



CÂMARA DOS DEPUTADOS

***PROJETO DE LEI N.º 1.640-B, DE 2022** **(Da Sra. Geovania de Sá)**

Altera a Lei nº 8.080, de 19 de outubro de 1990, para dispor sobre direitos das mulheres que tenham sofrido perda gestacional; tendo parecer: da Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher, pela aprovação deste e dos de nºs 2099/22, 2715/22, 1344/23 e 1819/23, apensados, com substitutivo (relatora: DEP. LÊDA BORGES); e da Comissão de Saúde, pela aprovação deste e dos de nºs 2099/22, 2715/22, 1344/23 e 1819/23, apensados, na forma do Substitutivo da Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher, com subemendas (relatora: DEP. JANDIRA FEGHALI).

DESPACHO:

ÀS COMISSÕES DE:

DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER;

SAÚDE; E

CONSTITUIÇÃO E JUSTIÇA E DE CIDADANIA (MÉRITO E ART. 54 RICD).

APRECIÇÃO:

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

(*) Atualizado em 26/3/2024 para inclusão de apensado (6).

S U M Á R I O

I - Projeto inicial

II - Projetos apensados: 2099/22, 2715/22, 1344/23 e 1819/23

III - Na Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher:

- Parecer da relatora
- Substitutivo oferecido pela relatora
- Parecer da Comissão
- Substitutivo adotado pela Comissão

IV - Na Comissão de Saúde:

- Parecer da relatora
- Subemendas oferecidas pela relatora (5)
- Parecer da Comissão
- Subemendas adotadas pela Comissão (5)

V - Novas apensões: 636/24 e 712/24

PROJETO DE LEI Nº , DE 2022

(Da Sra. GEOVANIA DE SÁ)

Altera a Lei nº 8.080, de 19 de outubro de 1990, para dispor sobre direitos das mulheres que tenham sofrido perda gestacional.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O artigo 19-J da Lei nº 8.080, de 19 de outubro de 1990, passa a vigorar acrescida do seguinte dispositivo:

“Art. 19-J

§ 4º Às mulheres que tenham sofrido perda gestacional serão garantidos:

I – internação em ala separada das gestantes e puérperas;

II – atendimento por equipe multiprofissional que inclua psicólogo antes, durante e após a expulsão espontânea ou assistida do natimorto.”

Art. 2º Esta lei entra em vigor trinta dias após sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Diante dos relatos de muitas mães em todo o Brasil que enfrentaram perdas gestacionais, temos nítido conhecimento de que muitos procedimentos e rotinas referentes as intercorrências gestacionais (perdas, principalmente) podem ser profundamente traumáticos, marcando indelevelmente essas mulheres e repercutindo sobre as próximas gestações.



Faz-se necessário, assim, a nosso ver, promover algumas importantes mudanças.

Em primeiro lugar, pugnamos pelo acolhimento a essas mulheres em uma ala hospitalar separada das demais parturientes e puérperas, antes e após o procedimento de curetagem ou de parto com óbito fetal já sabido; o que hoje se verifica é que as mulheres internadas para procedimento de curetagem ou de indução do parto de natimorto têm que permanecer no mesmo espaço de espera que gestantes em trabalho de parto natural e, após procedimento, em salas de recuperação junto com mães e bebês, aumentando sua dor ao comparar as situações. É nossa avaliação, ademais, que nos casos de perda gestacional o apoio prestado, em todas as fases do processo, por uma equipe adequadamente treinada que inclua a presença de psicólogo seria valiosíssimo, tanto para mitigar o sofrimento durante a perda e a eliminação do conceito quanto para minorar os danos psicológicos posteriores.

A Lei nº 8.080, de 1990, já dispõe, em seu art. 19-J, sobre a existência do Subsistema de Acompanhamento durante o Trabalho de Parto, Parto e Pós-parto Imediato. O presente projeto de lei tem por objetivo aperfeiçoar esse Subsistema, garantindo às mulheres que tenham sofrido perdas gestacionais condições de superar a dor da perda e reunir forças para tentar de novo a maternidade. Tenho a convicção de que merecerá dos nobres pares o seu apoio e os votos necessários para a aprovação.

Sala das Sessões, em de de 2022.

Deputada GEOVANIA DE SÁ

2022-3591



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

LEI Nº 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:

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 II
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

.....

CAPÍTULO IV
DA COMPETÊNCIA E DAS ATRIBUIÇÕES

.....

Seção II
Da Competência

.....

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. [\(“Caput” do artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999\)](#)

§ 1º A União instituirá mecanismo de financiamento específico para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, sempre que houver necessidade de atenção secundária e terciária fora dos territórios indígenas. [\(Parágrafo acrescido pela Lei nº 14.021, de 7/7/2020, vetado pelo Presidente da República, mantido pelo Congresso Nacional e publicado na Edição Extra A do DOU de 27/8/2020\)](#)

§ 2º Em situações emergenciais e de calamidade pública:

I - a União deverá assegurar aporte adicional de recursos não previstos nos planos de saúde dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dseis) ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena;

II - deverá ser garantida a inclusão dos povos indígenas nos planos emergenciais para atendimento dos pacientes graves das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, explicitados os fluxos e as referências para o atendimento em tempo oportuno. [\(Parágrafo acrescido pela Lei nº 14.021, de 7/7/2020, vetado pelo Presidente da República, mantido pelo Congresso Nacional e publicado na Edição Extra A do DOU de 27/8/2020\)](#)

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. [\(“Caput” do artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999\)](#)

§ 1º O Subsistema de que trata o *caput* deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas. [\(Parágrafo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999\)](#)

§ 1º-A. A rede do SUS deverá obrigatoriamente fazer o registro e a notificação da declaração de raça ou cor, garantindo a identificação de todos os indígenas atendidos nos sistemas públicos de saúde. § 1º-B. A União deverá integrar os sistemas de informação da rede do SUS com os dados do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. [\(Parágrafo acrescido pela Lei nº 14.021, de 7/7/2020, vetado pelo Presidente da República, mantido pelo Congresso Nacional e publicado na Edição Extra A do DOU de 27/8/2020\)](#)

§ 1º-B. A União deverá integrar os sistemas de informação da rede do SUS com os dados do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. [\(Parágrafo acrescido pela Lei nº 14.021, de 7/7/2020, vetado pelo Presidente da República, mantido pelo Congresso Nacional e publicado na Edição Extra A do DOU de 27/8/2020\)](#)

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

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

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 TERAPÊUTICA E DA INCORPORAÇÃO
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. (“Caput” do 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)

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

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

§ 3º As metodologias empregadas na avaliação econômica a que se refere o inciso II do § 2º deste artigo serão dispostas em regulamento e amplamente divulgadas, inclusive em relação aos indicadores e parâmetros de custo-efetividade utilizados em combinação com outros critérios. (Parágrafo acrescido pela Lei nº 14.313, de 21/3/2022)

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. (“Caput” do 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)

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

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

II - (VETADO na Lei nº 12.401, de 28/4/2011)

III - realização de consulta pública que inclua a divulgação do parecer emitido pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS; (Inciso acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação)

IV - realização de audiência pública, antes da tomada de decisão, se a relevância da matéria justificar o evento. (Inciso acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação)

V - distribuição aleatória, respeitadas a especialização e a competência técnica

requeridas para a análise da matéria; [*\(Inciso acrescido pela Lei nº 14.313, de 21/3/2022\)*](#)

VI - publicidade dos atos processuais. [*\(Inciso acrescido pela Lei nº 14.313, de 21/3/2022\)*](#)

§ 2º [*\(VETADO na Lei nº 12.401, de 28/4/2011\)*](#)

Art. 19-S. [*\(VETADO na Lei nº 12.401, de 28/4/2011\)*](#)

Art. 19-T. São vedados, em todas as esferas de gestão do SUS: [*\(“Caput” do artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação\)*](#)

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

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

Parágrafo único. Excetuam-se do disposto neste artigo:

I - medicamento e produto em que a indicação de uso seja distinta daquela aprovada no registro na Anvisa, desde que seu uso tenha sido recomendado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), demonstradas as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança, e esteja padronizado em protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde;

II - medicamento e produto recomendados pela Conitec e adquiridos por intermédio de organismos multilaterais internacionais, para uso em programas de saúde pública do Ministério da Saúde e suas entidades vinculadas, nos termos do § 5º do art. 8º da Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. [*\(Parágrafo único acrescido pela Lei nº 14.313, de 21/3/2022\)*](#)

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.

.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 2.099, DE 2022

(Do Sr. Alexandre Padilha)

Institui a Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental e dá outras providências.

DESPACHO:

APENSE-SE AO PL-1640/2022. EM DECORRÊNCIA DESSA APENSAÇÃO, DETERMINO QUE A CCJC SE MANIFESTE TAMBÉM SOBRE O MÉRITO DA MATÉRIA.

PROJETO DE LEI , DE 2022.
(Do Sr. Deputado Alexandre Padilha – PT/SP)

Institui a Política Nacional de
Humanização do Luto Materno e Parental
e dá outras providências.

O Congresso Nacional Decreta:

Art. 1º Esta lei dispõe sobre a instituição da Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental e dá outras providências.

Art. 2º São objetivos da Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental:

- I. Assegurar a humanização do atendimento à mulher e ao homem no momento do luto gestacional, perinatal e neonatal;
- II. A oferta de serviços públicos como modo de reduzir potenciais riscos e vulnerabilidades aos envolvidos neste momento;

Art. 3º São diretrizes da Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental:

- I. Integralidade e equidade do acesso à saúde e o atendimento de políticas públicas;
- II. Descentralização da oferta de serviços e de ações;
- III. Respeito à autonomia.

Art. 4º São responsabilidades comuns a todos os entes federados:

- I. contribuir para a reorientação e humanização do modelo de atenção às perdas gestacionais, perinatais e neonatais, com base nos objetivos e nas diretrizes contidas nesta Política;



- II. estabelecer, nos respectivos Planos de Saúde e Assistência Social, prioridades, estratégias e metas para a organização da atenção à Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental;
- III. desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde e a assistência social no âmbito desta política;
- IV. promover o intercâmbio de experiências entre gestores e trabalhadores dos sistemas e serviços de saúde e assistência social, por meio de cooperação horizontal, e estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas que busquem o aperfeiçoamento e a disseminação de boas práticas na atenção ao luto gestacional, perinatal e neonatal;
- V. estimular a participação popular e o controle social;
- VI. fiscalizar o cumprimento desta Política;
- VII. regular multa no âmbito do território para o descumprimento desta política por parte dos serviços públicos e privados de saúde e assistência social;
- VIII. instituir campanhas de comunicação e divulgação institucional, com foco na orientação sobre o luto;
- IX. promover convênios e parcerias entre estado e instituições do terceiro setor, que trabalham com luto perinatal para o alcance e execução das atividades previstas nesta lei;
- X. incentivar a oferta por parte de Instituições de Ensino Superior públicas e privadas para criação e oferta de disciplinas sobre luto, nos mais diversos cursos, sendo prioritário para profissionais de saúde, com foco na orientação e no acolhimento de pais e sobre o autocuidado.

Art. 5º São responsabilidades da União no âmbito da Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental:

- I. elaborar protocolos nacionais intersetoriais, coordenado pelo Ministério da Saúde, sobre os procedimentos relacionados à humanização do luto gestacional, perinatal e neonatal, ouvindo os gestores estaduais, municipais e o Conselho Nacional de Saúde;
- II. garantir fontes de recursos federais para o financiamento de ações e projetos relacionados à humanização do luto gestacional, perinatal e neonatal;
- III. inserir protocolos relacionados a humanização do luto gestacional, perinatal e neonatal nas Políticas Nacionais de Saúde e Assistência Social;
- IV. prover a formação de recursos humanos capazes de lidar e orientar as mulheres e homens em caso de luto gestacional, perinatal e neonatal;



- V. prestar apoio técnico sobre o tema aos gestores e técnicos das políticas públicas do âmbito estadual e federal;
- VI. realizar o monitoramento e a avaliação da Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental.

Art. 6º São responsabilidades dos Estados e do Distrito Federal no âmbito da Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental:

- I. pactuar, com os gestores municipais e nos colegiados de gestão, estratégias, diretrizes e normas para a implantação e implementação da Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental no âmbito dos Estados e do Distrito Federal;
- II. destinar recursos estaduais e distritais para compor o financiamento da Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental, de modo regular e automático;
- III. ser corresponsável pelo monitoramento das ações da Política;
- IV. fiscalizar no âmbito do seu território o cumprimento da Política por parte dos serviços de saúde, aplicando multa definida pelo órgão estadual ou distrital competente, em caso de descumprimento;
- V. articular instituições de ensino e serviço, em parceria com os órgãos gestores relacionados a esta política, para formação e garantia de educação permanente aos profissionais das equipes que atuam diretamente ou indiretamente com mulheres e homens em situação de luto gestacional, perinatal e neonatal;
- VI. organizar, executar e gerenciar os serviços habilitados em protocolos de humanização do atendimento às mulheres e homens em situação do luto gestacional, perinatal e neonatal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pela União;

Art. 7º São responsabilidades dos municípios e do Distrito Federal no âmbito da Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental:

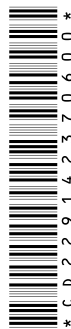
- I. pactuar, diretrizes e normas para a implantação e implementação da Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental no âmbito do Município e do Distrito Federal;
- II. organizar, executar e gerenciar os serviços de humanização do atendimento às mulheres e homens em situação do luto gestacional, perinatal e neonatal, dentro



- do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo estado e pela União;
- III. estabelecer e adotar mecanismos de encaminhamento ao atendimento das mulheres e homens em situação de luto gestacional, perinatal e neonatal pelas equipes que atuam na Atenção Básica, de acordo com as necessidades de saúde das pessoas, mantendo a vinculação e coordenação do cuidado, e do Centro de Referência de Assistência Social, quando necessário;
 - IV. destinar recursos municipais para compor o financiamento da Política;
 - V. ser corresponsável, junto à União e aos estados e pelo monitoramento da execução da Política;
 - VI. ser corresponsável, junto aos Estados, pela fiscalização do cumprimento da Política pelos serviços de saúde no âmbito do seu território.

Art.8º Caberá aos serviços de saúde público e privados, independente da sua forma, organização jurídica e de gestão, a adoção das seguintes iniciativas em casos de perdas gestacionais e neonatais, sob pena de multa:

- I. cumprir dos protocolos estabelecidos pelas autoridades sanitárias nos termos desta lei, assegurando respostas rápidas, eficientes, padronizadas, transparentes, de fácil acesso e humanizadas no atendimento;
- II. ofertar direta ou indiretamente acompanhamento psicológico e médico à gestante e ao pai desde o momento do diagnóstico, até quando se julgar necessário;
- III. encaminhar após a alta hospitalar, quando solicitado ou constatada a necessidade, para acompanhamento psicológico da mãe, pai, parceiros e outros familiares diretamente envolvidos ou pai, que ocorrerá na unidade de saúde da residência do enlutado, ou, em caso de nesta não haver profissional habilitado, na unidade de saúde mais próxima de sua residência;
- IV. estabelecer protocolos de comunicação e troca de informações das equipes de saúde, para assegurar que a informação do diagnóstico da perda gestacional ou neonatal chegue às unidades de saúde locais, preferencialmente à Equipe de Saúde da Família responsável pela coordenação do cuidado ou outra qualquer que estivesse responsável pela realização do atendimento pessoal da gestante, para que descontinuem as visitas do pré-natal e para que não haja a confecção do cartão da criança em caso de ausência de interesse dos pais e que evitem questionamentos acerca de realização de exames e vacinas de rotina de recém-nascidos;
- V. ofertar acomodação para o pré-parto de parturientes cujo feto/bebê tenha sido diagnosticado com síndrome ou anomalia grave e possivelmente fatal, em ala separada das demais parturientes, assim como para parturientes cujo filho tenha tido óbito fetal ou seja natimorto;



- VI. dispor de leito hospitalar em ala separada da maternidade para mães de óbito fetal, natimorto ou neomorto evitando assim maiores constrangimentos e sofrimento psicológico em relação à mães de filhos vivos;
- VII. assegurar a participação do pai, ou outro acompanhante escolhido pela mãe, durante o parto para nascimento do bebê natimorto;
- VIII. ofertar o uso de pulseira de identificação à paciente de perdas gestacionais ou neonatais, com cor específica, durante sua estadia no ambiente hospitalar para o monitoramento do protocolo;
- IX. ofertar o uso de pulseira de identificação à bebês prematuros e em UTI neonatal;
- X. identificar o quarto ou leito onde está internada uma paciente que passou por uma perda gestacional, perinatal ou neonatal de forma que outros profissionais e funcionários saibam que ali está uma mãe cujo bebê está em óbito;
- XI. oportunizar espaço adequado e momento oportuno aos familiares para a despedida do feto natimorto ou do bebê neomorto e assegurar o tempo necessário, a partir do solicitado pela família, para que possam se despedir, assegurando a participação de todos que forem autorizados pelos pais;
- XII. garantir a coleta de forma protocolar de lembranças do bebê, como fotografia do filho(a), mecha de cabelo, digitais de mãos e pés, pulseira do bebê, fotos digitais, dentre outras e ofertar à família na ocasião da alta;
- XIII. Prover a guarda das lembranças do bebê por até 1 ano, caso a família não deseje retirar consigo na alta, de forma a garantir o acesso a estas caso os pais tenham interesse em momento posterior a alta;
- XIV. expedir certidão, constando a data e local do parto, o nome escolhido pelos pais ao bebê natimorto, ou de perda gestacional, bem como o carimbo da mão e do pé;
- XV. possibilitar a decisão de sepultar ou cremar o feto, utilizando funerária convencional, bem como escolher se haverá ou não rituais fúnebres; oportunizando à família participar da elaboração do ritual, respeitando as suas crenças e decisões.
- XVI. ofertar atividades de formação, capacitação e educação permanente aos seus trabalhadores na temática desta política;
- XVII. oferecer assistência social com relação aos trâmites legais relacionados aos casos.

Parágrafo Único: É vedado dar destinação às perdas fetais de forma não condizente com a dignidade da pessoa humana, sendo admitidas a cremação ou incineração do feto somente após a autorização da família.

Art. 9º É vedada a proibição da doação de leite humano por razão de perda gestacional ou neonatal.



Art. 10º – É assegurado às mulheres que tiveram perdas gestacionais, o direito e o acesso aos exames e avaliações necessárias para investigação sobre o motivo do óbito, bem como acompanhamento específico em uma próxima gestação, além do acompanhamento psicológico.

Art. 11. O art. 53 da Lei 6.015 de 31 de dezembro de 1973, Lei de Registros Públicos, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art.53.....
.....
.....

§1 No caso de ter a criança nascido morta, será o registro feito no livro “C Auxiliar”, com o pré-nome da criança escolhido pelos pais, assegurada a indicação do nome de família (sobrenome), seguido dos termos “natimorto de” e logo o nome da mãe e, quando couber, o do pai, além de outros elementos que couberem e com remissão ao do óbito.” (NR)

Art. 12. Fica instituído o mês de outubro como o mês do luto gestacional, neonatal e infantil no Brasil, garantindo uma campanha de sensibilização da sociedade nos meios de comunicação e na rede mundial de computadores;

Art. 13. O Poder Executivo regulamentará as presentes disposições no que lhe couber no prazo de 90 (noventa) dias contados a partir da data de publicação desta Lei;

Art. 14. Esta Lei entra em vigor 90 (noventa) dias após a data de sua publicação.

JUSTIFICATIVA

A morte em nossa sociedade é um grande tabu, e quando se trata da morte de bebês, esse assunto é ainda mais velado. A morte de um filho representa uma inversão da ordem natural da vida e passar por essa experiência é algo avassalador. A sociedade não sabe como lidar com essas situações, gerando uma série de danos às mães e aos pais, que, para além da dor dilacerante de perderem seus filhos, têm que lidar com falhas no atendimento hospitalar ou equívocos desastrosos de amigos e familiares. Quem perde um bebê durante a gestação ou logo após o seu nascimento, vive um luto invisibilizado, afinal, como sentir falta de alguém com quem não se compartilhou memórias? Mas quem passa por isso vive o luto justamente por essas vivências

* C D 2 2 9 1 4 2 3 7 0 6 0 *



planejadas e não concretizadas. Vive-se o luto pelo futuro sonhado que não se tornará realidade, pelas expectativas que foram criadas com a gestação. A nossa saudade é daquilo que não vivenciamos. É do futuro que planejamos. No entanto, independentemente do tempo de gestação ou de convivência, o sentimento de maternidade e paternidade existe com a mesma intensidade. Lembrando que a dor não está relacionada com o número de semanas gestacionais ou o tempo de vida do bebê: “dor não se compara, se ampara”.

O movimento pela humanização do luto parental no Brasil tem crescido, mas ainda engatinha em relação aos cuidados e acolhimento necessários nessas situações. Essa defasagem surge desde a formação dos profissionais de saúde, que não recebem formação adequada a respeito dessa temática. Além disso, as instituições de saúde não apresentam condições para promover um atendimento adequado nos casos de perdas gestacionais e neonatais. Não existem protocolos estabelecidos. Assim, famílias comumente vivenciam situações danosas e até de violências. Alguns exemplos desses episódios incluem: a mulher que acabou de passar por uma perda ter que compartilhar o quarto com uma outra que esteja parindo ou amamentando um bebê saudável; a mulher ser sedada para não ver seu filho natimorto, sem o seu consentimento; a família ser impedida de se despedir do bebê, de tirar fotos ou não ser oferecida a opção de coletar memórias (como impressões dos pés e mãos, e mecha do cabelo); a mulher receber medicação para secar o leite, sem ser orientada a respeito e nem informada sobre a opção de doação; a família ser impedida de inserir na certidão de óbito o nome do bebê natimorto; a mãe receber seu filho abortado em uma luva cirúrgica ou ser informada que seu bebê nascido com peso inferior a 500g será destinado ao lixo hospitalar! A mudança em relação a esses procedimentos só é possível se contarmos com a sensibilização, informação de qualidade, estabelecimento e treinamento de protocolos institucionais e políticas públicas a respeito dessas demandas.

A perda de um filho é uma das experiências mais devastadoras e traumáticas na vida de uma pessoa, se não for a maior delas, podendo resultar em várias complicações clínicas nos pais enlutados, entre elas a depressão, estresse pós-traumático, o suicídio e índices altos de divórcio. Não existem políticas públicas no Brasil para garantir uma atenção integral ao luto gestacional e perinatal, que é o processo enfrentado pelas famílias que perdem um filho/a durante a gestação ou o bebê nos primeiros dias de sua vida. O reconhecimento dessa demanda é uma questão de saúde pública, pois pode



resultar em uma assistência mais informada e consciente, capaz de minimizar os impactos deste sofrimento na saúde integral da família.

Esta ausência de políticas públicas produz vazios na atuação de profissionais de saúde e da assistência para garantir a essas mulheres e seus familiares os cuidados necessários para o enfrentamento deste momento de forma humanizada e com os direitos respeitados. Prudêncio (2020?) apud Froen et. al. (2016), relata que a “morte de um filho provoca um grande impacto na vida dos pais, seja no âmbito pessoal, conjugal, familiar ou social.” (p. 3)

Dados da OMS e da Unicef indicam que mais de 5 milhões de crianças morrem por ano no mundo, sendo quase metade delas no primeiro mês de vida. A problemática da mortalidade perinatal é de tamanha relevância que foi incluída na agenda global dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável da ONU. Estudos apontam que a prevalência da perda gestacional varia entre 15 a 20% das gestações clinicamente diagnosticadas, atingindo até 30% com diagnóstico bioquímico. Os profissionais que atuam nesta área muitas vezes não sabem lidar com esta fatalidade, o que torna a situação ainda mais desafiadora. Faz-se necessário informar, instrumentalizar, através de reflexão e discussões de protocolos que facilitem o acolhimento humanizado nestes casos.

Como forma de orientar a atuação dos profissionais de saúde e a elaboração de políticas públicas, a pesquisadora Heloisa de Oliveira Salgado, pós-doutora pelo Núcleo de Pesquisa em Saúde Materna e Perinatal do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, desenvolveu um protocolo com diretrizes para o acolhimento e atendimento dos serviços no luto perinatal.

“Na proposta partimos do pressuposto de que essas famílias têm pouca ou quase nenhuma memória do bebê ou da gestação que foi perdida. Todo o trabalho é no sentido de a família construir e coletar memórias, pois essas memórias criadas e vividas são importantes e serão acessadas no processo do luto.”

Diversas instituições nacionais e internacionais adotam em suas práticas o atendimento humanizado e a confecção e doação das caixas de memórias, como: Hospital e Maternidade Amador Aguiar (Osasco SP) ; Unidade Neonatal do CAISM/Unicamp (Campinas SP); Instituto da Mulher Dona Lindu (Manaus AM);



Maternidade Climério de Oliveira (UFBA); Grupo Sobreviver RJ; Grupo Colcha Belo Horizonte MG; Instituto do luto parental (Casa Mães para Sempre) SP; Instituto Transforma a Dor Recife – PE, que através da PL 18844/2021 busca a oferta de procedimentos relacionados à humanização do luto materno e parental nas Instituições de Saúde do município do Recife; e outros.

Observa-se a partir dos trabalhos de Heloísa e das evidências científicas já disponíveis, que é crucial construir diretrizes que possam assegurar direitos e uma atenção integral à mãe, pai, parceiros, e aos familiares e aos profissionais de saúde envolvidos. Queremos assim contribuir com a saúde integral destas famílias, garantindo uma assistência baseada em práticas que contribuam para a elaboração deste luto, dando visibilidade às mães e famílias enlutadas que perderam seus filhos, e contribuir com a conscientização da sociedade para um acolhimento desta vivência tão impactante na vida de uma família.

Para isso, é fundamental que o Governo possa fomentar estas políticas através da construção de protocolos de atenção integral que orientem a organização dos serviços de saúde, da atenção hospitalar e de assistência social, ofertando e organizando a rede para impedir que mais camadas de sofrimento sejam adicionadas àquela que já é uma enorme dor, além de diminuir o sofrimento neste momento, garantindo ainda a autonomia dos atores envolvidos através da oferta de uma assistência digna e respeitosa.

Diante disso, este Projeto foi construído em parceria e inspirado na contribuição direta e indireta de diversos movimentos e coletivos que estão trabalhando para a conscientização e humanização do luto perinatal e parental no Brasil, como o Instituto Transforma a Dor; Instituto Amor Nosso ; Flavia Raio de Sol; Grito Solitário; Da Dor ao Amor; Grupo Colo ; Grupo Recomeçar; Projeto Acolhedor; Amor no Céu; Mães de Anjos MT; Superação e Apoio ao Luto Parental; Grupo Luz de Juiz de Fora/MG; Casa Manacá; Reconforto e Apoio; Grupo Mães da Esperança; Coração de Leão; Grupo Mães Sem Nome; Grupo gestando anjo; Luto do Homem; ONG amada Helena; Pais em luto; Instituto do luto parental (Casa Mães para Sempre); Núcleo Cuidar São Paulo; Grupo Céu Estrelado; Em busca do arco-íris; Transformação Araraquara; Projeto Eu vejo você; Grupo A.mar; Grupo Lado a Lado e Girassol Roda.

Esta PL foi uma ação conjunta dos coletivos Transformação (Araraquara), Instituto Transforma a dor (Recife), Casa Manacá (Uberlândia), Núcleo cuidar (SP), Grito Solitário (PE/BA), Instituto do luto parental (Casa Mães para Sempre - SP), da



psicóloga Heloisa de Oliveira Salgado, das mães Paula Vinhas e Marina Neder junto ao Dr Carlos Neder, médico sanitarista, militante histórico do PT, ex vereador e ex deputado estadual em São Paulo, incansável defensor do SUS e das justiças sociais. Em março de 2020 perdeu sua primeira neta, Iara, durante o trabalho de parto de sua filha mais velha, Marina. Sensibilizado com os relatos das dificuldades encontradas pelas famílias que vivenciam lutos gestacionais e perinatais, fez a ponte entre os coletivos acima citados e o mandato do deputado federal Alexandre Padilha. Infelizmente o Dr Carlos Neder faleceu em setembro de 2021, vítima da Covid, sem ver esse projeto ser proposto. Esperamos que esse projeto possa fazer parte de seu legado para as políticas de saúde pública no Brasil, e que possa nortear novos caminhos para o acolhimento do luto gestacional e perinatal no SUS que ele tanto defendeu.

Por todo o exposto, conclamamos os nobres pares para a aprovação desta proposição.

Sala das Sessões, em 2022.

ALEXANDRE PADILHA

Deputado Federal – PT/SP



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

LEI Nº 6.015, DE 31 DE DEZEMBRO DE 1973¹

Dispõe sobre os registros públicos e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA:

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

.....
TÍTULO II
DO REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
.....

CAPÍTULO IV
DO NASCIMENTO
.....

Art. 53. No caso de ter a criança nascido morta ou no de ter morrido na ocasião do parto, será, não obstante, feito o assento com os elementos que couberem e com remissão ao do óbito.

§ 1º No caso de ter a criança nascido morta, será o registro feito no livro "C Auxiliar", com os elementos que couberem.

§ 2º No caso de a criança morrer na ocasião do parto, tendo, entretanto, respirado, serão feitos os dois assentos, o de nascimento e o de óbito, com os elementos cabíveis e com remissões recíprocas.

Art. 54. O assento do nascimento deverá conter:

1º) o dia, mês, ano e lugar do nascimento e a hora certa, sendo possível determiná-la, ou aproximada;

2º) o sexo e a cor do registrando;

3º) o fato de ser gêmeo, quando assim tiver acontecido;

4º) o nome e o prenome, que forem postos à criança;

5º) a declaração de que nasceu morta, ou morreu no ato ou logo depois do parto;

6º) a ordem de filiação de outros irmãos do mesmo prenome que existirem ou tiverem existido;

7º) Os nomes e prenomes, a naturalidade, a profissão dos pais, o lugar e cartório onde se casaram, a idade da genitora, do registrando em anos completos, na ocasião do parto, e o domicílio ou a residência do casal.

8º) os nomes e prenomes dos avós paternos e maternos;

9º) os nomes e prenomes, a profissão e a residência das duas testemunhas do assento, quando se tratar de parto ocorrido sem assistência médica em residência ou fora de

¹ Texto compilado a partir da republicação atualizada, publicada no Suplemento do DOU, de 16/9/1975, por determinação do art. 2º da Lei nº 6.216, de 30/6/1975, incluindo alterações e renumeração de dispositivos decorrentes das Leis nºs. 6.140/1974 e 6.216/1975.

unidade hospitalar ou casa de saúde; [*\(Item com redação dada pela Medida Provisória nº 776, de 26/4/2017, convertida na Lei nº 13.484, de 26/9/2017\)*](#)

10) o número de identificação da Declaração de Nascido Vivo, com controle do dígito verificador, exceto na hipótese de registro tardio previsto no art. 46 desta Lei; e [*\(Item acrescido pela Lei nº 12.662, de 5/6/2012, com redação dada pela Medida Provisória nº 776, de 26/4/2017, convertida na Lei nº 13.484, de 26/9/2017\)*](#)

11) a naturalidade do registrando. [*\(Item acrescido pela Medida Provisória nº 776, de 26/4/2017, convertida na Lei nº 13.484, de 26/9/2017\)*](#)

§ 1º Não constituem motivo para recusa, devolução ou solicitação de retificação da Declaração de Nascido Vivo por parte do Registrador Civil das Pessoas Naturais:

I - equívocos ou divergências que não comprometam a identificação da mãe;

II - omissão do nome do recém-nascido ou do nome do pai;

III - divergência parcial ou total entre o nome do recém-nascido constante da declaração e o escolhido em manifestação perante o registrador no momento do registro de nascimento, prevalecendo este último;

IV - divergência parcial ou total entre o nome do pai constante da declaração e o verificado pelo registrador nos termos da legislação civil, prevalecendo este último;

V - demais equívocos, omissões ou divergências que não comprometam informações relevantes para o registro de nascimento. [*\(Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.662, de 5/6/2012\)*](#)

§ 2º O nome do pai constante da Declaração de Nascido Vivo não constitui prova ou presunção da paternidade, somente podendo ser lançado no registro de nascimento quando verificado nos termos da legislação civil vigente. [*\(Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.662, de 5/6/2012\)*](#)

§ 3º Nos nascimentos frutos de partos sem assistência de profissionais da saúde ou parteiras tradicionais, a Declaração de Nascido Vivo será emitida pelos Oficiais de Registro Civil que lavrarem o registro de nascimento, sempre que haja demanda das Secretarias Estaduais ou Municipais de Saúde para que realizem tais emissões. [*\(Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.662, de 5/6/2012\)*](#)

§ 4º A naturalidade poderá ser do Município em que ocorreu o nascimento ou do Município de residência da mãe do registrando na data do nascimento, desde que localizado em território nacional, e a opção caberá ao declarante no ato de registro do nascimento. [*\(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 776, de 26/4/2017, convertida na Lei nº 13.484, de 26/9/2017\)*](#)

§ 5º O oficial de registro civil de pessoas naturais do Município poderá, mediante convênio e desde que não prejudique o regular funcionamento da serventia, instalar unidade interligada em estabelecimento público ou privado de saúde para recepção e remessa de dados, lavratura do registro de nascimento e emissão da respectiva certidão. [*\(Parágrafo acrescido pela Lei nº 14.382, de 27/6/2022\)*](#)

.....

PROJETO DE LEI N.º 2.715, DE 2022

(Do Sr. Célio Silveira)

Dispõe sobre os cuidados paliativos no período pré-natal e neonatal, após o diagnóstico de malformação fetal grave nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-2099/2022.

PROJETO DE LEI Nº , DE 2022

(Do Sr. CÉLIO SILVEIRA)

Dispõe sobre os cuidados paliativos no período pré-natal e neonatal, após o diagnóstico de malformação fetal grave nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei dispõe sobre os cuidados paliativos no período pré-natal e neonatal, após o diagnóstico de malformação fetal grave nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.

Art. 2º O Sistema Único de Saúde deve ofertar cuidados paliativos no período pré-natal e neonatal, após o diagnóstico de malformação fetal grave.

Art. 3º Para os fins desta Lei, consideram-se:

I – Cuidados Paliativos como aqueles definidos pela Organização Mundial da Saúde, ou seja, a assistência promovida por equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.

II – Período pré-natal como o espaço de tempo compreendido entre a concepção e o parto.

III- Período neonatal como o espaço de tempo compreendido entre o nascimento até 27 dias de vida do bebê.



Art. 4º Os cuidados paliativos,, a serem ofertados no período pré-natal e neonatal, após o diagnóstico de malformação fetal grave nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde, têm por objetivo melhorar a qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias, de forma que permitam tornar o bebê como parte integrante da família, por meio de uma abordagem específica e humanizada de acolhimento ao sofrimento físico, psíquico, social e espiritual, bem como promover apoio durante o processamento do luto.

Art. 5º Os cuidados paliativos serão providos por equipe multiprofissional no âmbito do serviço de saúde ou, quando possível e por escolha dos genitores, no domicílio, desde que não haja contraindicação médica e que sejam demonstradas as condições adequadas para o cuidado domiciliar.

Parágrafo único. Em conjunto com os cuidados paliativos, os cuidados curativos ou modificadores deverão ser garantidos, quando indicados.

Art. 6º Aos pais de fetos com doenças limitadoras da vida, deverão ser assegurados, dentre outros, os seguintes direitos:

- I- da continuidade à gestação até o parto;
- II- da criação de vínculo com o bebê;
- III- da construção de um plano de parto baseado em suas crenças, valores e preferências, incluindo, por exemplo, a possibilidade de construção de memórias, como registrar o parto por fotos e vídeos e fotos com o bebê.

Art. 7º Esta Lei entra em vigor após sessenta dias da data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Os cuidados paliativos oferecem assistência humana e compassiva para pacientes e familiares que enfrentam doenças que ameaçam a continuidade da vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento. Envolvem, além dos cuidados físicos, também os cuidados psicossociais e



espirituais e são direito humano e imperativo moral de todos os sistemas de saúde.

No Brasil os serviços de cuidados paliativos, especialmente no âmbito do Sistema Único de Saúde, têm sido ampliados e ofertados especialmente para os casos de doenças graves e incuráveis. No entanto, poucos são os serviços de medicina paliativa voltados para os períodos pré e neonatal após o diagnóstico de malformação fetal grave.

Dentre os existentes, destacam-se os serviços de cuidados paliativos perinatais do Hospital das Clínicas, em São Paulo, que acolhem mães que gestam bebês com más-formações graves e que, em muitos casos, terão limitado tempo de vida.

Por outro lado, o Hospital do Coração também disponibiliza uma equipe pediátrica voltada para os cuidados paliativos. A Coordenadora da UTI explica que não mais suportava ver a dor das mães que sofrem com as doenças de seus filhos. O programa consiste em tentar fazer com que aquela dor, que já é grande, não fique ainda maior.¹

Nesse contexto de poucos serviços estruturados, não são raros os casos de mães que, além de um bebê na barriga, carregam a dificuldade em lidar com um diagnóstico devastador: o feto malformado. Muitas vezes a mãe não deseja interromper a gravidez, ainda que exista previsão legal para tal, e, nesse caso, é imprescindível o apoio de uma equipe multidisciplinar que cuidará dos aspectos emocionais, físicos e espirituais.

Exemplificando, o relato de uma mãe na reportagem “Minha filha viveu por 25 minutos. E foi o dia mais feliz da minha vida” é comovente. A enfermeira Natacha Silva Moz afirma que mesmo com o diagnóstico de que a filha que gerava era portadora de uma patologia incompatível com a vida, resolveu levar a gravidez adiante. Nesse período, ela recebeu o acompanhamento de profissionais especialistas em cuidados paliativos, realizou o pré-natal, fez o plano de parto e adaptou todo o contexto à sua realidade. Passou por uma cesariana, os profissionais permitiram que tudo

¹ Minha filha viveu por 25 minutos. E foi o dia mais feliz da minha vida, disponível em <https://www.uol.com.br/universa/colunas/marina-rossi/2022/10/05/minha-filha-viveu-por-25-minutos-e-foi-o-dia-mais-feliz-da-minha-vida.htm>, acesso em 31.10.2022



transcorresse com normalidade, que a família vivesse o momento. A filha de Natacha viveu por 25 minutos, foi fotografada e, segundo ela, aquele foi o dia mais feliz da sua vida.²

Dentre as estratégias de cuidados paliativos, ressalta-se a importância de que os pais construam memórias do bebê que se foi por meio de objetos, lembranças físicas, conexão emocional. O acolhimento das famílias e o apoio durante o processamento do luto também é essencial.³

Assim, considerando a importância dos serviços, apresentamos esta proposição que dispõe sobre os cuidados paliativos no período pré-natal e neonatal, após o diagnóstico de malformação fetal grave no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Amparado em tais argumentos, peço o apoio dos Nobres Pares para a aprovação deste Projeto de Lei.

Sala das Sessões, em de de 2022.

Deputado CÉLIO SILVEIRA

² Minha filha viveu por 25 minutos. E foi o dia mais feliz da minha vida. Disponível em <https://www.uol.com.br/universa/colunas/marina-rossi/2022/10/05/minha-filha-viveu-por-25-minutos-e-foi-o-dia-mais-feliz-da-minha-vida.htm>, acesso em 31.10.2022

³ Disponível em: <https://costurandoobem.org.br/cuidados-paliativos-pre-e-perinatais/#:~:text=%EF%84%85-.Cuidados%20paliativos%20pr%C3%A9%20perinatais%3A%20o%20que,e%20qual%20a%20sua%20import%C3%A2ncia%3F&text=Os%20cuidados%20paliativos%20s%C3%A3o%20um,preven%C3%A7%C3%A3o%20e%20al%C3%ADvio%20de%20sofrimento>. Consultado em 3/11/2022



PROJETO DE LEI N.º 1.344, DE 2023

(Do Sr. Guilherme Boulos e outros)

Institui enfermarias exclusivas para mulheres em situação e/ou processo de abortamento.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-1640/2022.



PROJETO DE LEI Nº , DE 2023

(Do Sr. Guilherme Boulos)

Institui enfermarias exclusivas para mulheres em situação e/ou processo de abortamento.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Ficam instituídas diretrizes para acomodação às mulheres em situação de abortamento, no âmbito da rede de saúde pública e privada, com o objetivo de qualificar o atendimento e evitar a revitimização das mulheres nesta condição.

Art. 2º A acomodação das mulheres em situação de abortamento, sem prejuízo de outras medidas para sua proteção e acolhimento, observará as seguintes diretrizes:

I - Organização dos leitos de modo a preservar a intimidade e privacidade das mulheres em situação de abortamento, por meio de estratégias como enfermarias exclusivas.

II - Não exposição das mulheres em situação de abortamento a sofrimento e discriminação.

III - Garantia de espaços seguros e livres de julgamento.

IV - Preservação das condições de saúde mental e social das mulheres nesta condição.

V - Disponibilização de atenção específica conforme a necessidade de cada caso.

VI - Garantia de não acomodação junto a parturientes.

Art. 3º – Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Segundo estudo de Maria Luiza Heilborn (2012) e Paula Rita Gonzaga (2015) os processos de interrupção voluntária da gravidez são uma realidade inerente às trajetórias





reprodutivas de todas as sociedades. Justamente por isso, faz-se necessário desenvolver políticas de atenção e cuidado às mulheres que vivenciam tal experiência, para garantir a saúde e o bem viver dessas mulheres, a continuidade saudável de suas vidas sexuais e reprodutivas e também desconstruir estereótipos e práticas repressoras e punitivistas desnecessárias.

O abortamento espontâneo é a mais comum intercorrência obstétrica e possui origem multifatorial, podendo ter causas genéticas ou não genéticas, destacando-se entre os fatores genéticos as anormalidades, polimorfismos e cromossômicas, e entre os fatores não genéticos pode ser causado por agentes infecciosos, causas ambientais, socioeconômicas, ocupacionais, estilo de vida, estado de saúde, hormonais, trombofílicos e distúrbios endócrinos (Azevedo, S. A. - 2021. Saúde mental da mulher frente ao aborto espontâneo: uma revisão integrativa. Revista Saúde e Meio Ambiente 12(1), 63-71).

No Brasil hoje, cerca de 30% das mulheres que engravidam vivem processos de aborto espontâneo, antes de 20 semanas, sendo que, destas, 80% são interrompidas até 12 semanas. O Sistema Único de Saúde (SUS) realizou entre 2016 até outubro de 2020, 8.665 abortos legais conforme dados do Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares e Tabwin SIH. A cada aborto autorizado pelo Poder Judiciário o SUS realiza 100 procedimentos para socorrer mulheres que sofreram aborto espontâneo ou tentaram o procedimento de forma insegura fora dos hospitais.

A vivência de um aborto espontâneo ou provocado exige atenção específica à saúde física e mental das mulheres. A convivência entre mulheres que estão elaborando um luto tão complexo e mulheres que estão celebrando a vida e a chegada de seus filhos, pode resultar em violência institucional e tortura psicológica.

Estudos apontam que mulheres que passam pelo aborto espontâneo, apresentam transtornos psicológicos geralmente cerca de 1 mês após o ocorrido. Os principais transtornos são: depressão, ansiedade e estresse pós-traumático. A depressão onde a mulher manifesta perda ou ganho considerado de peso, sono e repouso prejudicado, falta de energia, raciocínio lento, pensamentos e tentativas suicidas, muitas vezes os sintomas possuem características duradouras, e requer atenção para reversão da mesma (Bernstein, C. A., Machado, M. H., Ribas, P. A., Jesus, P. H. V., Vasconcelos, T. B., Simões, A. B., & Savaris, R. F. (2022). Impacto psicológico no pós-aborto espontâneo: uma revisão narrativa. Promoção e proteção da saúde da mulher ATM 2024/2. p. 135-150).

Diante desse cenário, as enfermarias exclusivas para mulheres em situação/ processo de abortamento, no âmbito do SUS, e também na rede privada, garantem às mulheres a preservação de sua intimidade e privacidade, o direito de vivenciar o luto com o recolhimento necessários e principalmente as condições de saúde mental cabíveis diante desta condição.





CÂMARA DOS DEPUTADOS
Gabinete do Deputado Federal **Guilherme Boulos** - PSOL/SP

Em casos de interrupção de gravidez decorrente de estupro, a complexidade desta experiência de múltiplas violências, torna imprescindível a existencia de espaços específicos que garantam as condições para a recomposição da saúde e integridade física e psíquica destas mulheres.

Ante as razões acima expostas, peço apoio aos nobres pares para a aprovação do presente projeto de lei.

Sala de sessões, em 20 de março de 2023.

GUILHERME BOULOS
Deputado Federal (PSOL/SP)



PROJETO DE LEI N.º 1.819, DE 2023

(Do Sr. Rodrigo Gambale)

Inclui o Artigo 19-V à Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para assegurar o direito prioritário de assistência psicológica às mulheres que sofreram com o óbito perinatal, aborto espontâneo ou aborto voluntário, nos casos permitidos em lei e das outras providências.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-1640/2022.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

Gabinete do Deputado Rodrigo Gambale – PODE/SP

PROJETO DE LEI Nº ____ DE 2023

(Do Sr. Deputado Rodrigo Gambale)

Apresentação: 12/04/2023 17:06:02.100 - MESA

PL n.1819/2023

Inclui o Artigo 19-V à Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para assegurar o direito prioritário de assistência psicológica às mulheres que sofreram com o óbito perinatal, aborto espontâneo ou aborto voluntário, nos casos permitidos em lei e da outras providências.

O Congresso Nacional Decreta:

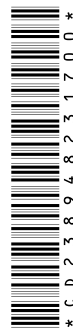
Art. 1º - A Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar acrescida do seguinte artigo:

“Art. 19 – V . Fica assegurado o direito prioritário de assistência psicológica às mulheres que sofreram com o óbito perinatal, aborto espontâneo ou aborto voluntário, nos casos permitidos em lei, nos casos permitidos em lei.

“§1º . Terá prioridade de atendimento no serviço de assistência psicológica e social pelo Sistema Único de Saúde - SUS, a mulher cuja gravidez resultar em aborto, óbito fetal ou perinatal, que sofreram com aborto espontâneo ou aborto voluntário, nos casos permitidos em lei.

§2º. Será destinado ainda, às mulheres que sofreram com o que trata o *caput* deste artigo, de forma apartada, quarto de puerpério diferenciado, onde será preferencial a acomodação apenas com outras mulheres que estão passando pela mesma situação.

§3º. Além do apoio psicológico, à mulher será prestada a atenção e atendimento devido quanto aos períodos clínicos de resguardo e as medicações devidas a serem utilizadas. ”





CÂMARA DOS DEPUTADOS
Gabinete do Deputado Rodrigo Gambale – PODE/SP

Art. 2º - Esta Lei entra em vigor após sua publicação.

JUSTIFICATIVA

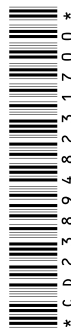
Trata-se de Projeto de Lei que dispõe sobre a assistência psicológica às mulheres que sofreram com o óbito perinatal, aborto involuntário ou espontâneo, nos casos permitidos em lei.

O aborto espontâneo é uma intercorrência frequente nas gestações. Sua incidência estimada é de até vinte por cento em todas gestações. A perda de um filho seja durante a gestação, no parto ou após o nascimento, é um acontecimento trágico, causando sérios danos à saúde mental da mulher.

Não bastassem os problemas físicos decorrentes da interrupção abrupta de uma gravidez, existem, ainda, diversos aspectos psicológicos dos quais se requer atenção especial e direcionada por profissional específico. Tais emoções, segundo a literatura psicológica, incluem, com frequência, culpa, frustração, tristeza e até mesmo sensação de vulnerabilidade. Isto posto, vale ressaltar que muitas mulheres acabam desenvolvendo transtorno de estresse pós-traumático e depressão.

Assim cabe ressaltar que, os preceitos de humanização e equidade amplamente são essenciais para a condução da proteção e recuperação do bem-estar da mulher acometida por essa situação, os serviços de saúde devem estar atentos para o sofrimento das mulheres cuja gravidez resultou em óbito do bebê.

Desta forma, um atendimento prioritário no serviço de assistência psicológica pelo Sistema Único de Saúde SUS é fundamental, deve-se também, ser observado com atenção o acolhimento e apoio necessário no processo de elaboração do luto.





CÂMARA DOS DEPUTADOS

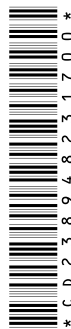
Gabinete do Deputado Rodrigo Gambale – PODE/SP

Ante o exposto acima, solicito aos Nobres Pares o apoio para a aprovação da presente proposição, considerando se tratar de um tema de significativa relevância e compatível com os direitos e garantias fundamentais previstos na Constituição da República de 1988, ademais, garante a presente proposição um maior bem estar e qualidade no atendimento do sistema de saúde público.

Sala das Sessões, 23 de Março de 2023.

RODRIGO GAMBALE

Deputado Federal - Podemos/SP



LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA

Coordenação de Organização da Informação Legislativa - CELEG

Serviço de Tratamento da Informação Legislativa - SETIL

Seção de Legislação Citada - SELEC

LEI Nº 8.080, DE 19 DE
SETEMBRO DE 1990
Art. 19-V

<https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:199009-19:8080>

COMISSÃO DE DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER

PROJETO DE LEI Nº 1.640, DE 2022

Apensados: PL nº 2.099/2022, PL nº 2.715/2022, PL nº 1.344/2023, PL nº 1.819/2023

Altera a Lei nº 8.080, de 19 de outubro de 1990, para dispor sobre direitos das mulheres que tenham sofrido perda gestacional.

Autora: Deputada GEOVANIA DE SÁ

Relatora: Deputada LÊDA BORGES

I - RELATÓRIO

O Projeto de Lei (PL) nº 1.640, de 2022, da Deputada Geovania de Sá, tem como objetivo alterar a Lei nº 8.080, de 1990, para dispor sobre direitos de mulheres que tenham sofrido perda gestacional.

Na justificação, a autora do Projeto evidencia que é necessário o acolhimento de mulheres que tenham sofrido perda gestacional em uma ala hospitalar separada da das demais parturientes e puérperas, antes e após o procedimento de curetagem ou de parto com óbito fetal já sabido.

Estão apensadas a este PL, por força do disposto no art. 139, I, do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, as seguintes proposições:

1 – PL nº 2.099, de 2022, do Deputado Alexandre Padilha, que institui a Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental e dá outras providências.

2 – PL nº 2.715, de 2022, do Deputado Célio Silveira, que dispõe sobre os cuidados paliativos no período pré-natal e neonatal, após o diagnóstico de malformação fetal grave nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.



3 – PL nº 1.344, de 2023, do Deputado Guilherme Boulos e outros, que institui enfermarias exclusivas para mulheres em situação e/ou processo de abortamento.

4 – PL nº 1.819, de 2023, do Deputado Rodrigo Gambale, que inclui o art. 19-V na Lei nº 8.080, de 1990, para assegurar o direito prioritário de assistência psicológica às mulheres que sofreram com o óbito perinatal, aborto espontâneo ou aborto voluntário, nos casos permitidos em lei, e da outras providências.

Esses PLs, que tramitam em regime ordinário, foram distribuídos, em caráter conclusivo, às Comissões de Defesa dos Direitos da Mulher (CMULHER) e de Saúde (CSAÚDE), para análise do mérito, e de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC), para exame do seu mérito e de sua constitucionalidade, juridicidade e técnica legislativa.

Na CMULHER, não foram apresentadas emendas no prazo regimental.

É o Relatório.

II - VOTO DA RELATORA

Cabe a esta Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher a apreciação dos Projetos de Lei nºs 1.640, de 2022, 2.099, de 2022, 2.715, de 2022, 1.344, de 2023, e 1.819, de 2023, quanto ao mérito, no que tange a questões referentes ao seu campo temático e às suas áreas de atividade, nos termos regimentais.

Informamos que o enfoque da CMULHER, neste caso, é a contribuição dos PLs para a defesa dos direitos da mulher. Já os assuntos relativos à Saúde Pública e à constitucionalidade e à juridicidade da matéria serão examinados pelas próximas comissões a que essas Proposições forem encaminhadas.

A perda gestacional é definida como a remoção do embrião ou do feto antes de atingida a viabilidade, podendo ser um evento isolado ou



recorrente¹. Sua prevalência varia entre 15 a 20% das gestações². É a complicação mais comum da gestação e ocorre, predominantemente, entre oito e doze semanas gestacionais¹.

O óbito fetal, por sua vez, é a morte do produto da concepção antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe, com peso ao nascer igual ou superior a quinhentos gramas³. Segundo estimativas internacionais, o Brasil se encontra numa faixa intermediária de taxa de mortalidade fetal de cinco a quinze a cada mil nascimentos².

O óbito neonatal, por fim, é aquele que ocorre com crianças com menos de 28 dias. Constituem o mais importante componente da mortalidade infantil no Brasil, e tem como principais causas a asfixia, o baixo peso ao nascer, as afecções respiratórias, as infecções e a prematuridade⁴.

Esses eventos são extremamente dolorosos e potencialmente traumáticos. Por isso, devem receber atenção especial dos serviços de saúde. No entanto, em geral, as mulheres que passam por perdas gestacionais ou sofrem óbito fetal são acolhidas nas mesmas alas em que se encontram parturientes. Assim, ficam lado a lado com mulheres enlutadas, em sofrimento pela interrupção de um sonho, e outras em processo de parto, ou já com seus bebês recém-nascidos. É importante salientar que a morte do concepto, independentemente da idade gestacional, pode causar impactos fisiológicos e psicológicos, com a sensação de medo, angústia e solidão⁵.

Nesse contexto, é imprescindível mencionar que o psicólogo tem papel importante no atendimento das famílias enlutadas. Com a escuta sensível e atenta, pode auxiliá-los na elaboração e manejo da vivência, o que previne a perpetuação do sofrimento psíquico ou o desencadeamento de quadros patológicos⁶.

1 <https://rmmg.org/artigo/detalhes/2356#:~:text=A%20perda%20gestacional%20%C3%A9%20a,peso%20menor%20que%20500%20gramas.>

2 <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/mejc-ufrn/comunicacao/noticias/acoes-realizadas-na-mejc-auxiliam-os-familiares-a-superarem-a-perda-gestacional-e-neonatal>

3 https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0072_11_01_2010.html

4 <https://www.scielo.br/rbsmi/a/LSDJhgwkq7wG9VwmnnLQHB/?lang=pt>

5 <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/download/18627/12528/63617>

6 <https://www.scielo.org/article/csc/2013.v18n9/2663-2670/>



Diante dessa breve argumentação, percebemos o mérito e a importância do PL nº 1.640, de 2022, que determina a garantia às mulheres enlutadas tanto da internação em ala separadas das gestantes e puérperas, quanto do atendimento de equipe multiprofissional que inclua psicólogos.

O PL nº 2.099, de 2022, também enfrenta essa temática, mas de forma mais detalhada, uma vez que institui uma política pública completa, com objetivos, diretrizes e distribuição de competências aos entes federados, para dispor sobre o assunto. É igualmente meritório e traz bons subsídios para a defesa dos direitos da mulher e de seus familiares nesse momento de luto e sofrimento.

Já o PL nº 2.715, de 2022, tem uma abordagem diferente das proposições anteriores. Trata dos cuidados paliativos no período pré-natal e neonatal, após o diagnóstico de malformação fetal grave no Sistema Único de Saúde (SUS). Cuidados paliativos, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, “consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais⁷”. São, portanto, indispensáveis nesse contexto de iminência de perda por que passam famílias que recebem o diagnóstico de malformação fetal grave.

O PL nº 1.344, de 2023, não apenas institui enfermarias exclusivas para mulheres em situação de abortamento, como também estabelece diretrizes que devem guiar a sua implantação, como a organização de leitos de modo a preservar a intimidade e a privacidade das mulheres e a garantia de espaços seguros e livres de julgamento.

O PL nº 1.819, de 2023, não apenas trata da acomodação separada para as mulheres que sofreram aborto e óbito perinatal, mas também estabelece atendimento psicológico prioritário para elas.

7 <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controlado-cancer-do-colo-do-utero/acoes/cuidados-paliativos>



Por todo o exposto, os projetos em análise trazem contribuições e devem ser aprovados. Porém, por imposição regimental, teremos de apresentar um Substitutivo que contemple as ideias contidas em cada um deles. No nosso texto, não aproveitamos alguns trechos dos projetos originais, bem como fizemos modificações formais que não afetaram o alcance dos objetivos de seus autores.

Assim, o nosso voto é pela APROVAÇÃO dos Projetos de Lei nºs 1.640, de 2022, 2.099, de 2022, 2.715, de 2022, 1.344, de 2023, e 1.819, de 2023, nos termos do SUBSTITUTIVO anexo.

Sala da Comissão, em de de 2023.

Deputada LÊDA BORGES
Relatora



COMISSÃO DE DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER

SUBSTITUTIVO AO PROJETO DE LEI Nº 1.640, DE 2022

Apensados: PL nº 2.099/2022, PL nº 2.715/2022, PL nº 1.344/2023 e PL nº 1.819/2023

Institui a Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental; altera a Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, para dispor sobre o registro de criança nascida morta; e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para tratar dos cuidados paliativos no período pré-natal e neonatal, após o diagnóstico de malformação fetal grave.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei institui a Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental; altera a Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, para dispor sobre o registro de criança nascida morta; e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para tratar dos cuidados paliativos no período pré-natal e neonatal, após o diagnóstico de malformação fetal grave.

Art. 2º São objetivos da Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental:

I - assegurar a humanização do atendimento à mulher e ao homem no momento do luto por perda gestacional, óbito fetal e neonatal;

II – ofertar serviços públicos como modo de reduzir potenciais riscos e vulnerabilidades aos envolvidos neste momento.

Art. 3º São diretrizes da Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental:

I - integralidade e equidade do acesso à saúde e ao atendimento de políticas públicas;

II - descentralização da oferta de serviços e de ações;



III – respeito à autonomia.

Art. 4º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições na condução da Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental:

I - contribuir para a reorientação e humanização do modelo de atenção à perda gestacional, óbito fetal e neonatal, com base nos objetivos e nas diretrizes contidas nesta Política;

II - estabelecer, nos respectivos Planos de Saúde e Assistência Social, prioridades, estratégias e metas para a organização da atenção à Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental;

III - desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde e à assistência social no âmbito desta política;

IV - promover o intercâmbio de experiências entre gestores e trabalhadores dos sistemas e serviços de saúde e assistência social, por meio de cooperação horizontal, e estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas que busquem o aperfeiçoamento e a disseminação de boas práticas na atenção ao luto pela perda gestacional, óbito fetal e neonatal;

V - estimular a participação popular e o controle social;

VI - fiscalizar o cumprimento desta Política;

VII - regular multa no âmbito do território para o descumprimento desta Política por parte dos serviços públicos e privados de saúde e assistência social;

VIII - instituir campanhas de comunicação e divulgação institucional, com foco na orientação sobre o luto;

IX - promover convênios e parcerias entre estado e instituições do terceiro setor, que trabalham com luto pela perda gestacional, óbito fetal e neonatal, para o alcance e execução das atividades previstas nesta Lei;

X - incentivar a oferta por parte de Instituições de Ensino Superior públicas e privadas para criação e oferta de disciplinas sobre luto, nos



mais diversos cursos, sendo prioritário para profissionais de saúde, com foco na orientação e no acolhimento de pais.

Art. 5º Compete à União no âmbito da Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental:

I - elaborar protocolos nacionais intersetoriais, coordenado pelo Ministério da Saúde, sobre os procedimentos relacionados à humanização do luto pela perda gestacional, óbito fetal e neonatal, ouvindo os gestores estaduais, municipais e o Conselho Nacional de Saúde;

II - garantir fontes de recursos federais para o financiamento de ações e projetos relacionados à humanização do luto pela perda gestacional, óbito fetal e neonatal;

III - inserir protocolos relacionados a humanização do luto pela perda gestacional, óbito fetal e neonatal nas Políticas Nacionais de Saúde e Assistência Social;

IV - prover a formação de recursos humanos capazes de lidar e orientar as mulheres e homens em caso pela perda gestacional, óbito fetal e neonatal;

V - prestar apoio técnico sobre o tema aos gestores e técnicos das políticas públicas;

VI - realizar o monitoramento e a avaliação da Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental.

Art. 6º Compete aos Estados no âmbito da Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental:

I - pactuar, com os gestores municipais e nos colegiados de gestão, estratégias, diretrizes e normas para a implantação e implementação da Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental;

II - destinar recursos estaduais e distritais para compor o financiamento da Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental, de modo regular e automático;



III - ser corresponsável pelo monitoramento das ações da Política;

IV - fiscalizar no âmbito do seu território o cumprimento da Política por parte dos serviços de saúde, aplicando multa definida pelo órgão estadual ou distrital competente, em caso de descumprimento;

V - articular instituições de ensino e serviço, em parceria com os órgãos gestores relacionados a esta política, para formação e garantia de educação permanente aos profissionais das equipes que atuam diretamente ou indiretamente com mulheres e homens em situação de luto pela perda gestacional, óbito fetal e neonatal;

VI - organizar, executar e gerenciar os serviços habilitados em protocolos de humanização do atendimento às mulheres e homens em situação de luto pela perda gestacional, óbito fetal e neonatal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pela União.

Art. 7º Compete aos municípios no âmbito da Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental:

I - pactuar, diretrizes e normas para a implantação e implementação da Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental;

II - organizar, executar e gerenciar os serviços de humanização do atendimento às mulheres e homens em situação de luto pela perda gestacional, óbito fetal e neonatal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo estado e pela União;

III - estabelecer e adotar mecanismos de encaminhamento ao atendimento das mulheres e homens em situação de luto pela perda gestacional, óbito fetal e neonatal pelas equipes que atuam na Atenção Básica, de acordo com as necessidades de saúde das pessoas, mantendo a vinculação e coordenação do cuidado, e do Centro de Referência de Assistência Social, quando necessário;

IV - destinar recursos municipais para compor o financiamento da Política;



V - ser corresponsável, junto à União e aos estados pelo monitoramento da execução da Política;

VI - ser corresponsável, junto aos Estados, pela fiscalização do cumprimento da Política pelos serviços de saúde no âmbito do seu território.

Art. 8º Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.

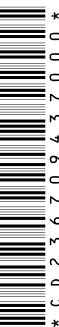
Art. 9º Caberá aos serviços de saúde público e privados, independente da sua forma, organização jurídica e de gestão, a adoção das seguintes iniciativas em casos de perda gestacional, óbito fetal e neonatal, sob pena de multa:

I - cumprir os protocolos estabelecidos pelas autoridades sanitárias, assegurando respostas rápidas, eficientes, padronizadas, transparentes, de fácil acesso e humanizadas no atendimento;

II - ofertar direta ou indiretamente acompanhamento multiprofissional à gestante e ao pai desde o momento da perda gestacional, óbito fetal e neonatal, até quando se julgar necessário;

III – encaminhar, quando solicitado ou constatada a necessidade, após a alta hospitalar, mãe, pai, parceiros e outros familiares diretamente envolvidos ao acompanhamento psicológico, que ocorrerá na unidade de saúde da residência do enlutado, ou, em caso de nesta não haver profissional habilitado, na unidade de saúde mais próxima de sua residência;

IV - estabelecer protocolos de comunicação e troca de informações das equipes de saúde, para assegurar que a informação do diagnóstico da perda gestacional, óbito fetal ou neonatal chegue às unidades de saúde locais, preferencialmente à Equipe de Saúde da Família responsável pela coordenação do cuidado ou outra qualquer que estivesse responsável pela realização do atendimento pessoal da gestante, para que descontinuem as visitas do pré-natal e para que não haja a confecção do cartão da criança em caso de ausência de interesse dos pais, bem como evitem questionamentos acerca de realização de exames e vacinas de rotina de recém nascidos;



V - ofertar acomodação em ala separada das demais parturientes para:

- a) parturientes cujo feto/bebê tenha sido diagnosticado com síndrome ou anomalia grave e possivelmente fatal;
- b) parturientes que tenham sofrido perda gestacional, óbito fetal ou neonatal;

VI - assegurar a participação do pai, ou outro acompanhante escolhido pela mãe, durante o parto para nascimento do bebê natimorto;

VII - ofertar o uso de pulseira de identificação à paciente com perda gestacional, óbito fetal ou neonatal, com cor específica, durante sua estadia no ambiente hospitalar para o monitoramento do protocolo;

VIII - ofertar o uso de pulseira de identificação a bebês prematuros e em UTI neonatal;

IX - identificar o quarto ou leito onde está internada uma paciente que passou por uma perda gestacional, óbito fetal ou neonatal para atendimento adequado;

X - oportunizar espaço adequado e momento oportuno aos familiares para a despedida do feto natimorto ou do bebê neomorto e assegurar o tempo necessário, a partir do solicitado pela família, para que possam se despedir, assegurando a participação de todos que forem autorizados pelos pais;

XI - garantir a coleta de forma protocolar de lembranças do bebê, como fotografia do filho(a), mecha de cabelo, digitais de mãos e pés, pulseira do bebê, fotos digitais, entre outras e ofertar à família na ocasião da alta;

XII - prover a guarda das lembranças do bebê por até 1 ano, caso a família não deseje retirar consigo na alta, de forma a garantir o acesso a estas caso os pais tenham interesse em momento posterior a alta;

XIII - expedir certidão, constando a data e local do parto, o nome escolhido pelos pais ao bebê natimorto, bem como o carimbo da mão e do pé;



XIV - possibilitar a decisão de sepultar ou cremar o feto, utilizando funerária convencional, bem como escolher se haverá ou não rituais fúnebres, oportunizando à família participar da elaboração do ritual, respeitando as suas crenças e decisões;

XV - ofertar atividades de formação, capacitação e educação permanente aos seus trabalhadores na temática desta política;

XVI - oferecer assistência social com relação aos trâmites legais relacionados aos casos.

Parágrafo Único. É vedado dar destinação às perdas fetais de forma não condizente com a dignidade da pessoa humana, sendo admitidas a cremação ou incineração do conceito somente após a autorização da família.

Art. 10. É permitida a doação de leite humano por razão de perda gestacional, óbito fetal ou neonatal, desde que atendidos os requisitos sanitários e conforme a avaliação do responsável pelo banco de leite humano ou posto de coleta de leite humano.

Art. 11. É assegurado às mulheres que tiveram perdas gestacionais o direito e o acesso aos exames e avaliações necessárias para investigação sobre o motivo do óbito, bem como acompanhamento específico em uma próxima gestação, além do acompanhamento psicológico prioritário.

Art. 12. Fica instituído o mês de outubro como o mês do luto gestacional, neonatal e infantil no Brasil, garantindo uma campanha de sensibilização da sociedade nos meios de comunicação e na rede mundial de computadores.

Art. 13. O art. 53 da Lei nº 6.015 de 31 de dezembro de 1973, Lei de Registros Públicos, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art.53.....

.....

§1º No caso de ter a criança nascido morta, será o registro feito no livro “C Auxiliar”, com o pré-nome da criança escolhido pelos pais, assegurada a indicação do nome de família (sobrenome), seguido dos termos “natimorto de” e logo o nome da mãe e, quando couber, o do pai, além de outros elementos que couberem e com remissão ao do óbito.” (NR)



Art. 14. A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar acrescido do seguinte art. 19-K:

“Art. 19-K. O Sistema Único de Saúde deverá ofertar cuidados paliativos no período pré-natal e neonatal, após o diagnóstico de malformação fetal grave.

§ 1º Os cuidados paliativos serão providos por equipe multiprofissional no âmbito do serviço de saúde ou, quando possível e por escolha dos genitores, no domicílio, desde que não haja contraindicação médica e que sejam demonstradas as condições adequadas para o cuidado domiciliar.

§ 2º Os cuidados curativos ou modificadores deverão ser garantidos, quando indicados, em conjunto com os cuidados paliativos.”

Art. 15. Esta Lei entra em vigor noventa dias após a data de sua publicação

Sala da Comissão, em de de 2023.

Deputada LÊDA BORGES
Relatora





CÂMARA DOS DEPUTADOS

COMISSÃO DE DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER

PROJETO DE LEI Nº 1.640, DE 2022

III - PARECER DA COMISSÃO

A Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher, em reunião extraordinária realizada hoje, mediante votação ocorrida por processo simbólico, concluiu pela aprovação do Projeto de Lei 1640/2022 e dos PLs 2099/2022, 1344/2023, 1819/2023 e 2715/2022, apensados, com Substitutivo, nos termos do Parecer da Relatora, Deputada Lêda Borges.

Registraram presença à reunião as Senhoras Deputadas e os Senhores Deputados:

Lêda Borges - Presidente, Delegada Katarina, Delegada Ione e Dilvanda Faro - Vice-Presidentes, Eli Borges, Ely Santos, Fernanda Melchionna, Franciane Bayer, Julia Zanatta, Juliana Cardoso, Nely Aquino, Pastor Eurico, Professora Goreth, Rogéria Santos, Silvyne Alves, Yandra Moura, Alice Portugal, Ana Paula Leão, Coronel Fernanda, Dayany Bittencourt, Diego Garcia, Erika Kokay, Felipe Becari, Flávia Moraes, Márcio Marinho, Professora Luciene Cavalcante, Rosana Valle, Sâmia Bomfim, Silvia Cristina, Socorro Neri e Tabata Amaral.

Sala da Comissão, em 16 de agosto de 2023.

Deputada DELEGADA IONE
Vice-Presidente no exercício da Presidência

Apresentação: 22/08/2023 11:00:28.797 - CMULHER
PAR 1 CMULHER => PL 1640/2022

PAR n.1



COMISSÃO DE DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER

SUBSTITUTIVO ADOTADO PELA COMISSÃO DE DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER AO PROJETO DE LEI Nº 1.640, DE 2022

Apensados: PL nº 2.099/2022, PL nº 2.715/2022, PL nº 1.344/2023, PL nº 1.819/2023

Institui a Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental; altera a Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, para dispor sobre o registro de criança nascida morta; e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para tratar dos cuidados paliativos no período pré-natal e neonatal, após o diagnóstico de malformação fetal grave.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei institui a Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental; altera a Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, para dispor sobre o registro de criança nascida morta; e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para tratar dos cuidados paliativos no período pré-natal e neonatal, após o diagnóstico de malformação fetal grave.

Art. 2º São objetivos da Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental:

I - assegurar a humanização do atendimento à mulher e ao homem no momento do luto por perda gestacional, óbito fetal e neonatal;

II – ofertar serviços públicos como modo de reduzir potenciais riscos e vulnerabilidades aos envolvidos neste momento.

Art. 3º São diretrizes da Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental:

I - integralidade e equidade do acesso à saúde e ao atendimento de políticas públicas;

* C D 2 3 4 7 4 0 9 1 9 1 0 0 *



II - descentralização da oferta de serviços e de ações;

III – respeito à autonomia.

Art. 4º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições na condução da Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental:

I - contribuir para a reorientação e humanização do modelo de atenção à perda gestacional, óbito fetal e neonatal, com base nos objetivos e nas diretrizes contidas nesta Política;

II - estabelecer, nos respectivos Planos de Saúde e Assistência Social, prioridades, estratégias e metas para a organização da atenção à Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental;

III - desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde e à assistência social no âmbito desta política;

IV - promover o intercâmbio de experiências entre gestores e trabalhadores dos sistemas e serviços de saúde e assistência social, por meio de cooperação horizontal, e estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas que busquem o aperfeiçoamento e a disseminação de boas práticas na atenção ao luto pela perda gestacional, óbito fetal e neonatal;

V - estimular a participação popular e o controle social;

VI - fiscalizar o cumprimento desta Política;

VII - regular multa no âmbito do território para o descumprimento desta Política por parte dos serviços públicos e privados de saúde e assistência social;

VIII - instituir campanhas de comunicação e divulgação institucional, com foco na orientação sobre o luto;

IX - promover convênios e parcerias entre estado e instituições do terceiro setor, que trabalham com luto pela perda gestacional, óbito fetal e neonatal, para o alcance e execução das atividades previstas nesta Lei;



X - incentivar a oferta por parte de Instituições de Ensino Superior públicas e privadas para criação e oferta de disciplinas sobre luto, nos mais diversos cursos, sendo prioritário para profissionais de saúde, com foco na orientação e no acolhimento de pais.

Art. 5º Compete à União no âmbito da Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental:

I - elaborar protocolos nacionais intersetoriais, coordenado pelo Ministério da Saúde, sobre os procedimentos relacionados à humanização do luto pela perda gestacional, óbito fetal e neonatal, ouvindo os gestores estaduais, municipais e o Conselho Nacional de Saúde;

II - garantir fontes de recursos federais para o financiamento de ações e projetos relacionados à humanização do luto pela perda gestacional, óbito fetal e neonatal;

III - inserir protocolos relacionados a humanização do luto pela perda gestacional, óbito fetal e neonatal nas Políticas Nacionais de Saúde e Assistência Social;

IV - prover a formação de recursos humanos capazes de lidar e orientar as mulheres e homens em caso pela perda gestacional, óbito fetal e neonatal;

V - prestar apoio técnico sobre o tema aos gestores e técnicos das políticas públicas;

VI - realizar o monitoramento e a avaliação da Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental.

Art. 6º Compete aos Estados no âmbito da Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental:

I - pactuar, com os gestores municipais e nos colegiados de gestão, estratégias, diretrizes e normas para a implantação e implementação da Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental;

II - destinar recursos estaduais e distritais para compor o financiamento da Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental, de modo regular e automático;



III - ser corresponsável pelo monitoramento das ações da Política;

IV - fiscalizar no âmbito do seu território o cumprimento da Política por parte dos serviços de saúde, aplicando multa definida pelo órgão estadual ou distrital competente, em caso de descumprimento;

V - articular instituições de ensino e serviço, em parceria com os órgãos gestores relacionados a esta política, para formação e garantia de educação permanente aos profissionais das equipes que atuam diretamente ou indiretamente com mulheres e homens em situação de luto pela perda gestacional, óbito fetal e neonatal;

VI - organizar, executar e gerenciar os serviços habilitados em protocolos de humanização do atendimento às mulheres e homens em situação de luto pela perda gestacional, óbito fetal e neonatal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pela União.

Art. 7º Compete aos municípios no âmbito da Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental:

I - pactuar, diretrizes e normas para a implantação e implementação da Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental;

II - organizar, executar e gerenciar os serviços de humanização do atendimento às mulheres e homens em situação de luto pela perda gestacional, óbito fetal e neonatal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo estado e pela União;

III - estabelecer e adotar mecanismos de encaminhamento ao atendimento das mulheres e homens em situação de luto pela perda gestacional, óbito fetal e neonatal pelas equipes que atuam na Atenção Básica, de acordo com as necessidades de saúde das pessoas, mantendo a vinculação e coordenação do cuidado, e do Centro de Referência de Assistência Social, quando necessário;

IV - destinar recursos municipais para compor o financiamento da Política;



V - ser corresponsável, junto à União e aos estados pelo monitoramento da execução da Política;

VI - ser corresponsável, junto aos Estados, pela fiscalização do cumprimento da Política pelos serviços de saúde no âmbito do seu território.

Art. 8º Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.

Art. 9º Caberá aos serviços de saúde público e privados, independente da sua forma, organização jurídica e de gestão, a adoção das seguintes iniciativas em casos de perda gestacional, óbito fetal e neonatal, sob pena de multa:

I - cumprir os protocolos estabelecidos pelas autoridades sanitárias, assegurando respostas rápidas, eficientes, padronizadas, transparentes, de fácil acesso e humanizadas no atendimento;

II - ofertar direta ou indiretamente acompanhamento multiprofissional à gestante e ao pai desde o momento da perda gestacional, óbito fetal e neonatal, até quando se julgar necessário;

III – encaminhar, quando solicitado ou constatada a necessidade, após a alta hospitalar, mãe, pai, parceiros e outros familiares diretamente envolvidos ao acompanhamento psicológico, que ocorrerá na unidade de saúde da residência do enlutado, ou, em caso de nesta não haver profissional habilitado, na unidade de saúde mais próxima de sua residência;

IV - estabelecer protocolos de comunicação e troca de informações das equipes de saúde, para assegurar que a informação do diagnóstico da perda gestacional, óbito fetal ou neonatal chegue às unidades de saúde locais, preferencialmente à Equipe de Saúde da Família responsável pela coordenação do cuidado ou outra qualquer que estivesse responsável pela realização do atendimento pessoal da gestante, para que descontinuem as visitas do pré-natal e para que não haja a confecção do cartão da criança em caso de ausência de interesse dos pais, bem como evitem questionamentos acerca de realização de exames e vacinas de rotina de recém nascidos;



V - ofertar acomodação em ala separada das demais parturientes para:

- a) parturientes cujo feto/bebê tenha sido diagnosticado com síndrome ou anomalia grave e possivelmente fatal;
- b) parturientes que tenham sofrido perda gestacional, óbito fetal ou neonatal;

VI - assegurar a participação do pai, ou outro acompanhante escolhido pela mãe, durante o parto para nascimento do bebê natimorto;

VII - ofertar o uso de pulseira de identificação à paciente com perda gestacional, óbito fetal ou neonatal, com cor específica, durante sua estadia no ambiente hospitalar para o monitoramento do protocolo;

VIII - ofertar o uso de pulseira de identificação a bebês prematuros e em UTI neonatal;

IX - identificar o quarto ou leito onde está internada uma paciente que passou por uma perda gestacional, óbito fetal ou neonatal para atendimento adequado;

X - oportunizar espaço adequado e momento oportuno aos familiares para a despedida do feto natimorto ou do bebê neomorto e assegurar o tempo necessário, a partir do solicitado pela família, para que possam se despedir, assegurando a participação de todos que forem autorizados pelos pais;

XI - garantir a coleta de forma protocolar de lembranças do bebê, como fotografia do filho(a), mecha de cabelo, digitais de mãos e pés, pulseira do bebê, fotos digitais, entre outras e ofertar à família na ocasião da alta;

XII - prover a guarda das lembranças do bebê por até 1 ano, caso a família não deseje retirar consigo na alta, de forma a garantir o acesso a estas caso os pais tenham interesse em momento posterior a alta;

XIII - expedir certidão, constando a data e local do parto, o nome escolhido pelos pais ao bebê natimorto, bem como o carimbo da mão e do pé;



XIV - possibilitar a decisão de sepultar ou cremar o feto, utilizando funerária convencional, bem como escolher se haverá ou não rituais fúnebres, oportunizando à família participar da elaboração do ritual, respeitando as suas crenças e decisões;

XV - ofertar atividades de formação, capacitação e educação permanente aos seus trabalhadores na temática desta política;

XVI - oferecer assistência social com relação aos trâmites legais relacionados aos casos.

Parágrafo Único. É vedado dar destinação às perdas fetais de forma não condizente com a dignidade da pessoa humana, sendo admitidas a cremação ou incineração do conceito somente após a autorização da família.

Art. 10. É permitida a doação de leite humano por razão de perda gestacional, óbito fetal ou neonatal, desde que atendidos os requisitos sanitários e conforme a avaliação do responsável pelo banco de leite humano ou posto de coleta de leite humano.

Art. 11. É assegurado às mulheres que tiveram perdas gestacionais o direito e o acesso aos exames e avaliações necessárias para investigação sobre o motivo do óbito, bem como acompanhamento específico em uma próxima gestação, além do acompanhamento psicológico prioritário.

Art. 12. Fica instituído o mês de outubro como o mês do luto gestacional, neonatal e infantil no Brasil, garantindo uma campanha de sensibilização da sociedade nos meios de comunicação e na rede mundial de computadores.

Art. 13. O art. 53 da Lei nº 6.015 de 31 de dezembro de 1973, Lei de Registros Públicos, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art.53.....

.....

§1º No caso de ter a criança nascido morta, será o registro feito no livro “C Auxiliar”, com o pré-nome da criança escolhido pelos pais, assegurada a indicação do nome de família (sobrenome), seguido dos termos “natimorto de” e logo o nome da mãe e, quando couber, o do pai, além de outros elementos que couberem e com remissão ao do óbito.” (NR)



Art. 14. A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar acrescido do seguinte art. 19-K:

“Art. 19-K. O Sistema Único de Saúde deverá ofertar cuidados paliativos no período pré-natal e neonatal, após o diagnóstico de malformação fetal grave.

§ 1º Os cuidados paliativos serão providos por equipe multiprofissional no âmbito do serviço de saúde ou, quando possível e por escolha dos genitores, no domicílio, desde que não haja contraindicação médica e que sejam demonstradas as condições adequadas para o cuidado domiciliar.

§ 2º Os cuidados curativos ou modificadores deverão ser garantidos, quando indicados, em conjunto com os cuidados paliativos.”

Art. 15. Esta Lei entra em vigor noventa dias após a data de sua publicação.

Sala da Comissão, em 16 de agosto de 2023.

Deputada **DELEGADA IONE**
Vice-Presidente no exercício da Presidência



COMISSÃO DE SAÚDE

PROJETO DE LEI Nº 1.640, DE 2022

Apensados: PL nº 2.099/2022, PL nº 2.715/2022, PL nº 1.344/2023 e PL nº 1.819/2023

Altera a Lei nº 8.080, de 19 de outubro de 1990, para dispor sobre direitos das mulheres que tenham sofrido perda gestacional.

Autora: Deputada GEOVANIA DE SÁ

Relatora: Deputada JANDIRA FEGHALI

I - RELATÓRIO

O Projeto de Lei nº 1.640, de 2022, da Deputada Geovania de Sá, tem como objetivo alterar a Lei nº 8.080, de 1990, para dispor sobre direitos das pessoas que tenham sofrido perda gestacional. Para acolher aquelas que passaram por este processo, o PL propõe a internação em um ambiente separado daquele em que estão gestantes e mulheres que recentemente deram à luz (puérperas). Ademais, sugere que o atendimento às vítimas de perda gestacional seja realizado por uma equipe composta por profissionais de diferentes áreas, inclusive da psicologia.

Estão apensadas a este PL, por força do disposto no art. 139, I, do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, as seguintes proposições:

1 – PL nº 2.099, de 2022, do Deputado Alexandre Padilha, que institui a Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental e dá outras providências.

2 – PL nº 2.715, de 2022, do Deputado Célio Silveira, que dispõe sobre os cuidados paliativos no período pré-natal e neonatal, após o diagnóstico de malformação fetal grave nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.



3 – PL nº 1.344, de 2023, do Deputado Guilherme Boulos e outros, que institui enfermarias exclusivas para mulheres em situação e/ou processo de abortamento.

4 – PL nº 1.819, de 2023, do Deputado Rodrigo Gambale, que inclui o art. 19-A na Lei nº 8.080, de 1990, para assegurar o direito prioritário de assistência psicológica às mulheres que sofreram com o óbito perinatal, aborto espontâneo ou aborto voluntário, nos casos permitidos em lei.

Esses PLs, que tramitam em regime ordinário, foram distribuídos, em caráter conclusivo, às Comissões de Defesa dos Direitos da Mulher (CMULHER) e de Saúde (CSAÚDE), para análise do mérito, e de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC), para exame do seu mérito e de sua constitucionalidade, juridicidade e técnica legislativa.

Na CMULHER, receberam parecer pela aprovação, com substitutivo.

Na CSAUDE, não receberam emendas, no prazo regimental.

É o Relatório.

II - VOTO DA RELATORA

Cabe a esta Comissão de Saúde a apreciação dos Projetos de Lei nºs 1.640, 2.099, e 2.715, de 2022, e 1.344 e 1.819, de 2023, quanto ao mérito, no que tange a questões referentes ao seu campo temático e às suas áreas de atividade, nos termos regimentais.

Informamos que o enfoque da CSAUDE, neste caso, é a contribuição desses PLs para a Saúde Pública. As demais questões relacionadas à constitucionalidade e à juridicidade da matéria serão examinadas pela CCJC.

O Projeto de Lei nº 1.640, de 2022, tem como objetivo assegurar direitos específicos às mulheres que tenham passado por uma perda gestacional. As principais alterações propostas dizem respeito à internação em ala separada das gestantes e puérperas e ao atendimento multiprofissional,



que incluirá a presença de um psicólogo antes, durante e após o evento. A Proposição, portanto, reconhece a necessidade de atenção específica àquelas que passam por esse processo doloroso e considera o impacto emocional e psicológico dessa experiência.

O PL nº 2.099, de 2022, também aborda esse tópico, mas de forma mais minuciosa, uma vez que cria uma política pública completa, com objetivos específicos, diretrizes e atribuições divididas entre os diferentes níveis de governo, para tratar dessa questão.

No que diz respeito ao PL nº 2.715, de 2022, informamos que este adota uma perspectiva distinta daquelas encontradas nas propostas anteriores. Concentra-se na temática de cuidados paliativos durante o período pré-natal e neonatal, particularmente após o diagnóstico de malformações fetais graves no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa abordagem visa a prevenir e aliviar o sofrimento, por meio da identificação precoce, avaliação cuidadosa e tratamento adequado da dor e de outros sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.

Já o PL nº 1.344, de 2023, define diretrizes a serem seguidas na implementação enfermarias exclusivas para mulheres que tenham passado por situações de aborto. Isso inclui a organização de leitos de forma a proteger a privacidade e a intimidade das mulheres, bem como garantir espaços seguros, livres de julgamento.

Por fim, o PL nº 1.819, de 2023, também trata da provisão de acomodações separadas para mulheres que tenham vivenciado situações de aborto e óbito perinatal. Além disso, estabelece a priorização de atendimento psicológico para essas mulheres.

A perda gestacional é definida como a remoção do embrião ou do feto antes de atingida a viabilidade¹. É mais frequente do que se imagina e costuma ocorrer em 15 a 20% das gestações². É a complicação mais comum da gestação e acontece, predominantemente, entre oito e doze semanas

1 <https://rmmg.org/artigo/detalhes/2356#:~:text=A%20perda%20gestacional%20%C3%A9%20a,peso%20menor%20que%20500%20gramas.>

2 <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/mejc-ufrn/comunicacao/noticias/acoes-realizadas-na-mejc-auxiliam-os-familiares-a-superarem-a-perda-gestacional-e-neonatal>



gestacionais. O óbito fetal, por sua vez, é a morte do produto da concepção antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe, com peso ao nascer igual ou superior a quinhentos gramas³. No Brasil, o óbito fetal ocorre na frequência de cinco a quinze a cada mil nascimentos². Já o óbito neonatal é aquele que ocorre com crianças com menos de 28 dias. Constitui o mais importante componente da mortalidade infantil no Brasil, e tem como principais causas a asfixia, o baixo peso ao nascer, as afecções respiratórias, as infecções e a prematuridade⁴.

Nos estabelecimentos de saúde, uma realidade comum é o compartilhamento de espaços por mulheres que enfrentaram perdas gestacionais, óbitos fetais e neonatais, com aquelas que estão prestes a dar à luz ou já estão cuidando de seus bebês recém-nascidos. Essa situação gera um considerável sofrimento emocional para as mulheres que enfrentaram a dor da perda.

A exposição a esse contexto desafiador pode ser devastadora do ponto de vista psicológico, pois coloca essas mulheres em um ambiente que contrasta fortemente com as suas próprias experiências de luto e tristeza. A alegria do nascimento e os cuidados com os recém-nascidos, que são momentos de celebração para algumas, tornam-se lembretes dolorosos de sonhos interrompidos para outras.

Para mitigar esse sofrimento, é de suma importância que os estabelecimentos de saúde adotem medidas específicas. O oferecimento de ambientes separados e acolhedores é fundamental, pois permite que as mulheres que passaram por perdas tenham um espaço onde possam lidar com suas emoções de forma mais tranquila e longe de estímulos que poderiam reavivar a dor. Além disso, a disponibilização de equipe de profissionais treinados para atender às necessidades emocionais dessas mulheres é essencial. Esses profissionais podem fornecer apoio e orientação e ajudar as pacientes a enfrentarem o processo de luto.

Garantir ambientes diferenciados e suporte psicológico abrangente é uma medida humanitária que permite a essas mulheres começar

3 https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2010/prt0072_11_01_2010.html

4 <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/LSDJhgwkdq7wG9VwmnnLQHB/?lang=pt>



o processo de recuperação com maior estabilidade emocional. Por isso, consideramos todos os PLs meritórios. Sugeriremos a sua aprovação, nos termos do Substitutivo da CMULHER, ainda que, nas emendas propostas, tenhamos recomendado algumas exclusões e modificações textuais.

O nosso voto, portanto, é pela APROVAÇÃO dos Projetos de Lei nºs 1.640, de 2022, 2.099, de 2022, 2.715, de 2022, 1.344, de 2023, e 1.819, de 2023, nos termos do SUBSTITUTIVO da Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher, com as emendas anexas, que apenas aprimoram o texto adotado na Comissão anterior, sem promover mudanças significativas.

Sala da Comissão, em de de 2023.

Deputada JANDIRA FEGHALI
Relatora



COMISSÃO DE SAÚDE**SUBSTITUTIVO DA COMISSÃO DE DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER AO PROJETO DE LEI Nº 1.640, DE 2022**

Apensados: PL nº 2.099/2022, PL nº 2.715/2022, PL nº 1.344/2023 e PL nº 1.819/2023

Institui a Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental; altera a Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, para dispor sobre o registro de criança nascida morta; e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para tratar dos cuidados paliativos no período pré-natal e neonatal, após o diagnóstico de malformação fetal grave.

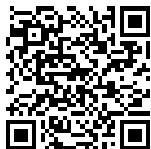
EMENDA Nº

Dê-se a seguinte redação à Ementa do Substitutivo ao Projeto de Lei nº 1.640, de 2022, e apensados, adotado pela Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher:

“Institui a Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental e altera a Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, para dispor sobre o registro de criança nascida morta.”

Sala da Comissão, em de de 2023.

Deputada JANDIRA FEGHALI
Relatora



COMISSÃO DE SAÚDE**SUBSTITUTIVO DA COMISSÃO DE DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER AO PROJETO DE LEI Nº 1.640, DE 2022**

Apensados: PL nº 2.099/2022, PL nº 2.715/2022, PL nº 1.344/2023 e PL nº 1.819/2023

Institui a Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental; altera a Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, para dispor sobre o registro de criança nascida morta; e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para tratar dos cuidados paliativos no período pré-natal e neonatal, após o diagnóstico de malformação fetal grave.

EMENDA Nº

Dê-se a seguinte redação ao art. 1º do Substitutivo ao Projeto de Lei nº 1.640, de 2022, e apensados, adotado pela Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher:

“Art. 1º Esta Lei institui a Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental e altera a Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, para dispor sobre o registro de criança nascida morta.”

Sala da Comissão, em de de 2023.

Deputada JANDIRA FEGHALI
Relatora



COMISSÃO DE SAÚDE**SUBSTITUTIVO DA COMISSÃO DE DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER AO PROJETO DE LEI Nº 1.640, DE 2022**

Apensados: PL nº 2.099/2022, PL nº 2.715/2022, PL nº 1.344/2023 e PL nº 1.819/2023

Institui a Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental; altera a Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, para dispor sobre o registro de criança nascida morta; e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para tratar dos cuidados paliativos no período pré-natal e neonatal, após o diagnóstico de malformação fetal grave.

EMENDA Nº

Suprima-se o art. 14 do Substitutivo ao Projeto de Lei nº 1.640, de 2022, e apensados, adotado pela Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher, renumerando-se o artigo seguinte.

Sala da Comissão, em de de 2023.

Deputada JANDIRA FEGHALI
Relatora



COMISSÃO DE SAÚDE**SUBSTITUTIVO DA COMISSÃO DE DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER AO PROJETO DE LEI Nº 1.640, DE 2022**

Apensados: PL nº 2.099/2022, PL nº 2.715/2022, PL nº 1.344/2023 e PL nº 1.819/2023

Institui a Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental; altera a Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, para dispor sobre o registro de criança nascida morta; e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para tratar dos cuidados paliativos no período pré-natal e neonatal, após o diagnóstico de malformação fetal grave.

EMENDA Nº

Substitua-se a expressão “pai” por “pai ou acompanhante de sua escolha”, no inciso II do art. 9º do Substitutivo ao Projeto de Lei nº 1.640, de 2022, e apensados, adotado pela Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher.

Sala da Comissão, em de de 2023.

Deputada JANDIRA FEGHALI
Relatora



COMISSÃO DE SAÚDE**SUBSTITUTIVO DA COMISSÃO DE DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER AO PROJETO DE LEI Nº 1.640, DE 2022**

Apensados: PL nº 2.099/2022, PL nº 2.715/2022, PL nº 1.344/2023 e PL nº 1.819/2023

Institui a Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental; altera a Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, para dispor sobre o registro de criança nascida morta; e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para tratar dos cuidados paliativos no período pré-natal e neonatal, após o diagnóstico de malformação fetal grave.

EMENDA Nº

Acrescente-se no Substitutivo ao Projeto de Lei nº 1.640, de 2022, e apensados, adotado pela Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher, o seguinte artigo, a ser posicionado imediatamente antes da respectiva cláusula de vigência:

"Art. O Poder Executivo regulamentará as presentes disposições no que lhe couber no prazo de noventa dias contados a partir da data de publicação desta Lei."

Sala da Comissão, em de de 2023.

Deputada JANDIRA FEGHALI
Relatora





CÂMARA DOS DEPUTADOS

COMISSÃO DE SAÚDE

PROJETO DE LEI Nº 1.640, DE 2022

III - PARECER DA COMISSÃO

Apresentação: 21/11/2023 18:14:29.660 - CSAUDE
PAR 1 CSAUDE => PL 1640/2022

PAR n.1

A Comissão de Saúde, em reunião extraordinária realizada hoje, mediante votação ocorrida por processo simbólico, concluiu pela aprovação do Projeto de Lei nº 1.640/2022, do PL 2099/2022, do PL 1344/2023, do PL 1819/2023 e do PL 2715/2022, apensados, na forma do substitutivo adotado pela Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher, com subemendas, nos termos do Parecer da Relatora, Deputada Jandira Feghali.

Registraram presença à reunião os seguintes membros:

Silvia Cristina e Pedro Westphalen - Vice-Presidentes, Abilio Brunini, Adriana Ventura, Ana Pimentel, Bruno Farias, Dr. Allan Garcês, Dr. Fernando Máximo, Dr. Francisco, Dr. Frederico, Dr. Zacharias Calil, Fernanda Pessoa, Flávia Moraes, Geraldo Resende, Ismael Alexandrino, Iza Arruda, Jandira Feghali, Juliana Cardoso, Leo Prates, Márcio Correa, Meire Serafim, Paulo Foletto, Rafael Simoes, Ruy Carneiro, Yury do Paredão, Alice Portugal, Bebeto, Daiana Santos, Diego Garcia, Dr. Jaziel, Florentino Neto, Luiz Lima, Misael Varella, Renilce Nicodemos, Ricardo Silva e Rosângela Moro.

Sala da Comissão, em 21 de novembro de 2023.

Deputado ZÉ VITOR
Presidente



COMISSÃO DE SAÚDE
SUBSTITUTIVO DA COMISSÃO DE DEFESA DOS DIREITOS DA
MULHER AO PROJETO DE LEI Nº 1.640, DE 2022

Apensados: PL nº 2.099/2022, PL nº 2.715/2022, PL nº 1.344/2023 e PL nº
1.819/2023

Institui a Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental; altera a Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, para dispor sobre o registro de criança nascida morta; e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para tratar dos cuidados paliativos no período pré-natal e neonatal, após o diagnóstico de malformação fetal grave.

SUBEMENDA ADOTADA Nº 1

Dê-se a seguinte redação à Ementa do Substitutivo ao Projeto de Lei nº 1.640, de 2022, e apensados, adotado pela Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher:

“Institui a Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental e altera a Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, para dispor sobre o registro de criança nascida morta”.

Sala da Comissão, em 21 de novembro de 2023.

Deputado **ZÉ VITOR**
Presidente



COMISSÃO DE SAÚDE
SUBSTITUTIVO DA COMISSÃO DE DEFESA DOS DIREITOS DA
MULHER AO PROJETO DE LEI Nº 1.640, DE 2022

Apensados: PL nº 2.099/2022, PL nº 2.715/2022, PL nº 1.344/2023 e PL nº
1.819/2023

Institui a Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental; altera a Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, para dispor sobre o registro de criança nascida morta; e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para tratar dos cuidados paliativos no período pré-natal e neonatal, após o diagnóstico de malformação fetal grave.

SUBEMENDA ADOTADA Nº 2

Dê-se a seguinte redação ao art. 1º do Substitutivo ao Projeto de Lei nº 1.640, de 2022, e apensados, adotado pela Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher:

“Art. 1º Esta Lei institui a Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental e altera a Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, para dispor sobre o registro de criança nascida morta”.

Sala da Comissão, em 21 de novembro de 2023.

Deputado **ZÉ VITOR**
Presidente



COMISSÃO DE SAÚDE

SUBSTITUTIVO DA COMISSÃO DE DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER AO PROJETO DE LEI Nº 1.640, DE 2022

Apensados: PL nº 2.099/2022, PL nº 2.715/2022, PL nº 1.344/2023 e PL nº 1.819/2023

Institui a Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental; altera a Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, para dispor sobre o registro de criança nascida morta; e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para tratar dos cuidados paliativos no período pré-natal e neonatal, após o diagnóstico de malformação fetal grave.

SUBEMENDA ADOTADA Nº 3

Suprima-se o art. 14 do Substitutivo ao Projeto de Lei nº 1.640, de 2022, e apensados, adotado pela Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher, renumerando-se o artigo seguinte.

Sala da Comissão, em 21 de novembro de 2023.

Deputado **ZÉ VITOR**
Presidente



COMISSÃO DE SAÚDE

SUBSTITUTIVO DA COMISSÃO DE DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER AO PROJETO DE LEI Nº 1.640, DE 2022

Apensados: PL nº 2.099/2022, PL nº 2.715/2022, PL nº 1.344/2023 e PL nº 1.819/2023

Institui a Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental; altera a Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, para dispor sobre o registro de criança nascida morta; e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para tratar dos cuidados paliativos no período pré-natal e neonatal, após o diagnóstico de malformação fetal grave.

SUBEMENDA ADOTADA Nº 4

Substitua-se a expressão “pai” por “pai ou acompanhante de sua escolha”, no inciso II do art. 9º do Substitutivo ao Projeto de Lei nº 1.640, de 2022, e apensados, adotado pela Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher.

Sala da Comissão, em 21 de novembro de 2023.

Deputado **ZÉ VITOR**
Presidente



COMISSÃO DE SAÚDE

SUBSTITUTIVO DA COMISSÃO DE DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER AO PROJETO DE LEI Nº 1.640, DE 2022

Apensados: PL nº 2.099/2022, PL nº 2.715/2022, PL nº 1.344/2023 e PL nº 1.819/2023

Institui a Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental; altera a Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, para dispor sobre o registro de criança nascida morta; e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para tratar dos cuidados paliativos no período pré-natal e neonatal, após o diagnóstico de malformação fetal grave.

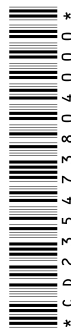
SUBEMENDA ADOTADA Nº 5

Acrescente-se no Substitutivo ao Projeto de Lei nº 1.640, de 2022, e apensados, adotado pela Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher, o seguinte artigo, a ser posicionado imediatamente antes da respectiva cláusula de vigência:

"Art. O Poder Executivo regulamentará as presentes disposições no que lhe couber no prazo de noventa dias contados a partir da data de publicação desta Lei."

Sala da Comissão, em 21 de novembro de 2023.

Deputado **ZÉ VITOR**
Presidente



PROJETO DE LEI N.º 636, DE 2024

(Do Sr. Amom Mandel)

Institui o Programa de Apoio Psicológico Permanente às Mulheres que Sofreram Aborto Espontâneo ou Óbito Fetal, no âmbito da rede de saúde do Brasil.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-1819/2023.



PROJETO DE LEI Nº , DE 2024

(Do Sr. AMOM MANDEL)

Institui o Programa de Apoio Psicológico Permanente às Mulheres que Sofreram Aborto Espontâneo ou Óbito Fetal, no âmbito da rede de saúde do Brasil.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º Fica instituído, no âmbito da rede de saúde do Brasil, o Programa Nacional de Apoio Psicológico Permanente às Mulheres que Sofreram Aborto Espontâneo ou Óbito Fetal, com o objetivo de prestar atendimento adequado às mulheres nessas condições.

Art. 2º O Programa contará com uma equipe multidisciplinar composta por profissionais das áreas de psicologia e assistência social, responsáveis por orientar, auxiliar e atender as mulheres em situação de abortamento ou óbito fetal.

Parágrafo único. Após constatado o aborto espontâneo ou óbito fetal na rede de saúde, o psicólogo deverá avaliar a paciente e, se necessário, encaminhá-la ao centro de atendimento psicológico mais próximo de sua residência para tratamento psicológico e acompanhamento pela assistência social junto à respectiva família.

Art. 3º Caberá ao Poder Executivo normatizar os procedimentos para a implementação deste Programa de Apoio Psicológico no âmbito nacional, conforme necessário.

Câmara dos Deputados | Anexo IV Gabinete 760 | – CEP: 70160-900 –
Brasília-DF

Tel (61) 3215-5760 | dep.amommandel@camara.leg.br





CÂMARA DOS DEPUTADOS

Gabinete do Deputado Federal **AMOM MANDEL – CIDADANIA/AM**

Art. 4º As despesas decorrentes da execução desta Lei correrão por conta das dotações orçamentárias próprias ou já existentes, consignadas no orçamento vigente, sujeitas a suplementação, se necessário.

Art. 5º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Sala das Sessões, em de de 2024.

Deputado AMOM MANDEL

Apresentação: 07/03/2024 16:39:46.117 - MESA

PL n.636/2024

Câmara dos Deputados | Anexo IV Gabinete 760 | – CEP: 70160-900 –
Brasília-DF

Tel (61) 3215-5760 | dep.amommandel@camara.leg.br



Para verificar a assinatura, acesse <https://infoleg-autenticidade-assinaturas.camara.leg.br/CD244305177000>
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Amom Mandel





JUSTIFICATIVA

O presente Projeto de Lei busca estabelecer o Programa de Humanização Permanente de Apoio Psicológico às Mulheres que Sofreram Aborto Espontâneo ou Óbito Fetal, visando proporcionar assistência psicológica e social às mulheres que enfrentaram essa situação dolorosa, dentro da rede de saúde do Estado do Amazonas.

É fundamental reconhecer que o aborto espontâneo e o óbito fetal representam momentos de grande vulnerabilidade emocional para as mulheres e suas famílias. Estudos têm demonstrado que essas experiências podem desencadear uma série de condições psicológicas adversas, como depressão, transtorno pós-traumático e síndrome do pânico, que impactam significativamente suas vidas e perspectivas futuras.

Diante desse cenário, é incumbência do Poder Público elaborar políticas eficazes para atender às necessidades dessas mulheres e suas famílias, oferecendo suporte psicológico e social adequado durante esse período de luto e abalo emocional.

Portanto, este Projeto de Lei propõe a criação de um Programa que não apenas ofereça assistência imediata às mulheres afetadas, mas também as encaminhe para centros de tratamento especializados, onde poderão receber o acompanhamento necessário para lidar com as consequências psicológicas do aborto espontâneo ou óbito fetal.





CÂMARA DOS DEPUTADOS

Gabinete do Deputado Federal **AMOM MANDEL – CIDADANIA/AM**

Nesse contexto, cumprimento e parabenizo a Deputada do meu querido Estado do Amazonas, Alessandra Campêlo, pela admirável iniciativa de propor projetos voltados para a pauta feminina. Sua dedicação e comprometimento em buscar soluções para questões tão relevantes como essa são verdadeiramente inspiradores. Como representante do povo, a Deputada Alessandra Campêlo demonstra uma profunda compreensão das necessidades e desafios enfrentados pelas mulheres no Amazonas. Sua coragem em enfrentar essas questões merece nosso mais sincero reconhecimento. É através de líderes como ela que avançamos rumo a uma sociedade mais justa e igualitária para todas as pessoas.

Por fim, conto com o apoio dos Nobres Pares para a aprovação desta iniciativa, considerando sua significativa relevância social para todas as mulheres do Brasil.

Sala das Sessões, em de de 2024.
Deputado AMOM MANDEL

Câmara dos Deputados | Anexo IV Gabinete 760 | – CEP: 70160-900 –
Brasília-DF

Tel (61) 3215-5760 | dep.amommandel@camara.leg.br



PROJETO DE LEI N.º 712, DE 2024

(Do Sr. Marx Beltrão)

Institui o direito das mulheres parturientes de receberem atenção integral à saúde nos casos de perda gestacional espontânea, natimorto e perda neonatal ou que tenham sido submetidas à violência obstétrica e dá outras providências.

DESPACHO:

APENSE-SE AO PL-1640/2022.

POR OPORTUNO, TENDO EM VISTA A EDIÇÃO DA RESOLUÇÃO DA CÂMARA DOS DEPUTADOS N. 1/2023, REVEJO O DESPACHO DE DISTRIBUIÇÃO APOSTO AO PROJETO DE LEI N. 1.640/2022, PARA O FIM DE DETERMINAR A SUA REDISTRIBUIÇÃO À COMISSÃO DE SAÚDE, EM SUBSTITUIÇÃO À COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA, MANTIDOS VÁLIDOS E EFICAZES EVENTUAIS PARECERES APROVADOS. PUBLIQUE-SE. [ATUALIZAÇÃO DO DESPACHO DO PL N. 1.640/2022: CMULHER, CSAUDE E CCJC (MÉRITO E ART. 54 DO RICD)].



PROJETO DE LEI Nº , DE 2024

(Do Sr. MARX BELTRÃO)

Institui o direito das mulheres parturientes de receberem atenção integral à saúde nos casos de perda gestacional espontânea, natimorto e perda neonatal ou que tenham sido submetidas à violência obstétrica e dá outras providências.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Fica instituído o direito das mulheres parturientes de receberem atenção integral à saúde, nas unidades prestadoras de serviço públicas e privadas de saúde, contratado ou conveniados, integrantes ou não do Sistema Único de Saúde (SUS), nos casos de perda gestacional espontânea, natimorto e perda neonatal, ou submetida à violência obstétrica.

§1º As unidades prestadoras de serviços públicos e privados de saúde deverão estabelecer protocolo de atenção integral à saúde da mulher parturiente, na prestação dos serviços compreendidos no *caput*, visando à formação, o autocuidado e à atualização de seus profissionais.

§2º As mulheres parturientes deverão ser atendidas por médico especialista em ginecologia e obstetrícia, com Registro de Qualificação de Especialista (RQE) devidamente cadastrado no Conselho Regional de Medicina.

§3º Os profissionais de saúde responsáveis pela prestação dos serviços compreendidos no *caput* deverão atuar mediante protocolo visando ao enfrentamento da dor, da perda e para não constranger as mulheres parturientes pelos danos gerados durante a gravidez, da morte do feto, no luto e na superação dos traumas.





CÂMARA DOS DEPUTADOS
Gabinete do Deputado Federal Marx Beltrão - PP/AL

§4º O direito estabelecido no *caput* será garantido durante os ciclos da gravidez, da morte do feto, da vivência do luto ou de adaptação à nova realidade.

§5º Para fins desta Lei, entende-se como violência obstétrica os atos ofensivos proferidos e praticados, verbal ou fisicamente, contra as mulheres gestantes ou parturientes, antes, durante ou após o parto.

Art. 2º As ações e serviços de atenção à saúde de gestantes, nos casos de perda gestacional espontânea, natimorto ou perda neonatal, oferecidos nas unidades prestadoras de serviços públicos e privadas de saúde, compreenderão os seguintes procedimentos:

- I. garantir à mãe e/ou pai assistência humanizada e igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios;
- II. oferecer acompanhamento psicológico e social à mãe e ao pai desde o momento do diagnóstico, constatado em exames médicos, e no decorrer da internação hospitalar, bem como no período pós-operatório;
- III. proporcionar à mãe em situação de perda gestacional, natimorto ou perda neonatal, acomodação separada das demais gestantes e puérperas, em ambiente adequado, nas dependências da unidade de prestação de serviços de saúde;
- IV. aplicar o protocolo de perda gestacional espontânea, natimorto e perda neonatal na execução dos atos clínicos e/ou cirúrgicos;
- V. identificar adequadamente à mãe e/ou acompanhante, de forma que não cause constrangimento ou sofrimento, distinta da identificação





das demais parturientes e/ou pacientes, inclusive na emergência e na enfermaria;

- VI. viabilizar a participação do pai e/ou de acompanhante indicado pela mãe durante os procedimentos de retirada do feto, num ambiente de acolhimento;
- VII. orientar sobre o registro do nome do natimorto e fornecimento da declaração de óbito;
- VIII. formalizar a comunicação da perda do feto à Unidade Básica de Saúde (UBS) ou à estratégia de Saúde da Família, pela unidade prestadora de serviço de saúde; e
- IX. encaminhar, após a alta hospitalar, para a Unidade Básica de Saúde (UBS), quando constatada a necessidade de assistência especializada para a mãe e/ou pai, fornecendo documento de referência e contra referência.

Art. 3º Nos casos de perda gestacional espontânea, após o período igual ou superior a 20 (vinte) semanas ou, se o feto tiver peso corporal igual ou superior a 500 (quinhentos) gramas ou estatura igual ou superior a 25 (vinte e cinco) centímetros, o destino da placenta e do feto somente será acordado pelos pais.

Parágrafo único. Se os pais optarem pela destinação do feto sob a responsabilidade da unidade hospitalar, o ato deverá ser formalizado por documento firmado pelos genitores.

Art. 4º A unidade prestadora de serviços públicos e privados de saúde deverá orientar os genitores ou responsáveis sobre os prazos para a retirada do feto e/ou dos produtos utilizados em fecundação e sobre a coleta de ácido desoxirribonucleico (DNA), para fins de direito hereditário, ou de registro fotográfico, coleta de mechas de cabelo e impressões digitais das mãos e dos pés.





CÂMARA DOS DEPUTADOS
Gabinete do Deputado Federal Marx Beltrão - PP/AL

Apresentação: 12/03/2024 16:17:23.717 - Mesa

PL n.712/2024

§1º No caso de os genitores optarem por realizar homenagens de despedida do bebê neomorto ou natimorto, e realização de sepultamento, mediante cerimônias e serviços de funerária convencional, a unidade hospitalar deverá oferecer um espaço específico na maternidade.

§ 2º É direito da parturiente a escolha sobre a doação do leite materno.

§ 3º É vedado dar destinação às perdas fetais de forma não condizente com a dignidade da pessoa humana.

Art. 5º Fica instituído o mês “Maio para Conscientização e Orientação sobre a Perda Gestacional e Violência Obstétrica” para esclarecer as mulheres sobre:

- I. a importância da proteção psicológica de mulheres vítimas de violência obstétrica e das famílias que passaram pelo trauma da perda gestacional, natimorto e perda neonatal;
- II. divulgação de palestras, seminários, campanhas e mobilizações referente as medidas preventivas para evitar futuros atos de violência obstétrica;
- III. sobre instituições públicas, privadas e organizações não governamentais que tenham a finalidade de atuar na proteção de mulheres vítimas da violência obstétrica; e
- IV. divulgação e distribuição gratuita de materiais de orientação sobre os temas abordados nesta Lei.

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





JUSTIFICAÇÃO

O objetivo desta proposição é garantir direitos às mulheres parturientes de natimorto que tiveram perda gestacional espontânea, perda neonatal ou que foram submetidas à violência obstétrica.

Ressalvo que, o direito das mulheres parturientes, estabelecido na forma deste Projeto de Lei, também está em consonância com a Política Nacional de Humanização e o proposto pela Rede Cegonha, que são Programas de Políticas Públicas do Governo Federal, atualmente executados no atendimento às mulheres durante a gravidez, o parto e o pós-parto.

Os direitos consagrados neste Projeto de Lei não acrescem despesas aos Estados, tendo em vista que pressupõe a prestação de serviços e estrutura já existentes e de pessoal técnico que já está em atividade nas unidades hospitalares, de forma que a sua implantação não está subordinada à comprovação de existência de condições técnicas e viabilidade econômica, e assim, fica dispensada a apresentação de estudos sobre o impacto orçamentário financeiro.

A violência obstétrica é uma realidade alarmante em muitas partes do mundo, incluindo o Brasil. Mulheres grávidas e em trabalho de parto são frequentemente submetidas a práticas médicas desumanas, negligência, discriminação e falta de respeito por seus direitos e escolhas.

Considerando a seriedade do problema enfrentado e a necessidade de protegermos as mulheres durante a gravidez, o parto e o pós-parto, solicito o apoio de meus Pares na análise e aprovação desta proposição.

Sala das Sessões, em de de 2024.

Deputado MARX BELTRÃO

(PP/AL)



FIM DO DOCUMENTO