



CÂMARA DOS DEPUTADOS

## PROJETO DE LEI N.º 1.372, DE 2020

(Do Sr. Pedro Lucas Fernandes)

Acrescenta dispositivos 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", para instituir o Subsistema de Atenção à Saúde da Mulher Parturiente com Óbito Fetal.

**DESPACHO:**  
APENSE-SE À(AO) PL-3391/2019.

**APRECIAÇÃO:**  
Proposição Sujeita à Apreciação Conclusiva pelas Comissões - Art. 24 II

### PUBLICAÇÃO INICIAL

Art. 137, *caput* - RICD



**PROJETO DE LEI Nº , DE 2020.**

(Do Sr. PEDRO LUCAS FERNANDES)

Acrescenta dispositivos 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", para instituir o Subsistema de Atenção à Saúde da Mulher Parturiente com Óbito Fetal.

O Congresso Nacional decreta:

**Art. 1º** O Título II "Do Sistema Único de Saúde" da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar acrescido do seguinte Capítulo IX "Do Subsistema de Atenção à Saúde da Mulher Parturiente com Óbito Fetal", e do artigo 19-V, com a seguinte redação:

**"Art. 19-V.** As unidades das redes pública e privada de saúde localizadas em todo o território nacional devem oferecer ou realocar às parturientes de natimorte internação em separada, em leito ou ala, dos demais pacientes e gestantes.

**§ 1º** A alocação em separado de que trata o "caput" deste artigo, também deve ser aplicada às parturientes que tenham sido diagnosticadas com óbito fetal, estejam aguardando ato médico para retirada do feto e/ou em caso de nascimento com má formação genética que resulte em óbito após o nascimento.

**§ 2º** A estas parturientes será destinado acompanhamento por equipe multidisciplinar a fim de promover o bem-estar psíquico e social.



**CÂMARA DOS DEPUTADOS**  
**Gabinete do Deputado Pedro Lucas Fernandes**

2

§ 3º 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". (NR)

**Art. 2º** Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde da Mulher Parturiente com Óbito Fetal.

**Art. 3º** Esta Lei entra em vigor no prazo de cento e vinte dias a partir da data de sua publicação.

## **JUSTIFICAÇÃO**

A parturiente em situação de perda fetal enfrenta, em ambiente hospitalar, um luto extremamente angustiante.

Insta destacar, que a aceitação da morte é de grande complexidade, e é difícil concebê-la em qualquer etapa da vida, até mesmo na velhice quando a pessoa já cumpriu parte de seu ciclo vital, bem como no início da vida quando o ser nem sequer chegou a existir fora dos limites do corpo da mãe.

Desse modo, comprehende-se a magnitude das perdas fetais por suas implicações na vida da mãe e da família que aguardaram ansiosamente o momento único de encontro com o bebê, sonho interrompido pelo diagnóstico do óbito fetal.

Apesar da dor da perda a mesma ainda é submetida a tortura psíquica por ter que compartilhar o mesmo ambiente com as Mães em estado de felicidade pela dádiva de estar com seus filhos nos braços.

É desumano submeter uma mulher em extremo estado de fragilidade e dor a uma condição que tenha o poder de agravar ainda mais seu sofrimento.

Apesar de aparentemente ser um número pequeno diante da magnitude do número de partos que resultam em fetos viáveis, cogita-se e se busca analisar o componente emocional que acompanha a ocorrência deste evento, além



## CÂMARA DOS DEPUTADOS

### Gabinete do Deputado Pedro Lucas Fernandes

3

das consequências que ele pode acarretar para a vida da mãe e da família e, principalmente, para aqueles responsáveis pela assistência à mãe diante do óbito fetal mediante a atuação adequada a fim de amenizar o sofrimento daqueles que vivenciam esta situação.

A morte fetal é um evento psicologicamente traumático para a mulher e sua família. As perdas fetais são eventos estressantes que podem ocasionar sérios efeitos a longo prazo. Um estudo que avaliou o impacto de perdas fetais anteriores na gravidez subsequente revelou altos níveis de angústia nas mães, com sentimentos que oscilavam entre o medo e a esperança.

Com base nos estudos, salienta-se a importância de uma conduta diferenciada na assistência à mulher diante do óbito fetal, visto que estas mulheres tendem a estar mais suscetíveis a distúrbios psicológicos que podem interferir no processo de assimilação do luto e do retorno às suas atividades habituais, já que a morte gera uma enorme sensação de vazio e dor, que será amenizada com o passar do tempo, conforme a perda for sendo elaborada pela família.

Porém, as lembranças serão perenes, por todo o mundo de imaginação e de idealização criado durante a gravidez. É importante salientar que o processo de assimilação da perda pode variar de pessoa para pessoa.

Após a perda, emergem sentimentos, principalmente por parte da mulher, de culpa, de impotência e de fracasso, por não ter conseguido levar adiante a gravidez.

Assim, cabe aos profissionais de saúde, inseridos nesse contexto, a oferta de uma assistência adequada, humanizada e holística a essas mulheres com diagnóstico de óbito fetal, além de assistência médica, suporte emocional para enfrentar esse momento da vida tão difícil.

Nesse toar, um atendimento diferenciado requer das instituições de saúde também estruturação física adequada relacionada à possibilidade de escolha das mulheres em permanecerem ou não em enfermarias conjuntas e à existência de espaços adequados para expressão dos sentimentos, além de adequada acomodação do acompanhante para que ambos se auxiliem no processo



**CÂMARA DOS DEPUTADOS**  
**Gabinete do Deputado Pedro Lucas Fernandes**

4

de elaboração da perda. Atitudes como essas são importantes por colocarem a paciente e sua família no caminho da elaboração adequada do luto pela perda da criança.

Neste sentido, é dever do Estado acolher e minimizar a dor destas mulheres nas unidades de saúde, dispensando a elas ambiente e tratamento adequados.

Este projeto tem o objetivo de prover a estas mulheres a inclusão das mesmas no olhar do Estado, que por sua vez proverá políticas públicas voltadas a elas, neste momento de extrema vulnerabilidade.

É realidade em nosso País que a mulher, nesse momento, tem sido submetida ao despreparo da estrutura de saúde o que aumenta a possibilidade de danos mentais irreversíveis, além do aumento da sua dor.

Pelas razões expostas acima justificamos a apresentação do presente Projeto de Lei, com o objetivo de proporcionar saúde e o bem-estar da mãe em um momento muito difícil, em especial, minimizar a dor daquelas que vivenciam o óbito fetal.

Conto com o apoio dos Nobres Pares para aprovação do presente Projeto, que reputo de interesse público.

Sala das Sessões, em de de 2020.

**Deputado PEDRO LUCAS FERNANDES**  
**PTB/MA**

**LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA**  
**Coordenação de Organização da Informação Legislativa - CELEG**  
**Serviço de Tratamento da Informação Legislativa - SETIL**  
**Seção de Legislação Citada - SELEC**

**LEI N° 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**

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

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

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

**CAPÍTULO V**  
**DO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA**  
*(Capítulo acrescido pela Lei nº 9.836 de 23/9/1999)*

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. *(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999)*

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. *(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999)*

Art. 19-C. Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. *(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999)*

Art. 19-D. O SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País. *(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999)*

Art. 19-E. Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações. *(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999)*

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. ([Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999](#))

Art. 19-G. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado.

§ 1º O Subsistema de que trata o *caput* deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

§ 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.

§ 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. ([Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999](#))

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. ([Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999](#))

## CAPÍTULO VI DO SUBSISTEMA DE ATENDIMENTO E INTERNAÇÃO DOMICILIAR ([Capítulo acrescido pela Lei nº 10.424, de 15/4/2002](#))

Art. 19-I. São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar.

§ 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.

§ 2º O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora.

§ 3º O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família. ([Artigo acrescido pela Lei nº 10.424, de 15/4/2002](#))

## CAPÍTULO VII DO SUBSISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DURANTE O TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO ([Capítulo acrescido pela Lei nº 11.108, de 7/4/2005](#))

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. ([“Caput” do artigo artigo acrescido pela Lei nº 11.108, de 7/4/2005](#))

§ 1º O acompanhante de que trata o *caput* deste artigo será indicado pela parturiente. ([Parágrafo acrescido pela Lei nº 11.108, de 7/4/2005](#))

§ 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. ([Parágrafo acrescido pela Lei nº 11.108, de 7/4/2005](#))

§ 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. ([Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.895, de 18/12/2013](#))

Art. 19-L ([VETADO na Lei nº 11.108, de 7/4/2005](#))

## CAPÍTULO VIII DA ASSISTÊNCIA TERAPÉUTICA E DA INCORPOERAÇÃO DE TECNOLOGIA EM SAÚDE

*(Capítulo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação)*

Art. 19-M. A assistência terapêutica integral a que se refere a alínea *d* do inciso I do art. 6º consiste em:

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;

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. ([Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação](#))

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. ([Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação](#))

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.

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. ([Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação](#))

Art. 19-P. Na falta de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, a dispensação será realizada:

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;

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;

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. ([Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação](#))

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.

§ 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.

§ 2º O relatório da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS levará em consideração, necessariamente:

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;

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. ([Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação](#))

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.

§ 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:

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;

II - (VETADO);

III - realização de consulta pública que inclua a divulgação do parecer emitido pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS;

IV - realização de audiência pública, antes da tomada de decisão, se a relevância da matéria justificar o evento.

§ 2º ( VETADO). ([Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação](#))

Art. 19-S. ([VETADO na Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação](#))

Art. 19-T. São vedados, em todas as esferas de gestão do SUS:

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;

II - a dispensação, o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento e produto, nacional ou importado, sem registro na Anvisa. (*Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação*)

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. (*Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação*)

### **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.

.....

**FIM DO DOCUMENTO**