a criação do Programa Centro de Parto Normal - Casa de Parto, no âmbito do Município de São Paulo.

FERNANDO HADDAD, Prefeito do Município de São Paulo, no uso das atribuições que lhe são conferidas por lei, faz saber que a Câmara Municipal, em sessão de 27 de novembro de 2013, decretou e eu promulgo a seguinte lei:

Art. 1º Ficam estabelecidas diretrizes para a criação, no âmbito do Município de São Paulo, do Programa Centro de Parto Normal - Casa de Parto, para atendimento à mulher no período gravídico-puerperal, atuando de maneira a complementar as unidades de saúde existentes e organizado no sentido de promover a ampliação do acesso, do vínculo e do atendimento, humanizando a atenção ao parto e ao puerpério.

Art. 2º Para os fins no disposto nesta lei, define-se como Centro de Parto Normal - Casa de Parto a unidade de saúde que presta atendimento humanizado e de qualidade exclusivamente ao parto normal sem distocias.

Parágrafo único. O programa será inserido no atendimento do Sistema da Rede Municipal de Saúde, que promoverá recursos materiais e humanos compatíveis para a prestação da assistência.

Art. 3º O Programa Centro de Parto Normal - Casa de Parto observará as seguintes diretrizes:

I - desenvolvimento de atividades educativas e de humanização, visando à preparação das gestantes para o plano de parto nos Centros de Parto Normal - Casa de Parto e da amamentação do recém-nascido - RN;

II - acolhimento das gestantes e avaliação das condições de saúde materna;

III - permissão da presença de acompanhante;

IV - avaliação da vitalidade fetal pela realização de partograma e de exames complementares;

V - garantia de assistência ao parto normal sem distocias, respeitando a individualidade da parturiente;

VI - garantia de assistência ao recém-nascido normal;

VII - garantia de assistência imediata ao recém-nascido em situações eventuais de risco, devendo para tal dispor de profissionais capacitados para prestar manobras básicas de ressuscitação, segundo protocolos clínicos estabelecidos pela Associação Brasileira de Pediatria;

VIII - garantia de imediata remoção da gestante para serviços de referência, nos casos eventuais de risco ou intercorrências do parto, em unidades de transporte adequadas;

IX - garantia de imediata remoção dos recém-nascidos de risco para serviços de referência, em unidades de transporte adequadas;

X - acompanhamento e monitoramento do puerpério, por um período mínimo de 10 dias (puerpério mediato);

XI - desenvolvimento de ações conjuntas com as Unidades de Saúde de referência e com o Programa de Saúde da Família.

Art. 4º A Secretaria Municipal da Saúde estabelecerá as diretrizes para a implantação de Centros de Parto Normal - Casa de Parto inseridos no Sistema Municipal de Saúde e de acordo com as prioridades de organização da assistência à gestação e ao parto, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

§ 1º A Secretaria Municipal da Saúde estabelecerá as rotinas de acompanhamento, supervisão e controle que garantam o cumprimento dos objetivos deste programa.

§ 2º As características físicas, equipamentos e recursos humanos do Centro de Parto Normal - Casa de Parto deverão obedecer à legislação federal pertinente.

Art. 5º Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, aos 23 de dezembro de 2013,
460º da fundação de São Paulo.
FERNANDO HADDAD, PREFEITO
ROBERTO NAMI GARIBE FILHO, Respondendo pelo cargo de Secretário do Governo
Municipal
Publicada na Secretaria do Governo Municipal, em 23 de dezembro de 2013.

LEGISLAÇÃO MUNICIPAL

Portaria SMS.G Nº 275, de 19 de maio de 2004

Gonzalo Vecina Neto, Secretário Municipal da Saúde, no uso das atribuições que lhe são conferidas por Lei, e

Considerando:

a necessidade de implementação do Projeto Prioritário "Nascer Bem" - Gravidez Saudável e Parto Seguro, na Rede de Serviços de Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo;

que é política da Secretaria Municipal da Saúde a unificação de impressos e de prontuários na rede de serviços do SUS, visando a uniformização e a melhoria da qualidade das informações;

que a qualidade e a atualização das informações registradas permitem uma avaliação mais aprofundada dos serviços prestados nos diferentes níveis de atendimento;

que as Áreas Temáticas da Saúde da Criança e da Saúde da Mulher adotam como uma das diretrizes técnicas o enfoque de risco na atenção à saúde; e

as exigências da Lei Federal 9.263, com relação ao planejamento familiar,

Resolve:

Art. 1º - Implantar as seguintes Fichas de Atendimento à Criança nas Unidades Básicas de Saúde (UBS): Caso Novo; Consulta da Criança; e Evolução de Morbidade, que constituirão o Prontuário da Criança;

Art. 2º - Implantar a Ficha Clínica de Pré-Natal e Ficha Ginecológica de Atendimento à Mulher nas Unidades Básicas de Saúde que constituirão o Prontuário da Mulher;

Art. 3º - Implantar as Fichas de Admissão de Parto (incluídos Partograma e Ficha de Puerpério), Ficha Clínica de Pré-Natal e Ficha Ginecológica, nos hospitais, que constituirão o Prontuário Hospitalar de Atendimento à Mulher;

Art. 4º - Implantar os seguintes instrumentos que viabilizam o encaminhamento de pacientes para contracepção cirúrgica: Ficha de Encaminhamento; Expressa Manifestação da Vontade e Entrevista de Reflexão sobre o Método Escolhido;

§ Único - Os impressos para contracepção cirúrgica devem ser preenchidos pela equipe de Planejamento Familiar da UBS e arquivados no Prontuário do paciente no local de destino onde será realizado o procedimento (Hospital ou Ambulatório).

Art. 5º - Implantar a Ficha de Consentimento Pós-Informado para Inserção de Dispositivo Intra Uterino (DIU), nos locais onde este procedimento é realizado;

Art. 6º - Os Impressos e Prontuários definidos nesta Portaria serão disponibilizados por meio eletrônico (disquete e e-mail), para os Coordenadores de Saúde das Subprefeituras, Superintendentes das Autarquias Hospitalares e Diretores dos Hospitais Municipais para a reprodução gráfica e implantação no prazo de 60 dias, a partir da publicação desta Portaria;

§ Único - Nos Hospitais-Escola - Hospital Maternidade-Escola de V. N. Cachoeirinha e Hospital do Servidor Público Municipal que possuem Programa de Residência Médica e impressos específicos, a implantação dos instrumentos descritos na presente Portaria é facultativa.

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

Obs.: Fichas, vide DOM 19/05/2004, págs. 51 a 56.



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

Secretaria de Documentação
Equipe de Documentação do Legislativo

Autores atualizados por requerimento:

Ver. EDUARDO TUMA (PSDB)

Ver. TONINHO VESPOLI (PSOL)

“Dispõe sobre a implantação de medidas de informação à gestante e parturiente sobre a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, visando a proteção destas contra a violência obstétrica no Município de São Paulo.”

A Câmara Municipal de São Paulo D E C R E T A:

Art. 1º A presente lei tem por objeto a divulgação da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, no Município de São Paulo, visando a proteção das gestantes e das parturientes contra a violência obstétrica.

Art. 2º Considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, maternidade e unidades de saúde, por um familiar ou acompanhante que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou ainda, no período de puerpério.

Art. 3º Para efeitos da presente lei, considerar-se-á ofensa verbal ou física, dentre outras, as seguintes condutas:

1 - Tratar a gestante ou parturiente de forma agressiva, não empática, grosseira, zombeteira, ou de qualquer outra forma que a faça se sentir constrangida pelo tratamento recebido;

II - Recriminar a parturiente por qualquer comportamento como gritar, chorar, ter medo, vergonha ou dúvidas, bem como, por característica ou ato físico como, por exemplo, obesidade, pelos, estrias, evacuação e outros;

III - Não ouvir as queixas e dúvidas da mulher internada e em trabalho de parto;

IV - Tratar a mulher de forma inferior, dando-lhe comandos e nomes infantilizados e diminutivos, tratando-a como incapaz;

V - Fazer a gestante ou parturiente acreditar que precisa de uma cesariana quando esta não se faz necessária, utilizando de riscos imaginários ou hipotéticos não comprovados e sem a devida explicação dos riscos que alcançam ela e o recém-nascido.

VI - Realização de procedimentos que incidam sobre o corpo da mulher, que interfiram ou causem dor, ou dano físico com o intuito de acelerar o parto por conveniência médica.

VII - Recusar atendimento de parto, haja vista este ser uma emergência médica;

VIII - Promover a transferência da internação da gestante ou parturiente sem a análise e a confirmação prévia de haver vaga e, garantia de atendimento, bem como tempo suficiente para que esta chegue ao local;

IX - Impedir que a mulher seja acompanhada por alguém de sua preferência durante todo o trabalho de parto;

X- Impedir a mulher de se comunicar, tirando-lhe a liberdade de telefonar, fazer uso de aparelho celular, caminhar até a sala de espera, conversar com familiares e com seu acompanhante;

XI- Submeter a mulher a procedimentos dolorosos, desnecessários ou humilhantes, como lavagem intestinal, raspagem de pelos pubianos, posição ginecológica com portas abertas, exame de toque por mais de um profissional;

XII - Deixar de aplicar anestesia na parturiente quando esta assim o requerer;

XIII - Proceder a episiotomia quando esta não é realmente imprescindível;

XIV - Manter algemadas as detentas em trabalho de parto;

XV - Fazer qualquer procedimento sem, previamente, pedir permissão ou explicar, com palavras simples, a necessidade do que está sendo oferecido ou recomendado;

XVI- Após o trabalho de parto, demorar injustificadamente para acomodar a mulher no quarto:

XVII- Submeter a mulher e/ou o recém-nascido a procedimentos feitos exclusivamente para treinar estudantes:

XVIII - Submeter o recém-nascido saudável a aspiração de rotina, injeções ou procedimentos na primeira hora de vida, sem que antes tenha sido colocado em contato pele a pele com a mãe e de ter tido a chance de mamar;

XIX - Retirar da mulher, depois do parto, direito de ter o recém-nascido ao seu lado no Alojamento Conjunto e de amamentar em livre demanda, salvo se um deles, ou ambos necessitarem de cuidados especiais;

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

XXI - Tratar o pai do recém-nascido como visita e obstar seu livre acesso para acompanhar a parturiente e o recém-nascido a qualquer hora do dia.

Art. 4º Para o acesso às informações constantes nesta lei, poderão ser elaboradas Cartilhas dos Direitos da Gestante e da Parturiente, pela Secretaria de Saúde do Município de São Paulo, propiciando a todas as mulheres as informações e esclarecimentos necessários para um atendimento hospitalar digno e humanizado, visando à erradicação da violência obstétrica, devendo conter, para tanto, 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 maternidades e unidades de saúde da rede pública do Município de São Paulo deverão expor cartazes informativos contendo as condutas elencadas nos incisos I a XXII do artigo 3º, bem como disponibilizar às mulheres gestantes e às parturientes um exemplar da Cartilha referida no artigo 4º desta lei.

Art. 6º As despesas com a execução desta lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias, suplementadas, se necessário.

Art. 7º Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário. Às Comissões competentes."

Publicado no Diário Oficial da Cidade em 03/09/2014, p. 75

Para informações sobre este projeto, visite o site www.camara.sp.gov.br



CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

Secretaria Geral Parlamentar
Secretaria de Documentação
Equipe de Documentação do Legislativo

RETIFICAÇÃO DA SECRETARIA DE REGISTRO PARLAMENTAR E REVISÃO - SGP.4

- No Diário Oficial da Cidade de São Paulo de 15 de maio de 2015, à página 76, 2ª coluna, leia-se como segue e não como constou:

PROJETO DE LEI 01-00212/2015 do Vereador Alessandro Guedes (PT)

"Dispõe sobre a livre escolha do Direito da Gestante em agendar o parto na Unidade Hospitalar e dá outras providências.

A Câmara Municipal de São Paulo DECRETA:

Art. 1º As gestantes do Município de São Paulo poderão escolher o hospital da rede Pública Municipal de Saúde para realização do parto.

Art. 2º A opção de que trata o art. 1º deverá ser feita com até 2 (dois) meses de antecedência da data originalmente prevista para o parto, por meio de comunicação escrita, assinada pela gestante, esposo, companheiro, mãe da gestante, pai da gestante ou seu procurador.

Art. 3º Tratando da opção hospitalar do art. 1º deverá considerar a capacidade de leitos na maternidade desejada, a demanda será feita conforme disponibilidade possível.

Art. 4º A regulamentação da presente lei será feita no prazo de 60 (sessenta) dias.

Art. 5º As despesas decorrentes da aplicação desta lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 6º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Sala das sessões em Às Comissões competentes."

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da Cidade em 16/05/2015, p. 110

Para informações sobre este projeto, visite o site www.camara.sp.gov.br.



CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

Secretaria Geral Parlamentar
Secretaria de Documentação
Equipe de Documentação do Legislativo

PROJETO DE LEI 01-00223/2015 da Vereadora Patrícia Bezerra (PSDB)

"Institui a Semana Municipal de Apoio e Conscientização sobre o Parto Humanizado, e dá outras providências"

Art. 1º - Fica instituída no âmbito do município de São Paulo, a Semana Municipal de Apoio e Conscientização sobre o Parto Humanizado, a ser realizada anualmente na primeira Semana do mês de Maio.

Parágrafo único: A data ora instituída passará a constar do calendário oficial de eventos da Cidade.

Art. 2º - A Semana Municipal de Apoio e Conscientização sobre o Parto Humanizado constará, dentre outros, de procedimentos informativos, afirmativos, educativos, organizativos, palestras, audiências públicas, exposições, conferências, visitas a fim de que a sociedade em geral, e as mulheres em particular, possam conhecer melhor a questão e debater sobre as políticas públicas e privadas voltadas ao tema.

Art. 3º - Ficam os Poderes Executivo e Legislativo municipal, em conjunto com as entidades da sociedade civil afetas ao tema, autorizados a criar, organizar e implantar todas as ações necessárias a serem realizadas na referida semana.

Art. 4º Para o cumprimento no disposto nesta Lei deverá ser criada, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, por ato conjunto do Poder Executivo e da Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher da Câmara Municipal de São Paulo, Comissão composta por representantes da Sociedade Civil Organizada e do Poder Público, visando sua organização, divulgação e realização.

Parágrafo único - Poderão ser convidados a participar do evento representantes do Governo Federal e Governo Estadual afetos à temática, para apresentar as iniciativas de suas esferas de poder visando a ampliação da oferta de tais equipamentos e serviços.

Art. 5º - Poderá o poder executivo municipal firmar parcerias com a iniciativa pública ou privada, pessoas físicas ou jurídicas, entidades religiosas e universidades, para a realização e organização da semana municipal de apoio e conscientização sobre o parto humanizado.

Art. 6º - As demais normas necessárias à realização da referida Semana deverão ser estabelecidas por Ato próprio dos Poderes Executivo e Legislativo Municipal.

Art. 7º - As despesas decorrentes da execução da presente Lei correrão por conta das dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 8º - O Poder Executivo regulamentará a presente lei em até 90 dias após sua promulgação, revogando-se as disposições em contrário.

Sala das sessões, maio de 2015. Às Comissões competentes."

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da Cidade em 15/05/2015, p. 79

Para informações sobre este projeto, visite o site www.camara.sp.gov.br.

RECEBIDO
Comissão de Constituição, Justiça
e Legislação Participativa

Em 03/02/16 às 15h
RF 1120

Ao Nobre Vereador / À Nobre Vereadora

Conte Lopez

Para Relevar.
Sala da Comissão de Constituição, Justiça e
Legislação Permanente.
Em 12/02/2016

Obs. O prazo para a entrega do trabalho é de 8 dias,
nos termos do 3º do artigo 63 do R.I.

RECEBIDO A PROCURADORIA DA CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
SETOR DO PROCESSO LEGISLATIVO

EM 18/02/16 AS 18 h

FOR Lin'a

SADA: **AS:** **h** **ASS.**

RECEBIDO NA PROCURADORIA DA CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
SETOR DO PROCESSO LEGISLATIVO

EM 31/03/16 AO 18 HS

POR *Alc*

SAÍDA 08/04/16 AS 14 H ASS: *[assinatura]*

Seg. 5 Jun 1964 5
Seg. 5 8.000 5
D. 5 5
Rubric. 5 5
Rubric. 5 5
Em João Carlos Chaves
Técnico Administrativo
RF 133



Folha nº 79 do Proc.
 Nº 01-717 de 20 15
 João Carlos Dias Chaves
 RF 11/3361 SGP.12

PAR pl0717-15

PARECER 655/2016 DA COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO, JUSTIÇA E LEGISLAÇÃO PARTICIPATIVA SOBRE O PROJETO DE LEI Nº 0717/15.

Trata-se de projeto de lei, de iniciativa da nobre Vereadora Juliana Cardoso, que estabelece diretrizes para o acompanhamento do Parto Domiciliar no âmbito da Rede Municipal de Saúde do Município de São Paulo.

Nos termos do projeto, o programa tem como princípios a humanização do nascimento, a assistência baseada em evidências, e os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres no que tange à autonomia da mulher sobre a escolha do local de parto, buscando atender a todas as mulheres, respeitando as especificidades culturais e os desejos das mulheres e suas famílias no parto e pós-parto.

O projeto merece prosperar.

Sob o aspecto formal subjetivo, o projeto atende ao "caput" do art. 37 da Lei Orgânica do Município, que confere a qualquer membro desta Casa a iniciativa legislativa.

No que toca ao aspecto formal orgânico, cumpre considerar que, apesar de o art. 24, inciso XII, da Constituição Federal dispor competir à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar sobre proteção e defesa da saúde, isso não impede que os Municípios normatizem o tema, uma vez que a eles compete suplementar a legislação federal e estadual no que couber, dentro dos assuntos de interesse local (art. 30, incisos I e II, da Constituição Federal).

No caso, o interesse local é evidenciado diante do fato de o projeto pretender estabelecer diretrizes para o acompanhamento do parto domiciliar na Rede Municipal de Saúde, que se sujeita a regras circunscritas a este ente federado.

Quanto ao conteúdo do projeto, insta ressaltar que o art. 23, inciso II, da Constituição Federal estabelece a competência material de todos os entes federados para cuidar da saúde e assistência pública. No âmbito do Município de São Paulo, há todo um capítulo destinado ao tema na Lei Orgânica do Município (arts. 212 a 220), podendo ser mencionado, especificamente em relação a esta propositura, o disposto no art. 216, inciso VI, segundo o qual compete ao Município, através do sistema único de saúde, além de outras atribuições, "assegurar à mulher a assistência integral à saúde, pré-natal, no parto e pós-parto, bem como nos termos da lei federal, o direito de evitar e interromper a gravidez, sem prejuízo para a saúde, garantindo o atendimento na rede pública municipal de saúde".

Verifica-se, portanto, que a disciplina do parto domiciliar no âmbito da Rede Municipal de Saúde é passível de ser tratada em lei municipal, cabendo às comissões de mérito analisar

RELCOM
672/2016



pl0717-15

Folha nº 80 do Proc.
Nº 01-717 de 20 15
João Carlos Dias Chaves
RF 11.388 - SGP.12

a conveniência e oportunidade da medida quando instadas a se manifestarem sobre este projeto.

Deve ser apresentado substitutivo, no entanto, somente a fim de adequar a redação do projeto, notadamente de seu art. 5º, à técnica legislativa preconizada pela Lei Complementar Federal n. 95/98.

Durante a tramitação do projeto, devem ser realizadas pelo menos 2 (duas) audiências públicas, nos termos do art. 41, inciso XI, da Lei Orgânica do Município.

Para ser aprovada, a propositura depende do voto da maioria absoluta dos membros desta Casa, nos termos do art. 40, § 3º, inciso XII.

Ante o exposto, na forma do substitutivo que segue, somos **PELA LEGALIDADE**.

SUBSTITUTIVO Nº **DA COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO, JUSTIÇA E**
LEGISLAÇÃO PARTICIPATIVA AO PROJETO DE LEI Nº 0717/15.

*Estabelece diretrizes para o
acompanhamento do Parto Domiciliar no
âmbito da Rede Municipal de Saúde de São
Paulo.*

A Câmara Municipal de São Paulo DECRETA:

Art. 1º - Ficam estabelecidas diretrizes para o acompanhamento do Parto Domiciliar, no âmbito da Rede Municipal de Saúde de São Paulo, para atendimento à mulher, bebê e seus pares/família no período gravídico-puerperal e perinatal, de forma a complementar as ações de saúde e cuidado oferecidas pela Rede Municipal de saúde durante o trabalho de parto, parto, pós-parto imediato, estendendo-se até os primeiros seis meses após o nascimento.

Art. 2º - Para os fins dispostos nesta lei, define-se como acompanhamento do Parto Domiciliar no âmbito da rede municipal de saúde o cuidado prestado à mulher que tenha escolhido o domicílio como local do parto e nascimento e que atenda aos critérios clínico-obstétricos estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Art. 3º - O programa tem como princípios a humanização do nascimento, a assistência baseada em evidências, os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres no que tange à autonomia da mulher sobre a escolha do local de parto, buscando atender a todas as mulheres, respeitando as especificidades culturais e os desejos das mulheres e suas famílias no parto e pós-parto.



pl0717-15

Folha nº 01 do Proc.
Nº 02-717 de 20 15
João Carlos Dias Chaves
RF 11.836 - SGP.12

Art. 4º - O acompanhamento do Parto Domiciliar no âmbito da rede municipal de saúde será inserido no sistema de saúde da rede municipal, que promoverá recursos materiais e humanos compatíveis com a assistência proposta.

Art. 5º - O acompanhamento do Parto Domiciliar observará as seguintes diretrizes:

I – No período pré-natal:

a - Acesso e acolhimento da mulher no programa de pré-natal da rede básica de saúde do município;

b - Desenvolver atividades educativas e de humanização, visando sua preparação para a escolha informada do local do parto/nascimento e para a elaboração do plano de parto junto à equipe do programa do PD;

c - Acolher e avaliar as condições de saúde materna e fetal pela equipe de PD a partir de 35 (trinta e cinco) semanas de gestação;

d - Avaliar as condições do ambiente escolhido (domicílio) para o parto e nascimento, conforme os critérios estabelecidos pelo protocolo de acompanhamento do PD;

e - Acompanhamento pela equipe do PD a partir de 35 (trinta e cinco) semanas de gestação concomitante ao acompanhamento de pré-natal da rede básica.

II - No trabalho de parto e parto:

a - Desenvolver ações conjuntas com a rede básica de saúde e com o Programa de Saúde da Família (PSF);

b - Garantir o atendimento por equipe composta por no mínimo duas Obstetrizas/Enfermeiras Obstétricas presentes em todo o processo;

c - Garantir o acolhimento e cuidado contínuo durante todo o processo envolvido;

d - Acompanhamento pela equipe de PD desde a fase latente, fase ativa, parto e pós-parto imediato;

e - Monitorar a evolução do trabalho de parto, parto e pós-parto;

f - Garantir de assistência ao parto normal sem distócias, respeitando as escolhas da mulher;



pl0717-15

Folha n° 82 do Proc.
Nº 01-717 de 20 15
João Carlos das Chaves
RF 11.336 - SGP.12

g - Avaliação constante e ativação do sistema de transferência para atendimento da mulher e/ou do recém-nascido na instituição de saúde de referência, quando necessário;

h - Monitorar "in loco" as condições do recém-nascido nas primeiras 6 (seis) horas de vida;

i - Garantir a imediata remoção da mulher para serviços de referência, nos casos eventuais de risco ou intercorrências no trabalho de parto, parto e/ou pós-parto, em unidades de transporte adequadas;

j - Garantir a assistência imediata ao recém-nascido em situações eventuais de risco, devendo para tal dispor de profissionais capacitados para prestar manobras básicas de reanimação preconizadas pelo Ministério da Saúde.

III - No pós-parto:

a - Monitorar "in loco" as condições materna e do recém nascido com 24 (vinte e quatro) horas, no período pós-parto/nascimento;

b - Garantir a realização da triagem neonatal: oximetria de pulso na visita domiciliar no período compreendido entre 24 (vinte e quatro) a 48 (quarenta e oito) horas após o nascimento;

c - Monitorar "in loco" as condições materna e do recém nascido com 24 (vinte e quatro) horas, 72 (setenta e duas) horas e entre 7 (sete) a 15 (quinze) dias do pós-parto/nascimento;

d - Garantir o encaminhamento do recém-nascido para a rede básica de saúde e/ou instituições de saúde de referência para a avaliação neonatal precoce (na primeira semana de vida);

e - Garantir da realização da triagem neonatal: teste do pezinho (fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, anemia falciforme e outras hemoglobinopatias e fibrose cística), o teste da orelhinha (Emissões Otoacústicas Evocadas), teste do olhinho (reflexo vermelho);

f - Garantir a realização da imunização conforme calendário/protocolo de vacinação proposto pelo Ministério da Saúde, na primeira semana de vida;

g - Garantir a avaliação puerperal na rede básica de saúde no período de 40 (quarenta) a 60 (sessenta) dias do pós-parto;



CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

pl0717-15

Folha nº 83 do Proc.
Nº 01-717 de 20 15
João Carlos Dias Chaves
RF 11.736 - SGP.12

h - Garantir o acesso ao planejamento familiar proposto e escolhido pela mulher durante a assistência no pré-natal, na sua unidade de saúde de referência.

IV - Na puericultura:

a - Garantir de acompanhamento domiciliar mensal pela equipe de PD durante os primeiros seis meses de vida da criança;

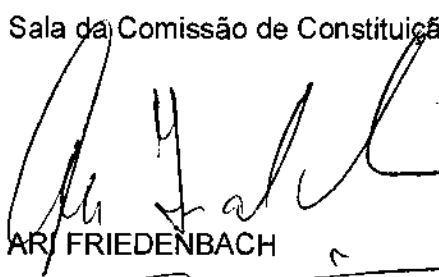
b - Garantir de acolhimento e disponibilização de cuidados necessários na rede básica de saúde de referência para os encaminhamentos indicados pela equipe de PD.

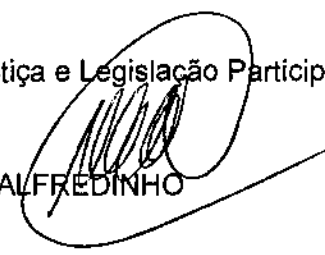
Art. 6º - O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de 90 (noventa) dias contados de sua publicação, oportunidade em que estabelecerá as rotinas de acompanhamento, supervisão e controle que garantam o cumprimento dos objetivos deste programa.

Art. 7º - As despesas decorrentes da execução desta Lei correrão por conta das dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

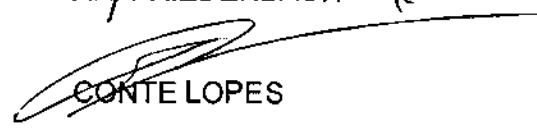
Art. 8º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Sala da Comissão de Constituição, Justiça e Legislação Participativa, em 27/4/2016.

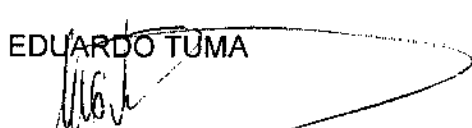

ARI FRIEDENBACH


ALFREDINHO

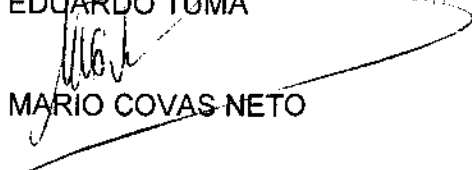
ARSELINO TATTO


CONTE LOPES

DAVID SOARES


EDUARDO TUMA


GILBERTO NATALINI


MÁRIO COVAS-NETO

SANDRA TADEU

PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL
DE 28/04/16
Pág. 188 Col. 4
Conferido _____

Danillo Nunes da Silva
Técnico Administrativo
RF. 11.313

A DOUTA COMISSÃO ADM,
Em 28/4/16.

Danillo Nunes da Silva
Técnico Administrativo
RF. 11.313

RECEBIDO

Comissão de Administração Pública
Em 06-05-2016 às 18:13

Ana Lúcia de O. Sousa
RF. 100.823 - SGP-12

AO Vereador / A Vereadora

Aurelio Miguel
Para: Platar
Sala da Comissão de Administração Pública.

Em 09/05/2016

Presidente
Obs. O prazo para manifestação é de 8 dias, nos termos do § 3º artigo 63 do RI

CAMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
Segue anexo nesta data documento rubricado
sob nº 842103 e folha de informação nº
em 04/08/16
Nome Elisângela de Almeida
RF 11.313 SGP-12



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

SECRETARIA GERAL PARLAMENTAR
Secretaria de Registro Parlamentar e Revisão

FL. Nº 84
Notas taquigráficas
Proc. nº 01-717/2015
Elaine Gavotti
RF 100.466

COMISSÃO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

PRESIDENTE: QUITO FORMIGA

AUDIÊNCIA PÚBLICA.

LOCAL: Câmara Municipal de São Paulo

DATA: 22/06/2016

OBSERVAÇÕES:

- Notas taquigráficas sem revisão

REUNIÃO: 16509 DATA: 22/06/2016 FL: 85 DE 19

O SR. PRESIDENTE (Quito Formiga) – Abertos os trabalhos da 5ª audiência pública deste ano da Comissão de Finanças e Orçamento. Presentes os Srs. Vereadores: Laércio Benko e Quito Formiga, na Presidência.

Informo que esta reunião está sendo transmitida pelo portal da Câmara Municipal de São Paulo, no endereço www.camara.sp.gov.br, link Auditórios On-Line.

A íntegra da transcrição desta audiência pública estará disponível ao público em geral no portal da Câmara Municipal de São Paulo, www.camara.sp.gov.br, link audiências públicas.

Esta audiência vem sendo publicada no *Diário Oficial da Cidade* diariamente, desde o dia 17/06/2016 e ainda nos jornais: *O Estado de S.Paulo*, dia 20/06/2016 e *Folha de S.Paulo*, dia 20/06/2016.

Foram convidados a participarem desta audiência os Srs.: Gabriel Benedito Issaac Chalita, Secretário Municipal de Educação, neste ato representando os Srs. Vereadores desta Casa; Rogerio Ceron de Oliveira, Secretário Municipal de Finanças e Desenvolvimento Econômico; Alexandre Padilha, Secretário-Adjunto Municipal da Saúde; José de Lorenzo Messina, da Secretaria Municipal de Esportes, Lazer e Recreação; Luciana de Toledo Temer Lulia, da Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social; José Geraldo de Paula Pinto, Presidente do Conselho Municipal em Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente; Felipe di Paula, Secretário Municipal de Direitos Humanos e Cidadania; os auditores fiscais Márcio de Albuquerque, Natália de Nardi, Marcelo Tannuri de Oliveira, Marcos Takao, neste ato representando a Secretaria de Governo; Eurípedes Balsanuf, Gabinete do Secretário; Adalberto Kiochi Aguemi, Coordenador da Área da Saúde da Mulher, neste ato representando a Secretaria Municipal de Saúde.

Passemos ao primeiro item da pauta.

- "PL 139/2015, do Vereador Ricardo Young (REDE), que autoriza o Executivo a conceder descontos de Imposto Predial Territorial Urbano, incidente sobre imóveis que

REUNIÃO: 16509 DATA: 22/06/2016 FL: 86 DE 19

cederem seus muros e fachadas para intervenções artísticas e culturais com o objetivo de embelezar, qualificar, ressignificar a Cidade e divulgar arte e cultura no Município e dá outras providências”.

O SR. PRESIDENTE (Quito Formiga) – Gostaria de saber se alguém gostaria de se manifestar a respeito desse projeto. (Pausa) Declaro realizada a audiência pública do PL 139/2015.

Passemos ao item seguinte.

- “PL 433/2015, do Vereador Rodolfo Despachante (PHS), que obriga o Poder Público Municipal a instalar brinquedos adaptados para crianças portadoras de deficiência nos parques e áreas de lazer no âmbito do Município de São Paulo e dá outras providências.”

O SR. PRESIDENTE (Quito Formiga) – Indago se há alguém que queira se manifestar sobre esse projeto. (Pausa) Declaro realizada a audiência pública do PL 433/2015.

Passemos ao item seguinte.

- “PL 443/2015, do Vereador Jonas Camisa Nova (DEM) que dispõe sobre a obrigatoriedade de reserva de espaço para o tráfego de motocicletas nas vias públicas de grande circulação do Município de São Paulo, e dá outras providências.”

Indago se o Vereador Jonas Camisa Nova quer utilizar a palavra.

O SR. JONAS CAMISA NOVA – Sr. Presidente, eu gostaria de me manifestar sobre esse projeto de minha autoria, porque não podemos mais tratar a questão dos motociclistas como uma questão que não existe e não tem problema. Além do tráfego também um problema de saúde. Criamos aí os espaços para faixa exclusiva para ônibus, criamos as ciclovias e esquecemos de um fator muito importante que também é importante no desenvolvimento de São Paulo, é o jeito de se locomover mais rápido, que é a questão dos motoboys. Conforme vai reduzindo as vias, as marginais e esqueceram de um fator muito importante. Nós temos aí hoje quase um milhão e 60 mil motos circulando no município de São Paulo e nada se faz para interesse da categoria. Ao contrário, na construção das ciclovias na

REUNIÃO: 16509 DATA: 22/06/2016 FL: 87 DE 19

Rua Vergueiro, na Sumaré, a faixa exclusiva para moto hoje também não pode mais.

Então a gente vem encarecidamente pedir ao Governo que aceite o nosso pedido, até porque é uma questão de saúde pública. Conversando com o pessoal do SAMU me disseram que 70% das ocorrências feitas pelo SAMU são acidentes de moto. Já que está se fazendo uma prevenção com redução de velocidade e ciclofaixas, também precisamos pensar nas marginais e em como criar um espaço para motoqueiros.

Era o que tinha a dizer, Sr. Presidente.

O SR. PRESIDENTE (Quito Formiga) – Vereador Jonas Camisa Nova, muito boa iniciativa. Eu falo como motociclista e louvo esse seu projeto, apoio 100%.

Declaro realizada a audiência pública do terceiro item, PL 443/2015, do Vereador Jonas Camisa Nova.

Quarto item da pauta. “PL 587/2015, do Vereador Natalini, PV. Proíbe a oferta de embutidos na composição da merenda de escolas e creches da rede pública municipal e dá outras providências”.

Indago se alguém quer se manifestar sobre esse projeto. (Pausa) Não há inscritos. Declaro realizada a audiência pública do PL 587/2015.

Quinto item da pauta. “PL 659/2015, do Vereador Ari Friedenbach, PHS. Dispõe sobre a inserção do migrante refugiado na vida socioeconômica do município de São Paulo e dá outras providências”.

Indago se alguém quer se manifestar sobre esse projeto. (Pausa) Não há inscritos. Declaro realizada a audiência pública do PL 659/2015.

Item seguinte. “PL 717/2015, da Vereadora Juliana Cardoso, PT. Estabelece diretrizes para o acompanhamento do parto domiciliar no âmbito da rede municipal de saúde de São Paulo.”

Indago se alguém quer se manifestar sobre esse projeto. (Pausa) Não há inscritos. Declaro realizada a audiência pública do PL 717/2015.

REUNIÃO: 16509 DATA: 22/06/2016 FL: 88 DE 19

Sétimo item da pauta. "PL 147/2016, do Vereador José Police Neto, PSD. Institui o Programa Bike São Paulo, cria o cartão do ciclista e dá outras providências".

Tem a palavra o nobre Vereador José Police Neto.

O SR. JOSÉ POLICE NETO – Sr. Presidente, eu preparei uma rápida apresentação e depois queria até ter essa oportunidade de fazê-lo, antes de qualquer abertura de palavra, mas para contextualizar o esforço que fizemos. Sem problema, Presidente?

Antes de fazer a apresentação, só dizer como chegamos ao projeto e acho que é fundamental. A ideia do projeto que apresentamos nasce ainda no debate que realizávamos no ano passado, de como a bicicleta poderia ser inserida como uma modalidade real de transporte na Cidade e tivemos uma cautela ainda no ano passado de antes de apresentar o projeto levá-lo ao conhecimento da sociedade. Realizamos ainda em dezembro uma apresentação pública do projeto, deixamos o projeto 90 dias antes da apresentação em consulta pública, período em que recebemos contribuições, contribuições que geraram inclusive alteração no projeto protocolado na Câmara e aí tivemos esse semestre legislativo de tramitação. Eu elaborei uma brevíssima apresentação que passa pelos pontos fundamentais do projeto.

A ideia fundamental é reconhecer que o mundo bem adotando a bicicleta como um dos modais de transporte e para isso vem criando fórmulas para que a bicicleta se integre a esses modais pré-existentes quando a Cidade se apresentou não convidativa a isso. Então a gente traz um pouco dessas experiências internacionais, algumas que eu pude visitar pessoalmente, outras que a equipe acabou por visitar, mas me parece fundamental apresentar duas, três delas que tem algum vigor e algum resultado já apresentado. Então há leis nacionais muito parecidas com o nosso Plano Nacional de Mobilidade que vem entusiasmando isso.

Então, no Velho Continente, a França talvez tenha sido o País que nos últimos dois anos se dedicou muito a essa regra, criando fórmulas bastante interessantes de oferecer à bicicleta algum incentivo, ou ciclista, ao trabalhador ciclista um modelo de incentivo, e lei nacional dá cobertura a isso. Nos Estados Unidos não é diferente. Então o Novo Continente,

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE REGISTRO PARLAMENTAR E REVISÃO – SGP.4
NOTAS TAQUIGRÁFICAS SEM REVISÃO

FL. Nº 89
Notas taquigráficas
Proc. nº 01-717/2015
Elaine Davoli
RF 100.465

fls. 136

REUNIÃO: 16509 DATA: 22/06/2016 FL: 89 DE 19

com cidade absolutamente carros-dependentes também têm apresentado essa fórmula. Nesses dois continentes o modelo é de transferência de recursos e esses recursos universalizados. Na verdade, aqui a gente não trouxe isso dessa forma apresentada nesses países, a gente preferiu um modelo um pouco mais objetivo, em que você cria uma rede de serviços para o ciclista e não transfere um recurso. Então nos Estados Unidos é coisa de 20 dólares mês; na França é 0,25 cents de Euro. A Colômbia também já tem planos de incentivo tanto para o trabalhador público como para o trabalhador privado. Então, na realidade, o mundo já vem se debruçando, criando mecanismos como esses.

Não foi diferente aqui. Ainda em 2013 a gente apresentou um projeto, que acabou por ser vetado, que tentava apresentar uma conta para a administração que era o custo do imposto pago pela bicicleta e, na realidade, o que se tentava naquele momento era produzir um crédito em cima desse custo gerado pela bicicleta. Em cima daquele debate que foi frustrado pelo veto apostado pelo Prefeito nós elaboramos uma nova iniciativa que é essa que estamos apresentando e ela tenta trazer a cultura da bicicleta como um dos elementos fundamentais de modal de transporte não poluente. Então estamos aqui reconhecendo que um conjunto não pequeno de trajetos na Cidade, que não comprometerá mais de meia hora, 40 minutos a circulação deste, ou o deslocamento deste trabalhador seja na primeira perna que ele realiza, da sua casa até o sistema de circulação de alta capacidade, seja na segunda perna se essa primeira está ofertada para ele com maior qualidade e menor distância de casa, que ele tenha a oportunidade de na segunda perna de utilizar a bicicleta como recurso, então foi para isso que a gente apresentou.

Que dados nos levam a crer que isso é possível em São Paulo? Quando a gente olha a dinâmica de construção para o subsídio de transporte público coletivo e a gente vai notar que próximo de cem reais são gastos como subsídios para o trabalhador, além daquele que já é a conta realizada entre patrão e trabalhador, no desconto de 6%, na lógica de ter essa oportunidade, ficou claro para a gente que a bicicleta poderia ser o receptor de uma economia

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE REGISTRO PARLAMENTAR E REVISÃO – SGP.4
NOTAS TAQUIGRÁFICAS SEM REVISÃO

REUNIÃO: **16509** DATA: **22/06/2016** FL: **90** DE 19

FL. Nº 90
Notas taquigráficas
Proc. nº 01-717/2015
Elaine Gavioli
RF 100.465

fls. 137

que a bicicleta faz ao tirar três dias por semana a bicicleta do já saturado sistema atual. Nessa relação concorrencial entre termos um terço da população dentro do transporte público coletivo e um terço das viagens sendo realizadas individualmente, esses dois focos nos permitem acreditar que esta economia gerada na escala de cada três reais investidos no setor de transporte público coletivo levada para a bicicleta, então, para cada três reais gastos, eu gastarei apenas um com o sistema de deslocamento de bicicleta, nós passamos a ter um mecanismo eficiente, com gastos reduzidos e com externalidades positivas que são quase incalculáveis, seja saúde, seja saúde da Cidade, seja novas dinâmicas que a Cidade constrói.

É lógico que para pagar essa conta a gente quis envolver a autoridade pública e o empregador. O empregador por quê? Porque à medida que ele será responsável pela metade desses benefícios que estarão no cartão, a ele é dado até 20% de desconto no seu IPTU. As primeiras simulações que nós realizamos, sempre buscando uma compatibilidade do benefício ao tamanho do negócio, nos leva a crer que na média de empresas que têm até cem funcionários e terão que deslocar 30 dos seus trabalhadores a isso, nós teremos quase que o mesmo gasto que as empresas terão aportando no bilhete aquilo que ela receberá em forma de subsídio. Então é isso, sem contar as exigências de garantir banho e espaço para troca para esse trabalhador que mudar de modal. Então o cálculo que a gente acabou de realizar aponta para empresas que têm cem funcionários, que no mínimo tem que ter 30 funcionários ingressando no programa, que vão ter lá um desconto ano próximo de 15 mil reais quando você distribui a média do trabalhador por metro quadrado nas empresas da Cidade, você vai notar que sempre esse benefício que é parte do projeto é exatamente aquilo ou muito próximo daquilo que ele vai transferir para o ciclista trabalhador. Portanto, a renúncia hipotética fiscal que o município teria está sendo investida num programa público, quer dizer que estamos apontando uma regra que não há prejuízo ao município porque aquele recurso que deixa de ingressar no município via IPTU acaba ingressando via o Programa de Suporte à Bicicleta. Por isso que nós acreditamos que não só essa regra de economia que o município passa a ter com

REUNIÃO: 16509 DATA: 22/06/2016 FL: 91 DE 19

aquele 1,91, que é cada um dos trabalhadores deixa de passar o seu bilhete único, que é o custo dos 31% subsidiado do sistema, nós teremos a economia de 95.50, você tem aí a possibilidade do ingresso da economia dos 45.50 quando deixa de ser onerados pelos 95.50 que é a regra que está estabelecida.

Então essa foi a ideia. Um pouco da pesquisa que foi realizada ao longo desse período para mostrar a emissão de gases que é reduzida, a redução de congestionamento, melhora de condicionamento do próprio trabalhador. Então essas são as externalidades positivas, às vezes nem é preciso ser lembrado, mas a gente tem que colocar isso como regra fundamental. Falei logo no começo de como alguns países isso se reflete na cidade, que já vem abordando isso.

Termino, Sr. Presidente, me colocando à disposição. Recebemos ainda na tarde do dia de ontem um documento do CicloCidades, que nós já fizemos questão de elaborar as respostas, mas estou à disposição para esse debate franco, que acho que é ele que vai permitir a gente qualificar o projeto, atualizá-lo e trazer as regras tão necessárias para ser uma verdade na Cidade.

O SR. PRESIDENTE (Quito Formiga) – Tem a palavra o Vereador Laércio Benko.

O SR. LAÉRCIO BENKO – Sr. Presidente, apenas para registrar sobre esse assunto, sem entrar no mérito do projeto, do qual o Vereador Police Neto é extremo conhecedor, mas acho que seria importante, pela péssima qualidade das nossas ciclovias hoje, com sinalização apagada, esburacadas etc, até instituir um seguro de vida para os ciclistas ou outro tipo de benefícios, porque realmente andar de bicicleta, mesmo com as ciclovias que são apenas um mero factóide, é um risco de vida para os ciclistas, do jeito que está.

O SR. PRESIDENTE (Quito Formiga) – Tem a palavra o Sr. Rene Fernandes, da Ciclocidade e Fundação Getúlio Vargas.

O SR. RENE FERNANDES – Boa tarde, Presidente, demais membros da Comissão. Eu gostaria de saudar o Vereador Neto pelo projeto e pela abertura de diálogo com

REUNIÃO: 16509 DATA: 22/06/2016 FL: 92 DE 19

a sociedade civil. Isso vem no caminho de recente conversa que a gente tem tido com esta Casa para que haja um aprofundamento do debate com a sociedade civil, de contribuições da sociedade civil, nos projetos relacionados a bicicleta nesta Casa.

Esse projeto foi apresentado a nós em dezembro do ano passado, pelo Vereador José Police Neto. Ao longo desse período, o projeto recebeu algumas críticas e alguns questionamentos em relação a ele. Em primeiro lugar, quero deixar claro que somos muito favoráveis a esse tipo de projeto que incentive o uso da bicicleta na cidade, mas a gente acredita que pode existir um refinamento disso diante dessa interlocução.

Outros colegas que participaram diretamente das críticas e dos questionamentos apresentarão aos senhores e, no final, a gente protocola com todos os documentos.

Ao colega Vereador que falou de seguro de vida aos ciclistas e da ciclovia, quero informar que, nos últimos quatro anos, antes das ciclovias, perdi duas amigas. Depois da ciclovia, não perdi mais ninguém. Então parece que os meus amigos têm estado mais seguros recentemente.

Obrigado. (Palmas)

O SR. PRESIDENTE (Quito Formiga) – Tem a palavra o Sr. Diego Brea, da Bike Zona Sul e Ciclocidade.

O SR. DIEGO BREA – Boa tarde. Estou para representar a Bike Zona Sul e a Ciclocidade. Referente a este projeto de lei, a gente fez uma discussão larga com diversos ciclistas, vendo a realidade de cada um em São Paulo. Espero que o tempo seja suficiente, porque vou citar apontamentos de melhorias. Se este projeto tiver essas melhorias, vai abranger mais pessoas e trazer mais melhorias para São Paulo.

O projeto, da forma como está feito, induz à exclusão de uma enorme parcela de ciclistas de baixa renda, pois não prevê a participação de lojas de bairro, pequenos comércios, empresas de prestação de serviços, como segurança, limpeza. Ele não tem sequer espaço para atividades comerciais, quem dirá para infraestrutura voltada exclusivamente para ciclista.

REUNIÃO: 16509 DATA: 22/06/2016 FL: 93 DE 19

É justamente nesses espaços e nessas atividades que se encontra uma enorme parcela de ciclistas, então, o projeto tem de abranger também esses ciclistas que estão na periferia e em pequenas empresas.

Aparentemente, o projeto exclui as pessoas que condicionam suas bicicletas em bicicletários de rede de transporte, como CPTM e Metrô, também os terminais urbanos. Então, o projeto tem de aderir a essas pessoas que deixam as bicicletas nesses lugares.

Indicar que o uso dos créditos apenas na manutenção da bicicleta não pode ser considerado como um benefício de quem incentiva o uso da bicicleta, pois beneficiaria apenas uma rede de lojistas já instalados ou filiados a alguma associação; o que não atenderia, por exemplo, as bicicletarias de bairro espalhadas pela Cidade e, especialmente, na periferia. Então, este projeto tem de aderir ao maior número de empresas possíveis, tem de dar opção à pessoa utilizar a bicicleta como meio de transporte.

O desconto tributário do IPTU associado como benefício aos empregadores beneficia a poucos e de maneira injusta, pois os lotes com maior terreno e mais bem localizados seriam os maiores beneficiados. Imaginem, por um instante, um estacionamento localizado na região central notadamente para assegurar e gerar especulação, a partir do interesse do setor imobiliário, instalado em um grande terreno, com correto pagamento de alto IPTU e com 10 funcionários para o funcionamento do serviço. Bastariam três funcionários usando bicicleta para ir ao trabalho e o proprietário do lote causaria um impacto na arrecadação do Tesouro Municipal, mesmo sem ter sido promovido necessariamente o uso de bicicletas.

Um dos pontos de melhoria que a gente vê é que a empresa não precisa ter bicicletário para participar do programa, mas ganha um desconto maior se estiver na seguinte escala: exemplo, sem bicicletário e sem vestiário, se ela tiver ciclista participando do programa, ganha 5% de desconto; com bicicletário, sem vestiário, ganha 10%; com bicicletário e vestiário, sem chuveiro, ganha 15%. Ou seja, aos poucos as empresas vão aderindo. Então, se um

REUNIÃO: 16509 DATA: 22/06/2016 FL: 94 DE 19

comerciante quiser investir no uso da bicicleta, não precisa gastar um montante inicial para instalar toda a infraestrutura, ele pode apostar que o funcionário será um ciclista e, aos poucos, vai aplicando dinheiro para isso.

O que poderia se criar é, por exemplo, para cada desconto dado, a empresa ganharia um selo. Se ganho 5% de desconto, tenho uma empresa com funcionários ciclistas, ganho numa categoria que está incentivando uma melhoria para a sociedade, como bronze. Se ganho 10%, sou prata; 15%, sou ouro. Se a empresa chegou ao máximo, ela é diamante. Então, para a empresa utilizar um marketing de que apoia um pouco, ou médio, ou o máximo que pode. É muito ruim a obrigação de implantar um bicicletário ou vestiário para participar do programa, ou ter a desoneração tributária. Ou seja, o programa tem de aderir ao maior número de empresas possíveis.

A gente solicita retirar o limite de 30% de ciclistas para que uma empresa possa aderir ao programa. Só pensem se 30% de todos os funcionários de cada empresa aderir ao ciclismo, temos de pensar quantas empresas em São Paulo vão aderir ao programa. Então, tem de se pensar em soluções que já foram apresentadas aqui, em melhorias, para o maior número de empresas aderirem e o maior número de ciclistas possíveis de cada empresa.

Obrigado. (Palmas)

O SR. PRESIDENTE (Quito Formiga) – Tem a palavra o Sr. Robson Miguel, da Ciclo ZN.

O SR. ROBSON MIGUEL – Sou da Ciclo ZN, na zona Norte, e temos um grupo de ciclistas que compreende boa parte dos ciclistas, desde Perus até a Vila Medeiros. A gente concorda que é preciso um programa no sentido, e com as qualidades que foram apontadas, de que agregue mais ciclista na Cidade. Porém, à medida que foi apresentado o PL, ele mais segrega do que inclui o ciclista, porque a possibilidade de as empresas serem incluídas no programa é muito baixa, como já foi dito, já que a maioria das pessoas que pedalam está na periferia de São Paulo e trabalham em comércio, em indústria, que não estão em condições de

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE REGISTRO PARLAMENTAR E REVISÃO – SGP.4
NOTAS TAQUIGRÁFICAS SEM REVISÃO

FL. Nº 95
Notas taquigráficas
Proc. nº 01-717/2015
Elaine Gavioli
RF 100.465

fls. 142

REUNIÃO: 16509 DATA: 22/06/2016 FL: 95 DE 19



se incluir no programa.

Outra coisa também é a questão da CPTM, que já foi abordada, dos estacionamentos de bicicleta. A pessoa que já usa bicicleta em São Paulo e não tem o benefício do transporte público pelas empresas não estaria incluída dentro desse sistema, de ter o benefício. Por isso, achamos que esse benefício deveria ser de caráter mais universal, pois da maneira que está o nosso entendimento fica bem centralizado onde a política já atua, nos centros e nas grandes empresas. Então, é muito fácil para uma empresa na Berrini fazer isso, mas para uma empresa da periferia é muito difícil, sendo que a grande maioria dos ciclistas utiliza nessas localidades.

Outro ponto é a que o benefício não seja só utilizado na rede de compra de artigos de bicicleta, porque a gente entende que isso é beneficiar um setor e, nem sempre, as bicicletarias de periferia serão beneficiadas, sendo que é onde a maioria do trabalhador recupera suas bicicletas. Então, quando se agrega o benefício a uma rede de bicicletarias bem organizadas, dificulta para quem está na periferia. Se fosse um caráter mais universal do uso, não sendo exclusivo na rede de bicicletaria, talvez mais pessoas pudessem ter acesso a isso.

Obrigado. (Palmas)

O SR. PRESIDENTE (Quito Formiga) – Tem a palavra o Sr. Maicon Rafael de Souza Pereira, lojista da União de Lojistas de São Paulo.

O SR. MAICON RAFAEL DE SOUZA PEREIRA – Quero deixar registrada a seguinte situação: nosso mercado vem há muito tempo buscando uma situação melhor para a nossa cidade em termos de locomoção, para o próprio lojista da periferia, para os grandes lojistas; e o que enxergo deste PL nada mais é do que o primeiro passo para a gente começar a ter uma ideia futura para o nosso projeto.

A Cidade não comporta mais uma pessoa ficar mais de uma hora no trânsito para andar 15 km, sendo que de bicicleta ela faz o percurso em 25 minutos. Mas hoje há uma dificuldade muito grande de transitar com bicicleta em São Paulo devido aos espaços e, como

REUNIÃO: 16509 DATA: 22/06/2016 FL: 96 DE 19

o Vereador falou, a falta de segurança; embora, hoje, a ciclovia nos dá uma oportunidade melhor de poder transitar com mais segurança do que tínhamos antes.

Então, todo projeto, quando é tramitado, precisa de ajustes. Isso é natural. Nós, como lojistas, precisamos de mais pessoas andando de bicicleta na rua, mas não só para o nosso comércio, mas por uma qualidade de vida melhor, mais saúde, menos poluição. É o que a gente deseja para a cidade de São Paulo. E o projeto é o primeiro passo.

Faço minhas as palavras dos amigos aqui e reitero que o projeto é o primeiro passo. Há muita coisa a se ajustar, sim, mas acredito que, feito a muitas mãos, o projeto ficará cada vez melhor; e isso não pode ser engavetado, tem de ser colocado em prática, para que todos da cidade de São Paulo possamos usar o nosso transporte como um modal hoje, a bicicleta, que é usado no mundo inteiro e que infelizmente aqui, quando se tem alguma coisa, não se tem nada, quando tem reclama. E quando se cria alguma coisa, reclama-se também. Acho que o projeto, é para se enaltecer, e não reclamar.

Venho aqui agradecer a iniciativa do nobre Vereador Police Neto. Agradecer a Casa, por nos dar essa oportunidade, agradecer aos amigos que estão aqui, que também, estão batalhando junto com o projeto, porque não estamos em causa diferente, estamos na mesma causa, com uma diferença. Hoje temos de criar uma coisa, um projeto e um sistema que funciona a bicicleta como um veículo e um meio de transporte de locomoção para o cidadão ir trabalhar. Está caótica a situação, tanto do carro, tanto do transporte público. É complicado conseguir chegar ao trabalho de manhã. Greve, problemas que no cotidiano, todos sabem o que abrange isso.

Fica aqui meu relato. Agradeço aos colegas, a Casa pela oportunidade. Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Quito Formiga) Com a palavra a Sra. Fábiana Cristina Barbiere, do bike da firma.

A SRA. FÁBIA CRISTINA BARBIERE – Boa tarde a todos. Agradeço a

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE REGISTRO PARLAMENTAR E REVISÃO – SGP.4
NOTAS TAQUIGRÁFICAS SEM REVISÃO

FL. Nº 97
Notas taquigráficas
Proc. nº 01-717/2015
Elaine Gavioli
RF 100.465

fls. 144

REUNIÃO: 16509 DATA: 22/06/2016 FL: 97 DE 19

oportunidade de estar aqui, parabenizar o nobre Vereador pela iniciativa do projeto, e dizer que sou favorável ao PL e acredito ser bastante positivo a iniciativa do trabalho e dessa proposta de lei. Quero reforçar a questão da segurança, que já existem pesquisas realizadas, na Universidade de Denver, onde é inversamente proporcional, quanto mais ciclista tem na rua, mas seguras as ruas vão ficando. Isso é comprovado, com os números do ano passado, onde dobramos o número de ciclistas em São Paulo, e foi o menor índice de acidentes fatais. A questão da segurança só vamos conseguir colocando mais ciclistas nas ruas e a questão da estrutura precisamos criar a demanda para ter a estrutura e isso vai acontecer naturalmente.

O projeto é bastante apropriado quando ele envolve a empresa, acredito que a maioria dos deslocamentos no dia-a-dia é realizado com o objetivo de ir ao trabalho, e você colocar a bicicleta na rua e fazer da mesma, uma realidade de transporte é uma mudança cultural, e temos de envolver a iniciativa privada nessa mudança cultural. Acredito que a partir do momento que o PL envolve a empresa para fazer parte dessa mudança cultural ele é muito apropriado e muito bem escrito nesse sentido. Deixo aqui a minha contribuição para o projeto.

O SR. PRESIDENTE (Quito Formiga) – Com a palavra o nobre Vereador José Police Neto.

O SR. JOSÉ POLICE NETO - Primeiro agradecer todas as contribuições, ou percorrer, tentando responder e fico com a tarefa de incorporar parte dos apontamentos, mas têm alguns, que reprisam o dialogo que tivemos em dezembro, e aí é importante apontar o que foi avanço de dezembro para cá.

Primeira preocupação, aparentemente, excluir pessoas que acondicionam as bicicletas em bicicletário da rede, fizemos questão de dar ao artigo 8º, § 3º, exatamente essa condição. Só poderão ser beneficiário do cartão os trabalhadores que utilizarem a bicicleta como meio de transporte. Aí tem essa inovação, no final do texto, mesmo que combinado com o transporte público coletivo intermunicipal. Ela foi exatamente o texto que é a tradução do debate, lá de dezembro, e os 90 dias de consulta pública foi exatamente dar a resposta a isso.

REUNIÃO: 16509 DATA: 22/06/2016 FL: 98 DE 19

O texto que estamos trabalhando já incorpora essa preocupação apontada no primeiro debate que fizemos sobre o projeto.

Outro tema que coseguimos avançar de maneira significativa é esse para gente não permitir excesso do “empregador” que olha o projeto e tenta utilizá-lo como política de evasão tributária. O cara que vai tentar usar o projeto para prejudicar a cidade.

Para isso, o §3º do Art. 11, estabelece que o Executivo fará gradação percentual do abatimento do IPTU, exatamente para você não permitir que um estacionamento com quatro, cinco mil metros, tente ter uma vantagem excessiva. Porque a participação das empresas de IPTU que ali é permitido o desconto, ele tem uma íntima relação com aquilo que o empregador ao aderir ao programa vai transferir mensalmente para o seu trabalhador.

Então em nenhum momento quando se pensou em trazer a empresa para dentro do sistema, foi para que ela fosse uma mera expectadora ou que ela buscasse o benefício do IPTU para participar. Não! Ela não só passa a ser agente do desenvolvimento da cidade observando a bicicleta como um modal, porque ela passa a ser financiadora disso. O desconto do IPTU que ela recebe, naturalmente é empurrado para aquele benefício que ela, empresa, coloca na conta do bilhete do ciclista.

Essa foi a ideia e deixo claro que em momento algum se pensou em laçar a empresa pelo benefício do IPTU e sim, colocá-la como uma promotora desse novo sistema. Empregador e empregado passam a figurar dentro porque tem incentivos para os dois, mas os dois também têm responsabilidades.

É importante, o apontamento, tanto do Robson como do Diego quando falam: é na periferia como a gente chega a um mercado informal. É verdade, temos um nó a ser destravado. Isso vem sendo debatido com bastante intensidade, mas todo aquele estabelecimento comercial da periferia que ingressar em uma MEI, que tiveram uma estrutura de micro empreendedor individual não estará excluído. Aquele que não existe, e portanto ele não existe para autoridade pública, sem dúvida nenhuma, dentro de um programa público que

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE REGISTRO PARLAMENTAR E REVISÃO – SGP.4
NOTAS TAQUIGRÁFICAS SEM REVISÃO

FL. Nº 99
Notas taquigráficas
Proc. nº 01-717/2015
Elaine Gavioli
RF 100.465

fls. 146

REUNIÃO: 16509 DATA: 22/06/2016 FL: 99 DE 19

envolve recursos públicos e que portanto tenho de ter uma mínima fiscalização, eu não tenho condição de trazer, mas isso não estou dizendo que redes serão beneficiadas, porque qualquer estabelecimento comercial que gera emprego o que gera atividade capaz de atender os requisitos que a lei está apresentando poderão estar incluídos. Então a pequena bicicletaria da periferia ou pequeno empregador da periferia não está excluído.

E vou além, acredito que para esses, a condição que a projeto está dado são mais fáceis do que aquele que tem uma estrutura do ponto de vista burocrático, mais hierarquizado a volume maior de trabalhadores. Estamos dizendo que um pequeno estabelecimento comercial na periferia como uma mecânica que tem lá sete trabalhadores, e esses trabalhadores são moradores da periferia e que pode ingressar nesse mundo e essa mecânica, de fato, está inserida nos controles formais da nossa sociedade esse tem elementos que me levam a crer que eles serão os primeiros a aceitar essa forma de participação no programa, tanto em benefício do seu trabalhador como em benefício do seu próprio negócio. Então não acredito que a tentativa que fizemos, mesmo em primeira apresentação, ela excluisse a periferia que foi o centro principal dos estudos. Até por você não ter estruturas burocratizadas no setor privado, uma decisão de uma empresa pequena na periferia como uma mecânica, como um lava rápido na periferia ou como uma lanchonete, um açougue, uma loja de roupas na periferia que tem lá, seis, sete, oito, nove funcionários, um supermercado que pode ter 22, 25 funcionários, estes, em nossa opinião e de todos os ensaios que fizemos até agora talvez sejam aqueles que tenham as condições mais céleres de ingressar no programa, em especial, pelo dialogo que patrão e empregado tem de maneira mais objetiva ali na beira do balcão.

Acredito que devamos aprimorar, essa oferta trazido pelo ciclo cidades, aí digo, bike zona Sul, ciclos ZN, de imaginar regras sem bicicletários, sem vestiário, com bicicletário mas sem vestiário, com bicicletário/Vestiário, mas sem chuveiro. O debate que realizamos no começo dessa semana, e que permitiu essa leitura mais aguda do que vocês estão escrevendo e falando e aí responde um pouco porque a Fábria nos trás, nos leva a crer que o modelo que

REUNIÃO: 16509 DATA: 22/06/2016 FL: 100 DE 19

devemos implantar não deve excluir espaços ociosos que a cidade já tem e que pode ser combinados. Aqui para dizer, que podemos ter sim, além dessa regra sugerida pelo ciclo cidade aquele estabelecimento comercial ou uma rua comercial que tem três, quatro lojas que vão aderir encontrar onde estará esse espaço para banho, para troca e que sirva essas três, quatro empresas.

Estamos dizendo que é possível pensar, em especial para as menores empresas que não terão condições, de dentro do seu ambiente oferecer isso, na combinação entre elas, dizer o seguinte: olha, nós temos a dois quarteirões daqui um estabelecimento comercial, uma pequena academia de ginástica que ela tem uma ociosidade no seu vestiário, e que quero combinar, eu, dono da academia, quero combinar essa ociosidade com programa que vocês estão apontando. Ganhando também qualidade essas relações que acontecem na Cidade de São Paulo, de observar que muito daquilo que está ofertado e que tem hora ociosa pode ser poderoso para o programa que estamos apresentando.

Ao percorrer um pouco desse congestionamento não está se isolando a periferia. Acredito que não. Podemos até melhorar a redação. É muito importante essa sinalização dos 5%, 10% dessa gradação, acredito ser fundamental, é passiva. Vou me dedicar nas próximas 24, 48 horas para construir um texto que comporte isso, já, pensamos na questão de integração modal, inclusive para quem vem de fora do Município para cá e aí vem muito de grupos que vem de Diadema, que fizeram contato com a gente, que falaram: olha estamos vindo de fora, queremos saber onde essa integração pode nos beneficiar. Também estamos estudando isso. vou contar para vocês que muito tem sido demanda: como você vai trabalhar com o desempregado, como você vai trabalhar com estudante. Aí quero aqui contar um pouquinho para vocês que o esforço que estamos fazendo é para dar esse primeiro passo. Da mesma forma, aí fazendo um reconhecimento verdadeiro, e contestando de maneira muito rigorosa – é uma pena que não está aqui – a fala do nobre Vereador Laércio, ausência da ciclo faixa permanente, das ciclovias, neste momento, nos colocaria em uma situação que

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE REGISTRO PARLAMENTAR E REVISÃO – SGP.4
NOTAS TAQUIGRÁFICAS SEM REVISÃO

REUNIÃO: 16509 DATA: 22/06/2016 FL: 101 DE 19

FL. Nº 101
Notas taquigráficas
Proc. nº 01-717/2015
Elaine Gavioli
RF 100.465

fls. 148

estávamos anos atrás. a presença dela nos rende sim, a oportunidade deste e de muitos debates. Não há que se criticar a coragem da implantação. Pode, em um detalhe outro, aperfeiçoar onde chegamos, mas não reconhecer a bicicleta como modalidade de transporte, não reconhecer que todos os esforços para infraestrutura de bicicleta ajudam a cidade, ajudam as cidades, é deixar turva a realidade que temos. Por dois fatores objetivos: a cidade produzida com exclusividade para o carro, que nos trouxe ao caos em que vivemos essa receita venceu. O que estamos discutindo agora, qual a receita da nova cidade. Porque aquela que nos trouxe até aqui nos exigem mudanças sim, de comportamento, e quero aqui contar para muitos dos colegas vereadores que parte dessa coragem foi desperdiçada por vidas de ciclistas que entenderam que essa regra podia mudar e deveria mudar. Se não a gente fica na cabeça o seguinte: que as pessoas não tinham a responsabilidade, ao se deslocar por bicicletas. Não é isso. é que a cidade não soube empreender um regime de respeito para aquele que mais respeitou a Cidade. Todas as vezes que falamos de ausência de infraestrutura para bicicleta, e gente pedalando na cidade é porque essas pessoas respeitam tão mais a cidade, que colocaram até suas vidas em risco para mostrar para a cidade que tem um longo caminho a ser percorrido e que precisou de coragem para percorrer.

Agradeço muito ao ciclo cidade, ao biki zona Sul, ao ciclo ZN, a bike da firma e todos aqueles que veem contribuindo, mas acredito que precisamos, definitivamente jogar para dentro do sistema público de transporte da Cidade de São Paulo, a bicicleta como modal. Ai, todas as outras discussões, porque a bicicleta passou a fazer parte definitivamente da política pública de transporte, teremos outro nível de discussão. Por isso vou, não só acolher as orientações trazidas por quem pedalam em especial essas que tem como jogar luz no processo periférico, onde a bicicleta não só, é mais presente, mas que ela tenha o valor que de fato deva ter, mas também observar os regimes de fiscalização para que o programa não fique vulnerável a uma critica que ele não deve ter. Ouvimos muito: Ah, é bolsa ciclista, é bolsa isso, é bolsa aquilo. Isso temos de afastar definitivamente, aqui não se trata de bolsa. Ninguém está

REUNIÃO: 16509 DATA: 22/06/2016 FL: 102 DE 19

transferindo um real para nenhum dos ciclistas e nem para nenhum dos trabalhadores. O que você está dizendo é que, da mesma forma com que o ônibus, ao ser subsidiado, recebe recurso para trocar o pneu, para trocar o óleo, para abastecer, para o seguro do ônibus, para a troca do ônibus, que é o sistema de troca da frota. Para evoluir na tecnologia que está embarcada no ônibus não é diferente o equipamento. Bicicleta será reconhecida como modal. Se a bicicleta é reconhecida como modal, todos os benefícios dos subsídios públicos para aquele programa tem de estar pensado para a bicicleta. E, eles vão até o seguro da bicicleta, até um seguro de acidentes no percurso. O esforço que estamos fazendo para oferecer para o projeto todas as garantias de fiscalização e oportunidades para o bilhete ser poderoso, posso dizer para vocês que não nos cansa, mas que é um regime diário e de tensão, porque a gente também se testa para ver o que aquele que é opositor a tudo que se fala da bicicleta vai dizer do esforço que fazemos aqui.

O nosso projeto, não trata, em momento algum de bolsa, não transfere um real de dinheiro em pecúlio, mas sim, cria uma política pública que reconhece a bicicleta como modal de transporte e dá a ela, muito menos que a gente já deu, de desconto de IPI, muito menos do que subsidio de combustível, como até hoje vem sendo dado. Estamos aqui tentando estabelecer o primeiro passo para a bicicleta definitivamente ser um modal para a Cidade de São Paulo, e aí as contribuições dos ciclos ativistas são fundamentais para acertarmos, mais do que errar as contribuições das empresas, sejam aqueles que vendem produtos e bicicletas, sejam aqueles que trabalham com modelos de deslocamentos mais inteligentes para a Cidade de São Paulo, sei que o deslocamento mais inteligente da Cidade de São Paulo hoje, é a bicicleta, por isso faço questão de colocar não só no meu discurso, mas na minha prática.

Obrigado, Sr. Presidente.

O SR. PRESIDENTE (Quito Formiga) – Obrigado, nobre Vereador José Police Neto. Não havendo mais oradores inscritos para esse projeto, encerrada a audiência pública do PL 147/16, de autoria do nobre Vereador José Police Neto.

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE REGISTRO PARLAMENTAR E REVISÃO – SGP.4
NOTAS TAQUIGRÁFICAS SEM REVISÃO

FL. Nº 103
Notas taquigráficas
Proc. nº 01-717/2015
Elaine Gavioli
RF 100.465

fls. 150

REUNIÃO: **16509** DATA: **22/06/2016** FL: **103** DE 19

Passemos ao oitavo item da pauta.

Projeto de Lei 46/15, de autoria do nobre Vereador George Hato. Indago se alguém queira manifestar? (Pausa) Não há oradores inscritos para esse projeto. Declaro realizada a audiência pública do PL 46/15, de autoria do nobre Vereador George Hato.

Projeto de Lei 691/15, de autoria do nobre Vereador Laércio Benko. Indago se alguém queira manifestar? (Pausa) Não há oradores inscritos para esse projeto. Declaro realizada a audiência pública do PL 691/15, de autoria do nobre Vereador Laércio Benko.

Nada mais havendo a tratar declaro encerrada a audiência publica.

Estão encerrados nossos trabalhos.

À SGP

São Paulo

SEM EFEITO

SGP-33, PARA ARQUIVAMENTO nos
termos do artigo 275 do Regulamento Interno.

São Paulo 02/03/2014

Nome

RF

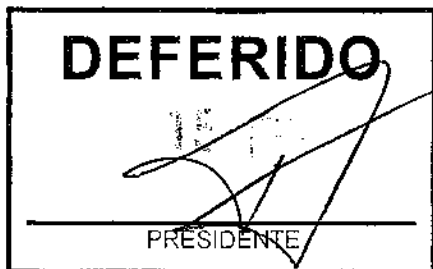
SGP-12

119315

SECRETARIA DE DOCUMENTAÇÃO	
SUPERVISÃO DE ARQUIVO GERAL	
Proc. encerrado com	103 fls.
Arquivado em	03/01/2012
O Func.º	

CIRO SOL PAVAN MONTAUT
Técnico Administrativo
RF: 11.329

Segue(m) juntado(s), nesta data,	
documento(s) rubricado(s) sob	n.º - 104 - e folha de informação
sob n.º - 105 -	20/02/2014



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

Folha nº -104- do Processo
nº 01-717 - de 2015

CIRO SOL PAVAN MONTAUDO
Técnico Administrativo
RF: 11.329

RDS

160/2017

REQUERIMENTO

Senhor Presidente,

REQUEIRO, nos termos do art. 275, § 2º, do Regimento Interno, o retorno à tramitação da(s) proposição(ões) elencada(s) a seguir: PL 249/97, PL 252/97, 352/97, PL 899/97, PL 986/97, PL 039/98, PL 239/98, PL 567/98, PL 278/99, PL 526/99, PL 595/99, PL 330/00, PL 296/01, PL 576/01, PL 002/02, PL 150/02, PL 316/02, PL 636/02, PL 663/02, PL 714/02, PL 006/03, PL 135/03, PL 692/03, PL 841/03, PL 087/04, PL 236/07, PL 280/07, PL 800/07, PL 806/07, PL 006/08, ~~PL 034/08~~, PL 079/08, PL 273/08, PL 614/08, PL 674/08, PL 690/08, PL 488/10, PL 541/10, PL 071/11, PL 124/11, PL 217/11, PL 366/11, PL 422/11, PL 459/11, PL 501/11, PL 570/11, PL 176/12, PL 200/12, PL 421/12, PL 467/12, PL 497/12, PL 161/13, PL 243/13, PL 244/13, PL 359/13, PL 450/13, PL 566/13, PL 635/13, PL 712/13, PL 815/13, PL 832/13, ~~PL 840/13~~, PL 133/14, PL 500/14, PL 281/15, PL 408/15, PL 483/15, PL 600/15, PL 652/15, PL 714/15, ~~PL 717/15~~, PL 720/15, PL 062/16, PL 193/16, PL 240/16, PL 416/16, PL 431/16, PL 485/16, PL 535/16, PL 585/16, PL 604/16 e PL 618/16, PLO 005/97, PLO 019/01, PLO 005/07, PR 011/01, PR 018/07, PR 011/12, PR 018/15 todos de autoria da **VEREADORA JULIANA CARDOSO**.

EROU AVO

14:17, 15/02/2017 017218 - Protocolo Legislativo - 8.2

Matéria PL 717/2015. Não foi possível extrair as informações de assinaturas do arquivo migrado do ECM.

Sala das Sessões, 08 de fevereiro de 2017

Vereador Antônio Donato
Líder do PT

12.11.15
CIRTO SOL. PAV. JOR. ORIO
Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo
12.11.15



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

Papel para informação, rubricado como folha nº -105-

do processo nº #01-717# de 20. 15 20 02 2017 (a)

CIRO SOL PAVAN MONTAUT
Técnico Administrativo
RF: 11.329

À SGP.33

Sr. Supervisor,

Encaminho o presente requerimento para as providências pertinentes.

17/02/2017


ANTONIO ISOLDI CALEARI
Supervisor da Equipe de Controle do Processo Legislativo
SGP.22

À SGP.-22

Sr. Supervisor,

Conforme solicitado pelo RDS nº 13-160/2017, segue o presente expediente para volta à tramitação.

20 02 2017


UBIRAJARA DE FARIAS PRESTES FILHO
Supervisor da Equipe de Arquivo Geral
SGP.33

A Comissão de Administração Pública,

02/03/17

Tairo Batista Esperança
Técnico Administrativo

RF. 11.232

GUATAMALAVAN JOS OPE

Guatamala Van Jos Ope

02/03/17

RECEBIDO

Comissão de Administração Pública

Em 02/03/17 às 11h

Secretaria da Comissão

RF - 100465

Ao Vereador / A Vereadora

FERNANDO HOLIAR

Excmo. Sr. Vereador

Sr. da Comissão de Administração Pública.

09/03/17

Presidente

Obs. O prazo para manifestação é de 8 dias, nos termos do § 3º artigo 63 do RI

Segue em anexo, nesta data, documento(s);
e papel de Informação rubricado 1 sob folha(s);
106/107 - 07/03/2017



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

Folha nº 106 deProcesso nº 01.717.15Ass. Lúcia de Oliveira Sousa
RP. 100.823 - SGP-12

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR PRESIDENTE DA COMISSÃO DE
ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**

Na qualidade de membro desta Comissão e no intuito de subsidiar a análise do projeto de lei nº 717/2015, de autoria da nobre Vereadora Juliana Cardoso, que "estabelece diretrizes para o acompanhamento do Parto Domiciliar no âmbito da Rede Municipal de Saúde de São Paulo", solicito o encaminhamento de pedido de informações ao Executivo, para que este se pronuncie a respeito da viabilidade da propositura, levando-se em conta os custos, o orçamento e a estrutura administrativa necessária.

São Paulo,



FERNANDO HOLIDAY
VEREADOR

Deferido 21/03/2017.

TONINHO PAIVA

VEREADOR PRESIDENTE DA COMISSÃO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**
COMISSÃO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Folha nº 107

fls. 158

Processo nº 01.717.15

Ana Lúcia de Oliveira Souza
RF. 100.823 - SGP-12

São Paulo, 21 de março de 2017.

Ofício SGP-12 nº 099/2017

CÓPIA

Senhor Prefeito,

Em atenção ao requerido pela Douta Comissão de Administração Pública, nos termos do art. 68 do Regimento Interno e nos termos do art. 32, § 2º, inciso III, da Lei Orgânica do Município, encaminho a Vossa Excelência pedido de informações sobre o **Projeto de Lei nº 717/2015, de autoria da Vereadora Juliana Cardoso** que estabelece diretrizes para o acompanhamento do parto domiciliar no âmbito da Rede Municipal de Saúde de São Paulo.

Na oportunidade, renovo meus votos de distinta consideração, colocando ao seu dispor, para as informações que julgue oportunas, a Secretaria dessa Comissão.

MILTON LEITE
Presidente

Anexo: cópia do requerimento citado, do texto do projeto.

A Sua Excelência o Senhor
Doutor João Doria
Digníssimo Prefeito da Cidade de São Paulo
CEP 01415-001 – São Paulo-SP
Tel.: 3113-8000
E-mail: prefeito@prefeitura.sp.gov.br



Segue em juntado 1 nesta data documental;
e papel de informação rubricado 1 sob fôlha(s);



Prefeitura do Município de São Paulo fls 160

São Paulo, 8 de JUNHO de 2017.

GABINETE DO PREFEITO

Ofício A. J. L. nº 170/17 - C

Ref.: Ofício SGP-12 nº 99/2017

Folha nº 108

Processo nº 01.717.15

Ana Lúcia de Oliveira Souza

RF 100.823 - 2017

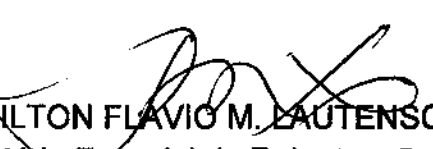
DOCREC

332/2017

Senhor Presidente

Em atenção ao pedido de subsídios da Comissão de Administração Pública, encaminho a essa Presidência cópia das informações prestadas pela Secretaria Municipal da Saúde acerca do Projeto de Lei nº 717/2015, de autoria da Vereadora Juliana Cardoso, que estabelece diretrizes para o acompanhamento do parto domiciliar no âmbito da rede municipal de saúde, concluindo por sua inviabilidade.

Na oportunidade, renovo a essa Presidência meus protestos de apreço e consideração.

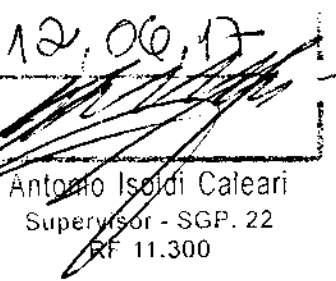

MILTON FLÁVIO M. LAUTENSCHLAGER
Secretário Especial de Relações Governamentais

Ao

Excelentíssimo Senhor

VEREADOR MILTON LEITE

Digníssimo Presidente da Câmara Municipal de São Paulo

Comissão de:
ADM
12.06.13

Antonio Isoldi Caleari
Supervisor - SGP. 22
RF 11.300

Do processo nº 2017.0.056.181-9

Folha de informação nº 24

INTERESSADO: Câmara Municipal de São Paulo

CÓPIA

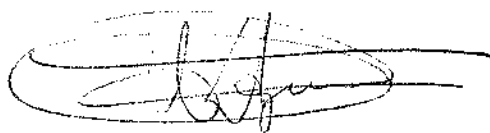
ASSUNTO: Projeto de Lei nº 717/15, de autoria do Legislativo, que estabelece diretrizes para o acompanhamento do parto domiciliar no âmbito da rede municipal.

Consideramos relevantes as justificativas apresentados neste PL, mas neste momento avaliamos outros aspectos que impedem sua viabilidade:

- 1º) Execução de outras prioridades para reorganização materno-infantil e saúde da mulher.
- 2º) Fortalecimento da organização das maternidades sob gestão municipal.
- 3º) Fortalecimento das Casas de Parto do município de São Paulo.
- 4º) Nomeação das Obstetriz/Enfermeiras obstetras aprovadas no concurso público.
- 5º) Limitação orçamentária e priorização de outros projetos da saúde.

Portanto somos favoráveis ao veto do PL 717/15.

Atenciosamente,



ADALBERTO K. AGUEMI

Coordenador
Saúde da Mulher

Tel.: 55-11-33972226
adalbertoagueMI@prefeitura.sp.gov.br

Rua General Jardim 36- 4º andar
CEP: 01223-010 Vila Buarque
São Paulo-SP

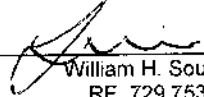

**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

SUS 

São Paulo, 11 de maio de 2017.

Folha de informação nº 25.

Do Processo nº 2017-0.056.181-9 em 12.05.2017

a) 
William H. Souza
RF. 729.753

INTERESSADO: Câmara Municipal de São Paulo

CÓPIA

ASSUNTO: Projeto de Lei nº 717/15, de autoria do Legislativo, que estabelece diretrizes para o acompanhamento do parto domiciliar no âmbito da rede Municipal de saúde. Pedido de subsídios.

À
SGM/ATL - Chefia
Senhora Assessora Especial

Em atendimento solicitação de V. Sra. a matéria em pauta foi encaminhada para manifestação das Áreas Técnica competentes desta Pasta.

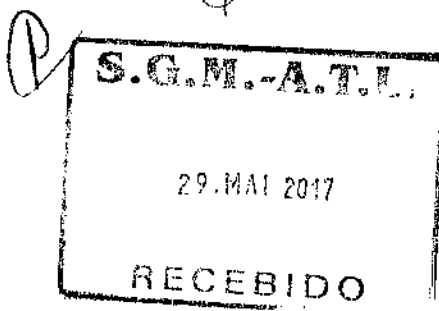
Ante o exposto e na forma das ponderações procedentes das Áreas Técnicas, embora enaltecendo os nobres princípios que nortearam, a presente proposta, juntadas às fls.24, o projeto de Lei nº 717/2015, não reúne condições de prosperar na forma como se apresenta.

Razão pela qual, nesta oportunidade, recomendamos **VETO TOTAL** ao Projeto de Lei em comento.

São Paulo, 12 de maio de 2017.


Wilson Modesto Pollara
Secretário Municipal da Saúde
SMS - G

BHFB/whs




Beatriz Helena Falcão Botelho
Assessora Parlamentar SMS-G
RF: 8391629-1

Redistribuído ao Vereador PATRÍCIA BEZERRA
Para registrar.

Plano da Comissão de Administração Pública.

em 30 / 08 / 2017


Presidente

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

Segue ___ juntado ___, nesta data documento ___ rubricado ___

folh nº 11 de 112 e folha ___ de informação nº

em 30/09/17

Nome Elaine Gonçalves Gavioli

de Presidente da Comissão



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

PL 717/2015

Folha nº 111 do proc.
nº 01-717 de 2015. 166

Elaine Gonçalves Gavioli
RG 400/63

PARECER nº 222/14 DA COMISSÃO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA SOBRE O PROJETO DE LEI Nº 717/2015.

Apresentado pela nobre Vereadora Juliana Cardoso, o projeto de lei 717/2015 visa estabelecer diretrizes para o acompanhamento do parto domiciliar no âmbito da rede municipal de Saúde de São Paulo.

De acordo com o texto apresentado, o referido acompanhamento será constituído pelo cuidado prestado à mulher que tenha escolhido o domicílio como local do parto e nascimento e que atenda aos critérios clínico-obstétricos estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Está prevista a oferta, pelo Poder Público Municipal, de recursos materiais e humanos compatíveis com a assistência proposta. A proposição estabelece, ainda, as diretrizes que deverão ser observadas na prestação do acompanhamento do parto domiciliar durante o pré-natal, o trabalho de parto e o parto, o pós-parto e a puericultura.

A autora fundamenta a proposição partindo da caracterização do parto domiciliar como um *"contraponto ao modo de lidar com o parto como um ato medicalizado e instrumentalizado/manipulado por profissionais de saúde no contexto do hospital"*. Apresenta, em linhas gerais, a forma como se deu a adoção do parto hospitalar, destacando que durante muito tempo o parto foi domiciliar, com a atuação de parteiras que possuíam o conhecimento prático e herdado de gerações anteriores, quando o parto tinha um papel importante para a mulher e também para a família. Anota que os esforços de humanização da assistência à mulher durante o parto têm sido insuficientes para que se resgate o protagonismo da mulher.

A Comissão de Constituição, Justiça e Legislação Participativa, em manifestação pela legalidade da matéria, propôs um substitutivo com o objetivo de adequar o texto à melhor técnica de elaboração legislativa.

Tendo em vista que o projeto versa sobre atenção relativa à criança e ao adolescente, a Comissão de Administração Pública realizou uma audiência pública. Contudo, não houve inscritos para se manifestar acerca da proposição.

Foi enviado pedido de informações ao Poder Executivo, que através da Secretaria Municipal da Saúde, manifestou-se pelo veto total ao projeto de lei, alegando que prioridades e busca de melhorias para o atendimento público hospitalar ao parto, limitação orçamentária, entre outros aspectos, impediriam sua viabilidade.

Em que pesem os argumentos da Secretaria Municipal da Saúde, há que se notar que a busca pelo parto domiciliar vem crescendo nos últimos anos, reconhecendo-se o direito de escolha da mulher. Mas a escolha viabiliza-se principalmente nos casos em que as mulheres apresentam condições de arcar com os custos do procedimento humanizado e em casa. Reconhecendo a vantagem da possibilidade da escolha do parto domiciliar, há uma tendência de desenvolvimento de políticas que possam atender esses casos no sistema público de saúde.

Ademais, podemos citar que já ocorreram casos pioneiros de atendimentos pelo SUS. O Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte – MG, realizou atendimentos de 30 mulheres pela equipe de parto domiciliar no ano de 2014, conforme informa a respectiva página eletrônica, em notícia publicada em 05 de janeiro de 2015.

"(...) Os partos domiciliares são feitos pelo Sofia, 100% SUS, constituindo-se em uma iniciativa pioneira da instituição."



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

PL 717/2015

Folha nº 112 do proc.
nº 04-717 de 2015

Elaine Gonçalves Gavioli
RF 100465

"Melhorar ainda mais a satisfação dos usuários. Cada um se sente seguro em seu ambiente" – este é um dos objetivos do projeto, segundo a enfermeira obstetra, Raquel Rabelo que compõe a equipe de parto domiciliar junto a outras três profissionais – Kely Borgonove, Ludmila Taborda e Sîntia Nascimento, sob a coordenação da enfermeira obstetra, Eliane Rabelo. "As mulheres ficam felizes, a família toda fica radiante. Os pais tem um papel ativo, comentam como mudaram a visão em relação ao parto, ao SUS e ao poder da mulher. No ano passado ocorreram apenas 6 transferências do domicílio para o Hospital, por problemas como mecônio, bolsa rota e solicitação de anestesia sintética (...)".

(fonte: <http://www.sofiafeldman.org.br/2015/01/05/sofia-comemora-um-ano-de-parto-domiciliar/>, lido em 31/08/2017)

Pode-se constatar a existência de um vasto repertório de estudos acadêmicos favoráveis ao parto domiciliar, além de casos pioneiros como o caso acima referenciado.

Dessa forma, a Comissão de Administração Pública consigna voto favorável ao presente projeto, nos termos do substitutivo de CCJLP.

Sala da Comissão de Administração Pública em 13/09/2017


TONINHO PAIVA


GILSON BARRETO


ANTÔNIO DONATO

FERNANDO HOLIDAY


ANDRÉ SANTOS


ALFREDINHO


PATRÍCIA BEZERRA

PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL
DE 15/09/17
Pag. 70 Col. 3º
Conferido [assinatura]

A Comissão de

Em

Elaine Gonçalves Gavioli
RF. 100.465

Saúde, Promoção Social, Trabalho
Idosos e Mulheres