

PARECER JURÍDICO

Análise do Projeto de Lei – Direito à Cesárea Eletiva e à Analgesia no Parto Normal

I – DO OBJETO

O Projeto de Lei em análise propõe garantir às gestantes atendidas pelo SUS no Estado de Santa Catarina o direito à cesariana eletiva a partir da 39ª semana de gestação, bem como o direito à analgesia em caso de parto normal, com base na autonomia da mulher. Estabelece ainda obrigações informativas às unidades de saúde e deveres aos profissionais médicos.

II -INTRODUÇÃO

O presente parecer versa sobre o Projeto de Lei de autoria da Deputada Estadual Ana Paula da Silva, conhecida como Deputada Paulinha, que tramita na Assembleia Legislativa do Estado de Santa Catarina. A proposta legislativa tem como objetivo assegurar às gestantes atendidas na rede pública estadual de saúde o direito de optar pela cesariana eletiva a partir da 39ª semana de gestação, bem como o direito à analgesia, mesmo quando a escolha for pelo parto normal.

A justificativa do projeto está alicerçada na autonomia reprodutiva da mulher, no respeito à dignidade da pessoa humana e no direito fundamental à saúde, conforme previsto na Constituição Federal e na Constituição do Estado de Santa Catarina. A autora fundamenta a proposta na Resolução nº 2.284/2020 do Conselho Federal de Medicina, que reconhece o direito da mulher de optar pela cesariana a partir da 39ª semana, desde que devidamente informada sobre riscos e benefícios. Também destaca que a garantia da analgesia no parto normal integra as políticas de humanização do parto, combatendo práticas de violência obstétrica e respeitando a dor e a vontade da gestante.

O projeto ainda prevê mecanismos de informação à população, como a obrigatoriedade de afixação de cartazes nos estabelecimentos de saúde com os direitos assegurados, e salvaguardas para a autonomia técnica do médico, permitindo o encaminhamento da parturiente a outro profissional em caso de objeção técnica fundamentada.

Para fins de abordagem do presente parecer, dividimos o tema em 2 capítulos:

- Capítulo I: Parto Cesariana Eletiva
- Capítulo II: Analgesia no Parto
- Capítulo III – Análise da Legislação estrangeira sobre cesárea eletiva e analgesia
-

CAPÍTULO I – DO DIREITO À CESARIANA ELETIVA A PARTIR DA 39ª SEMANA

Aspectos clínicos da cesariana eletiva a partir de 39 semanas e distinção da cesariana por indicação clínica (absoluta e relativa)

A cesariana eletiva por solicitação materna (CDMR – *Cesarean Delivery on Maternal Request*) consiste na operação cesariana realizada **sem indicação obstétrica específica**, a pedido informado da gestante, com ênfase no equilíbrio entre autonomia da mulher e segurança materno-fetal. Diferencia-se da cesariana **por indicação clínica**, quando existe **razão obstétrica ou clínica materna/fetal** que torna o parto operatório a via mais segura (ex.: placenta prévia, apresentação anômala persistente, sofrimento fetal agudo, entre outras).

No Brasil, a **Resolução CFM nº 2.284/2020** reconhece como **ético** o atendimento à vontade da gestante pela cesariana **a partir da 39ª semana completa**, preservadas a autonomia técnica do médico e a segurança do binômio materno-fetal. (CFM 2.284/2020 – PDF)

Neste parecer não se discute os benefícios e complicações do parto cesariana eletiva x parto normal, uma vez que cabe às Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia o estudo do tema.

Aspectos Constitucionais

O direito à escolha da via de parto, incluindo a **cesariana eletiva**, encontra respaldo direto no **princípio da dignidade da pessoa humana** (art. 1º, III, da Constituição Federal) e no **direito à autonomia e liberdade** (art. 5º, II e III, CF). A Carta Magna assegura que **ninguém será submetido a tratamento desumano ou degradante** e que **é livre o exercício de qualquer ato que a lei não proíba**.

"A dignidade da pessoa humana constitui-se em um núcleo essencial que informa e conforma todo o ordenamento jurídico, devendo orientar a interpretação e aplicação das normas." (STF, RE 466.343/SP, Rel. Min. Cezar Peluso) Fonte: Supremo Tribunal Federal

Assim, a gestante, **devidamente informada sobre riscos e benefícios**, pode **exercer sua autonomia** para optar por uma cesariana, ainda que não exista indicação médica estrita, desde que o procedimento seja realizado com segurança e seguindo protocolos técnicos.

A **Resolução CFM nº 2.144/2016** estabelece expressamente:

"Art. 1º É direito da gestante, nas situações eletivas, optar pela realização de cesariana, garantida por sua autonomia, desde que

tenha recebido todas as informações de forma pormenorizada sobre o parto vaginal e cesariana, seus respectivos benefícios e riscos."
Fonte: CFM – Resolução nº 2.144/2016

Portanto, sob a ótica constitucional e normativa ética, **a cesariana eletiva já é um direito da mulher**, não podendo o Estado, hospitais ou planos de saúde criar barreiras indevidas que limitem a sua autonomia, desde que respeitados critérios técnicos e éticos.

Além disso, os **direitos humanos** reforçam essa proteção: a **Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW)**, incorporada ao Brasil pelo Decreto nº 4.377/2002, garante que as mulheres tenham acesso a cuidados de saúde reprodutiva livres de coerção.

"Os Estados-Partes adotarão todas as medidas apropriadas para eliminar a discriminação contra a mulher na esfera dos cuidados médicos a fim de assegurar, em condições de igualdade entre homens e mulheres, o acesso a serviços médicos, inclusive os referentes ao planejamento familiar." (Art. 12, §1º, CEDAW)

Fonte: Decreto nº 4.377/2002

Evolução histórica do parto e do protagonismo da mulher

1) Antes da cesariana: parto como evento doméstico e protagonismo feminino

Por milênios, o parto foi um acontecimento doméstico, conduzido majoritariamente por mulheres — parteiras e redes femininas — em ambientes comunitários. Registros iconográficos e textuais do Egito, mundo greco-romano e tradição bíblica mostram a centralidade das parteiras e da mulher parturiente como sujeito do processo. A institucionalização da parteira treinada surge em contextos europeus tardo-medievais/modernos, quando ainda "o parto era essencialmente um assunto do lar". [Open Publishing UMass](#)

2) A "descoberta" e a viabilidade da cesariana

Até a Idade Moderna, cesarianas eram raras e quase sempre pós-mortem, visando salvar o feto. O primeiro relato amplamente citado de sobrevivência materna e neonatal é atribuído a **Jacob (Jakob) Nufer**, suíço, por volta de 1500 — marco simbólico da possibilidade de êxito do procedimento em mulheres vivas. Ainda que haja debate histórico, a narrativa é recorrente em acervos de referência como a **U.S. National Library of Medicine** e revisões acadêmicas recentes. nlm.nih.gov/1PMCacademic-med-surg.scholasticahq.com

Nos séculos XVIII e XIX multiplicam-se relatos de cesarianas com sobrevivência; nos EUA, um caso notável é o de **Elizabeth Bennett (1794)**. Mesmo assim, sucesso era exceção até os avanços de antisepsia, anestesia e transfusão. [WIRED+1](#)

3) A virada tecnológica e a ascensão do protagonismo médico

Três inovações mudaram a história obstétrica e transferiram gradualmente o “cenário do parto” do lar para o hospital, deslocando o protagonismo para a medicina:

(a) Fórceps obstétrico. Desenvolvido em segredo pela família **Chamberlen** (séc. XVII), seu uso difundiu-se a partir do século XIX, tornando-se instrumento ubíquo da obstetrícia operatória e símbolo da crescente intervenção médica. O acervo histórico do **Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG)** preserva os exemplares pioneiros. rcog.org.uk+1 citeseerx.ist.psu.edu/history.rcp.ac.uk

(b) Antissepsia e higiene das mãos. A partir de **Semmelweis** (1847) e, depois, **Lister**, cai drasticamente a febre puerperal; hospitais deixam de ser ambientes de alto risco e passam a oferecer vantagens reais de segurança. [NCBI Embryo Project Encyclopedia](#)

(c) Anestesia e analgesia. O éter (1846) e o clorofórmio (1847) entram no arsenal; o parto sob anestesia ganha aceitação social após o uso com a **Rainha Vitória**, em 1853, por **John Snow**, momento emblemático de legitimação da analgesia obstétrica. [McGill University PMC Financial Times O&G Magazine](#)

Essas inovações, somadas ao aperfeiçoamento da cesariana (técnicas uterinas, suturas, antibióticos, hemoterapia), consolidam a **medicalização do parto** nos séculos XIX-XX. Revisões clássicas destacam que, com anestesia, antissepsia, cirurgia e transfusão, a mortalidade materna cai e a prática desloca-se para hospitais, sob liderança de obstetras. [PMC](#)

No século XX, países desenvolvidos vivenciam uma transição maciça do **parto domiciliar** para o **parto hospitalar**; nos EUA, as estatísticas do **CDC/NCHS** documentam a queda histórica do domicílio e, nas últimas décadas, um pequeno recrudescimento dos nascimentos fora de hospital, refletindo um debate sobre escolhas e experiências de parto. [PMC+1 CDC+1](#)

4) “Violência obstétrica” e críticas à medicalização excessiva

A partir dos anos 1970-2000, emergem críticas à **excessiva intervenção** (episiotomias de rotina, fórceps desnecessários, cesarianas sem indicação, restrição de mobilidade, separação mãe-bebê). Em saúde global, o conceito de “**disrespect and abuse**” na assistência ao parto — frequentemente traduzido como **violência obstétrica** — ganha corpo com o relatório de **Bowser & Hill (2010)** e é reconhecido pela **OMS** em publicações dedicadas à **eliminação de desrespeito e abuso** e à **qualidade da experiência** do parto. Essas referências listam categorias como **abuso físico, cuidado não consentido, falta de confidencialidade, tratamento indigno, discriminação, abandono e detenção**. content.sph.harvard.edu/BioMed Central/WHO Apps

A literatura recente (revisões e estudos multicêntricos) documenta **prevalência e formas** de maus-tratos em serviços de maternidade, com impacto na busca por parto assistido e na segurança materno-neonatal. [PMC+1dash.harvard.edu](https://dash.harvard.edu)

5) Retomada do protagonismo da mulher e o paradigma da “experiência positiva de parto”

Em resposta, diretrizes internacionais passaram a enfatizar **cuidado respeitoso, centrado na mulher**, informação clara e **consentimento**. O marco de 2018 da **OMS** — *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience* — orienta sistemas de saúde a organizar a assistência com foco na **experiência positiva**, evitando intervenções sem indicação, promovendo liberdade de movimento, presença de acompanhante, alívio da dor conforme a vontade da mulher e contato pele a pele imediato. [WHO AppsNCBI+1](#)

A própria OMS reafirma que **todas as mulheres têm direito a uma assistência digna e respeitosa** durante a gestação e o parto, **livre de violência e discriminação** — base conceitual da humanização e da restituição do protagonismo feminino nas decisões (inclusive sobre via de parto e analgesia). [Organização Mundial da Saúde](#)

A classe médica, por sua vez, tem manifestado posições diversas quanto à ampliação da autonomia da paciente na escolha da via de parto. Muitos profissionais defendem a promoção do parto normal por razões clínicas e epidemiológicas. No entanto, a Resolução CFM nº 2.284/2020 reflete um consenso ético e técnico ao reconhecer o direito à cesariana eletiva a partir da 39ª semana, desde que mediante informação adequada.

O projeto respeita esse equilíbrio, ao:

- exigir orientação médica prévia,
- admitir contra-indicação técnica fundamentada,
- e permitir a objeção de consciência com encaminhamento a outro profissional.

Portanto, **respeita tanto a autonomia da gestante quanto a autonomia técnica do médico.**

A NORMA SOBRE O PARTO ELETIVO NO BRASIL E NO MUNDO:

Legislação no Brasil – nível federal e estadual

1. Projeto de Lei Federal (2019) – Senador Sérgio Petecão

Proposta que garante à gestante o direito à cesariana a partir da 39ª semana de gestação, mediante esclarecimento dos riscos e benefícios, com termo de

consentimento e registro no prontuário caso o médico não concorde [SpringerLink+15Legislação do Senado+15ACOG+15](#).

2. Lei Estadual de São Paulo (Lei 17.137/2019)

Garante à parturiente cesariana eletiva a partir da 39ª semana, com obrigação de consentimento livre e esclarecido, direito à analgesia no parto normal e placas informativas nas unidades de saúde [Legisweb+4Assembleia Legislativa de São Paulo+4Legislação do Senado+4](#).

3. Lei Estadual do Pará (Lei 9.016/2020)

Estabelece condições semelhantes: cesariana eletiva após 39 semanas, com informação prévia e consentimento, em sintonia com outras legislações estaduais [ACOG+10Legisweb+10Câmara Municipal de Foz do Iguazu+10](#).

4. Lei Municipal de Foz do Iguazu (Paraná) – Projeto aprovado em 2024

Permite escolher a cesariana a partir da 39ª semana, com informação adequada, direito à analgesia e comunicação através de cartazes em hospitais municipais [Assembleia MS+3Câmara Municipal de Foz do Iguazu+3Assembleia Legislativa de São Paulo+3](#).

5. Projeto em todo o Brasil (Câmara dos Deputados, 2021)

Seguiria linha federal, autorizando escolha da cesariana após 39 semanas, com consentimento e registro de discordância pelo médico [Birthrights+11Portal da Câmara dos Deputados+11al.to.leg.br+11](#).

Essas leis estão alinhadas ao Projeto de Santa Catarina, criando um movimento legislativo nacional que acompanha a Resolução CFM 2.284/2020.

Normas e jurisprudência internacionais

Estados Unidos

- O American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) recomenda que cesarianas eletivas não sejam realizadas antes de 39 semanas, e que a mulher seja informada sobre os riscos de gestações futuras após cesarianas repetidas [ACOG+1](#).
- Caso emblemático: **In re A.C. (1990)** — tribunal de Washington decidiu que não se pode impor cesariana sem consentimento informado, reforçando a integridade corporal e autonomia da gestante [Wikipedia+1](#).

Europa – Convenção Europeia de Direitos Humanos

Embora não exista legislação específica de cada país, a jurisprudência no Reino Unido reconhece que, sob o **artigo 8º da Convenção**, as mulheres têm o direito

de decidir as circunstâncias do parto, incluindo a via de nascimento, desde que informadas adequadamente [Birthrights](#).

Suécia e outros países europeus

A lei sueca não garante direito automático à cesariana eletiva; no entanto, diretrizes nacionais permitem atender o pedido da mulher se os motivos forem considerados suficientemente plausíveis e persistentes após apoio e informação especializada [MPPR+10PMC+10Assembleia MS+10](#).

Casos de restrição severa

Na Turquia, foi implementada proibição de cesarianas eletivas em hospitais privados sem justificativa médica, com aplicação de multa aos médicos que as realizassem desnecessariamente [France 24+1](#).

Comparativo sintético das legislações

Região / Normativa	Direito à cesariana a partir da 39ª semana?	Consentimento e informação	Direito à analgesia	Respeito à objeção médica
PLC Federal 2019 (Petecão)	✓	✓ termo registrado	✓	✓ encaminhamento
São Paulo (Lei 17.137/2019)	✓	✓ termo e prontuário	✓	✓ encaminhamento
Pará (Lei 9.016/2020)	✓	✓	(não menciona)	–
Foz do Iguaçu (2024)	✓	✓ placas informativas	✓	✓ encaminhamento
Santa Catarina (sua PL)	✓	✓	✓	✓ encaminhamento
EUA – ACOG / jurisprudência In re A.C.	✗ direito legal automático, mas respeita autonomia com	✓? prática médica	Analgesia discutida	✗ gravado em jurisprudência

Região Normativa	Direito à cesariana a partir da 39ª semana?	Consentimento e informação	Direito à analgesia	Respeito à objeção médica
	informação e 39 semanas			
Europa (Convenção – Reino Unido)	✗ direito explícito, mas proteção pelo direito à privacidade	☑	–	–
Suécia	✗ lei não concede direito, mas avalia caso a caso se argumentos forem contundentes	☑ apoio e informação	–	–
Turquia	✗ restrição legal severa (apenas emergencial)	–	–	–

Nos últimos anos, tem-se consolidado um **movimento social e político de afirmação da autonomia feminina na saúde reprodutiva**, apoiado em instrumentos internacionais de direitos humanos e na evolução do ordenamento jurídico brasileiro.

A **Constituição Federal de 1988**, ao consagrar a dignidade da pessoa humana e a liberdade individual, abriu espaço para reconhecer o direito da mulher de participar ativamente das decisões sobre seu corpo e seu parto.

No plano internacional, a **Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW)**, internalizada pelo Decreto nº 4.377/2002, obriga os Estados a assegurar às mulheres o acesso igualitário à saúde, sem coerção. No campo normativo interno, iniciativas como a **Lei do Acompanhante (Lei nº 11.108/2005)**, que garante à gestante o direito de ter um acompanhante durante o trabalho

de parto, parto e pós-parto, e a discussão legislativa sobre a **tipificação da violência obstétrica**, demonstram uma progressiva sensibilidade do Estado em proteger a autonomia reprodutiva.

Além disso, movimentos sociais e associações de mulheres têm denunciado práticas desumanizadoras e reivindicado respeito à escolha consciente da via de parto, gerando um ambiente político e jurídico cada vez mais voltado à centralidade da gestante no processo decisório.

CAPÍTULO II – DA ANALGESIA NO PARTO NORMAL E SEU MARCO LEGAL

A analgesia no parto normal constitui um dos avanços mais relevantes da obstetrícia moderna. Seu objetivo é aliviar ou suprimir a dor do trabalho de parto sem comprometer a segurança da mãe e do bebê. No Brasil, diretrizes como a da **FEBRASGO** e do **Ministério da Saúde** reconhecem a analgesia como um direito da gestante, desde que haja condições clínicas e infraestrutura adequadas, cabendo ao médico avaliar sua indicação em cada caso concreto.

A analgesia **não é obrigatória**, mas **deve ser facultada à gestante**, como parte do respeito à sua autonomia e à humanização do parto. A mulher tem o direito de ser informada sobre os métodos disponíveis, farmacológicos e não farmacológicos, e de decidir se deseja ou não utilizá-los. A escolha depende de fatores individuais: tolerância à dor, evolução do trabalho de parto, condições clínicas maternas e disponibilidade de equipe especializada (anestesiologista).

São benefícios da analgesia no trabalho de parto:

- **Alívio da dor:** melhora a experiência da parturiente, reduz ansiedade e sofrimento.
- **Favorece a participação ativa:** ao reduzir a exaustão causada pela dor intensa, a analgesia permite que a mulher esteja mais consciente e colaborativa no processo.
- **Melhora parâmetros fisiológicos:** a redução da dor pode diminuir liberação excessiva de catecolaminas, favorecendo a perfusão uteroplacentária.
- **Segurança materno-fetal:** em hospitais com anestesiologia adequada, a analgesia peridural/raquidiana apresenta alto perfil de segurança. (Fontes: FEBRASGO, [OMS – Recomendações de Humanização do Parto](#))

Possíveis malefícios e limitações

- **Prolongamento do parto:** alguns estudos mostram que a analgesia pode aumentar o tempo da fase expulsiva, embora sem impacto relevante em desfechos neonatais.

- **Necessidade de intervenções:** há associação com maior frequência de partos instrumentais (fórceps ou vácuo extrator).
- **Efeitos adversos maternos:** hipotensão, febre intraparto, retenção urinária, prurido ou cefaleia pós-raqui.
- **Risco raro de complicações graves:** como hematoma epidural ou lesão neurológica, mas com incidência muito baixa em serviços estruturados. (Fontes: Cochrane Review 2018 – Pain relief for women during childbirth, PubMed – Epidural analgesia in labor)

Portanto, a analgesia no parto normal deve ser compreendida como **um direito da mulher, não uma obrigação médica**. Sua indicação é preferencialmente eletiva, mediante consentimento informado, cabendo ao obstetra e anestesista esclarecer riscos e benefícios. Os avanços técnicos garantem elevado grau de segurança, de modo que a decisão final deve conjugar ciência médica com respeito à autonomia da parturiente.

Contexto Normativo e Direitos Fundamentais

Algumas legislações estaduais, como a do Pará e de São Paulo, já abrangem expressamente o direito à analgesia no parto normal. O Projeto de Lei Estadual nº 3005/2024, em tramitação em Minas Gerais, dispõe claramente:

“Art. 11 – A parturiente que optar pela realização do parto normal terá garantido o direito à analgesia, desde que apresente as condições clínicas adequadas e respeitado o parecer médico para o caso.”

“Art. 12 – Será punida ... toda ação de desrespeito à mulher, à sua autonomia, ... ou pela adoção de intervenções ... não autorizadas pela mulher...” [ResearchGate+12Assembleia Legislativa de Minas Gerais+12Portal DPESP+12](#)

Esse marco legal vincula o direito à analgesia à segurança clínica da parturiente, e estabelece punição para condutas que desrespeitem sua autonomia.

Resolução ANVISA nº 36/2008

Determina que todos os estabelecimentos de saúde devem dispor de material anestésico para parto normal e oferecer, conforme formações e protocolos, analgésicos — buscando reduzir práticas de sofrimento injustificado à gestante [Portal DPESP](#).

Diretrizes Nacionais do Ministério da Saúde

As Diretrizes Nacional de Assistência ao Parto Normal (Ministério da Saúde/MS) recomendam:

- Discussão prévia com a gestante sobre opções de analgesia, com esclarecimento dos riscos e benefícios (analgesia regional, opióides etc.) [ResearchGate+15Biblioteca Virtual em Saúde MS+15Portal DPESP+15](#).
- Reconhecimento de que a solicitação materna por analgesia constitui indicação suficiente, independentemente da fase do parto ou dilatação, desde que métodos não farmacológicos tenham sido esgotados [Biblioteca Virtual em Saúde MS](#).

Integração com o Direito à Saúde e à Autonomia da Mulher

O direito à analgesia no parto normal reforça o direito à saúde (art. 6º e 196 da CF) e à dignidade da pessoa humana (art. 1º, III). A ausência de analgesia, quando indicada e solicitada, pode configurar omissão estatal e afronta à dignidade da gestante.

Sob o Código Civil, a autonomia da vontade (arts. 104 e 421) e a responsabilidade profissional exigem que a decisão informada da paciente seja respeitada, desde que não contrarie contra-indicações técnicas. O médico, por sua vez, deve respeitar sua autonomia técnica e registrar eventuais justificativas em prontuário.

Embora a Resolução CFM 2.284/2020 trate prioritariamente da escolha da via de parto, entende-se que a garantia da analgesia no parto normal integra os princípios da humanização, beneficiando a paciente sem violar o exercício ético da profissão.

Violência Obstétrica: omissão da analgesia como forma de violência

Leis estaduais como a do Paraná (Lei 19.701/2018) e do Piauí (Lei 7.750/2022) definem violência obstétrica como práticas de desrespeito à autonomia, intervenções desnecessárias ou não consentidas, inclusive parcela omissiva — como recusa ou restrição arbitrária da analgesia [APM+5Assembleia Legislativa do Paraná+5Portal DPESP+5](#).

Pesquisas revelam que uma em cada quatro brasileiras já sofreu violência obstétrica, frequentemente expressa por intervenções não justificadas ou resistência à analgesia, mesmo quando clinicamente indicada [ResearchGate+1](#).

Esse cenário reforça a necessidade de normatizar e punir a omissão de analgesia como violação de direitos.

DA ESTRUTURA DE ANESTESIOLOGIA NOS HOSPITAIS E DA ATUAÇÃO DO ANESTESISTA EM PARTOS

A segurança da assistência obstétrica depende da existência de equipe multiprofissional completa e da observância das normas éticas e legais sobre a atuação do anestesologista.

A **Resolução CFM nº 2.174/2017**, em seus artigos 2º e 3º, impõe ao Diretor Técnico do hospital a obrigação de assegurar condições mínimas para a realização segura de anestesia, o que inclui a presença ou disponibilidade de anesthesiologista capacitado de plantão. O **artigo 1º, inciso IV** da mesma norma estabelece que é vedado ao anesthesiologista realizar anestésias simultâneas em pacientes distintas, reforçando que cada paciente deve ter monitoramento individual e contínuo. sogesp.com.br+3sistemas.cfm.org.br

O **Parecer CFM nº 06/2019** reforça que a analgesia de parto é **ato médico exclusivo**, classificado como **procedimento de urgência** e não eletivo, exigindo avaliação e monitorização adequadas da parturiente. Já o **Parecer CFM nº 4/2021** estabelece que partos com analgesia regional devem obrigatoriamente ser acompanhados por médico obstetra habilitado, sendo inadmissível a condução apenas por enfermeiros ou obstetras. Cremerj+11sistemas.cfm.org.br+11sistemas.cfm.org.br+11cremeb.org.br.

A **RDC ANVISA nº 36/2008** determina que maternidades devem dispor de equipe mínima composta por obstetra, anesthesiologista e pediatra. Da mesma forma, resoluções regionais, como a **CREMERJ nº 325/2021**, exigem a presença contínua desses profissionais para garantir segurança materno-fetal. Cremerj+12sistemas.cfm.org.br+12academiamedica.com.br+12.

O **Parecer CREMEB nº 01/2020** enfatiza que o anesthesiologista não deve se ausentar do ambiente até a estabilização da parturiente ou transferência segura de cuidados, reforçando a responsabilidade integral do médico durante o procedimento. sistemas.cfm.org.br+4sistemas.cfm.org.br+4cremeb.org.br+4.

Apesar da ampla disponibilidade de analgesia peridural em maternidades, a carência de anesthesiologistas em algumas regiões compromete a presença contínua. Por isso, o **CFM, CRMs e a Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA)** recomendam a elaboração de **protocolos institucionais**, prevendo escalas de cobertura e reserva de anesthesiologistas para emergências obstétricas.

Em situações excepcionais, como urgência obstétrica concomitante (ex.: necessidade imediata de cesariana enquanto outra paciente está sob analgesia), admite-se que o anesthesiologista atue simultaneamente em dois procedimentos, desde que:

- a situação seja **formalmente registrada em prontuário**;
- o fato seja **comunicado ao Diretor Técnico**;
- e seja acionado substituto ou plantonista de sobreaviso.

O conjunto normativo confirma que:

- a **presença de anesthesiologista** é obrigatória em partos com analgesia;
- há **proibição de anestésias simultâneas**, salvo situações excepcionais, devidamente justificadas e documentadas;
- a **supervisão médica obstétrica** é indispensável em partos com analgesia regional.

Portanto, o **Projeto de Lei estadual** que assegura o direito à analgesia precisa reforçar expressamente tais requisitos, para alinhar-se às normativas nacionais e garantir a **segurança materna e neonatal**.

CAPÍTULO III – ANÁLISE DA LEGISLAÇÃO ESTRANGEIRA SOBRE CESÁREA ELETIVA E ANALGESIA

1. Reino Unido (Convenção Europeia / NICE / RCOG)

- O **NICE (National Institute for Health and Care Excellence)** e o **Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG)** recomendam que gestantes que solicitem cesariana eletiva após receber informação adequada sobre riscos e benefícios devem ter esse pedido acolhido [PMCWikipedia+3Birthrights+3The Guardian+3](#).
- A jurisprudência do **sistema legal britânico**, apoiada no **art. 8º da Convenção Europeia de Direitos Humanos**, reconhece o direito da mulher de decidir sobre as circunstâncias do parto, incluindo a via de nascimento, desde que informada e consultada previamente [BirthrightsSpringerLink](#).

2. Estados Unidos

- Embora não haja legislação federal específica garantindo o direito à cesariana eletiva por demanda materna, o **ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists)** recomenda que cesarianas eletivas não sejam realizadas antes das 39 semanas e que deve haver informação completa à paciente sobre riscos (inclusive relacionados a gestações futuras) [The Guardian+9Wikipedia+9Nature+9](#).
- A jurisprudência **In re A.C. (1990)**, do Tribunal de Washington, determina que a cesariana não pode ser imposta à gestante sem seu consentimento informado, reforçando a inviolabilidade da integridade física da mulher.

3. Turquia

- Em 2012, o Parlamento turco aprovou legislação restringindo severamente cesarianas eletivas; **desde 2025**, o país proibiu esse tipo de parto em hospitais privados, impondo **multas a médicos que realizem cesarianas sem indicação clínica** [PMC+1](#).

- Trata-se de modelo legal **restritivo**, contrário à autonomia materna, invertendo a lógica adotada no Brasil e no Reino Unido.

4. Austrália e outros países de padrão similar

- O sistema australiano orienta que a cesariana eletiva seja **planejada após informação médica e justificativa clínico-ocupacional**, mas **não estabelece direito automático** à escolha materna. A decisão depende do contexto clínico individual e das recomendações médicas PMObstetanesesthesia.com+15The Sun+15thetimes.co.uk+15.

Comparativo Internacional

País / Jurisdição	Direito à Cesárea por Pedido Materno	Requisito de Informação e Consentimento	Analgesia no Parto Normal	Restrição a CDMR
Reino Unido (NICE / RCOG)	✓ com informação e consulta	✓ sim	✓ implícito na assistência humanizada	—
EUA (ACOG e jurisprudência)	✓ se consentida	✓ sim	✓ discutida na clínica	—
Turquia	✗ proibida sem indicação médica	—	—	✓ altas penalidades
Austrália	✗ depende da avaliação médica	✓ sim	✓ conforme protocolos	—

Conclusão

O Projeto de Lei analisado representa um avanço significativo na consolidação dos direitos da gestante, ao reconhecer sua autonomia quanto à via de parto e ao uso da analgesia obstétrica. Contudo, **carece de complementação normativa quanto à sua aplicabilidade prática no âmbito da rede pública de saúde**, sob pena de limitar-se a um enunciado formal sem eficácia material.

Para que a lei alcance plena efetividade, é imprescindível prever **critérios técnicos mínimos e estrutura adequada**, capazes de assegurar a segurança do binômio materno-fetal e a viabilidade do atendimento. Nesse sentido, destacam-se como pontos a serem complementados:

1. **Estabelecimento de parâmetros clínicos objetivos para aferição da idade gestacional de 39 semanas**, com base em protocolos oficiais e reconhecidos, de modo a uniformizar a prática médica e evitar interpretações divergentes.
2. **Garantia de equipe médica completa**, incluindo a presença de **anestesiologista em sala de parto**, assegurando à gestante o efetivo exercício do direito à analgesia.
3. **Previsão de que o anestesiologista possa acompanhar mais de uma parturiente em trabalho de parto** na mesma unidade, desde que observados critérios de segurança assistencial e tempo-resposta adequados.
4. **Obrigatoriedade da presença de anestesiologista exclusivo no centro cirúrgico durante a realização de cesariana**, evitando a sobreposição de funções e garantindo condições de segurança anestésica.

Todavia, ressalta-se que alguns desses dispositivos extrapolam a esfera meramente legislativa e adentram o campo da **regulação técnica e ética da profissão médica**, competência do **Conselho Federal de Medicina (CFM)**. Assim, temas como a **atuação simultânea do anestesiologista em mais de uma parturiente**, os **critérios para fixação da idade gestacional de 39 semanas**, bem como o **dimensionamento da equipe anestésica em centro cirúrgico**, demandam **consulta e regulamentação conjunta pelo CFM**, em diálogo com a **Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA)** e a **FEBRASGO**.

Somente a partir dessa construção conjunta entre **Legislativo, gestores públicos e entidades médicas** será possível conferir plena validade, eficácia e segurança ao Projeto de Lei, garantindo que a autonomia da mulher seja efetivamente respeitada sem comprometer a ética profissional nem a segurança da assistência obstétrica.

É o parecer

Florianópolis, 20 de agosto de 2025

Vanessa Vieira Lisboa

OAB/SC 28.360