



CÂMARA MUNICIPAL DE UNAÍ-MG

COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO, LEGISLAÇÃO, JUSTIÇA, REDAÇÃO E DIREITOS HUMANOS.

PARECER N.º /2021.

PROJETO DE LEI N.º 46/2021.

ASSUNTO: Garante à gestante a possibilidade de optar pelo parto cesariana, a partir da trigésima nona semana de gestação, bem como a analgesia mesmo escolhido o parto normal no município de Unaí e da outras providências.

AUTOR: VEREADOR EUGÊNIO FERREIRA.

RELATORA: VEREADORA DORINHA MELGAÇO (DESIGNADA PELO PRESIDENTE COMO RELATORA DE PLENÁRIO)

Relatório

De iniciativa do nobre Vereador Eugênio Ferreira, o Projeto de Lei n.º 76/2021, tem o objetivo de garantir à gestante a possibilidade de optar pelo parto cesariana, a partir da trigésima nona semana de gestação, bem como a analgesia mesmo escolhido o parto normal no município de Unaí e da outras providências.

Considerando que o Projeto não recebeu parecer de nenhuma das Comissões Temáticas a que foi distribuído, deu-se, por ordem regimental, especificamente o disposto no parágrafo 3º do artigo 144 do Regimento Interno, a indicação de um Vereador para apresentar Parecer de Plenário.

Fundamentação



CÂMARA MUNICIPAL DE UNAÍ-MG

1. A análise desta Relatora de Plenário tem o dever de apresentar sua **opinião individual** sobre o tema longe de ser um tratado de constitucionalidade sobre o mesmo, ainda que isso seja também alvo da Câmara Municipal de Unai, em sede da competente Comissão de Constituição, Legislação, Justiça, Redação e Direitos Humanos, porém quando este projeto tramitou na citada Comissão deu-se que a Vereadora Andréa Machado (autodesignada em 7 de junho de 2021) perdeu prazo para relatar, assim como o novo Relator Vereador Professor Diego, (designado em 2 de agosto de 2021). De igual modo se deu a perda de prazo dos Vereadores Valdimix Silva (designado em 23 de agosto de 2021) e Petrônio Nego Rocha (designado em 8 de setembro de 2021) na Comissão de Finanças, Tributação, Orçamento e Tomada de Contas. Seguidamente perderam prazo para relatar esta matéria, para falar no mérito em sede de Comissão de Educação, Saúde, Saneamento e Assistência Social o Vereador Alino Coelho (designado em 16 de setembro de 2021) e Vereador Silas Professor (designado em 4 de outubro de 2021)
2. Diante disso, viu-se o Presidente da Câmara na competência de designar esta Vereadora na qualidade de Relatora de Plenário, para apresentar sua visão parlamentar sobre o tema que traz tantos sofrimentos para as gestantes na hora dos respectivos partos.
3. Diante da importância de tudo que envolve o direito das mulheres, venho apresentar a preocupação com o respectivo tema e parabenizo o Autor por estar envolvido no enfrentamento de tão relevante causa, qual seja, o sofrimento da mulher carente na hora de realizar o parto de seus filhos na rede pública de saúde.
4. O Município de Unai, como os demais do Brasil, presta serviços às parturientes que, muitas vezes, não têm condições de recorrer a um tratamento particular na rede particular de saúde.
5. Consta do artigo 8º da **Lei Federal n.º 8.069, de 13 de julho de 1.990**, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências, que as mulheres têm garantia ao acesso em programas e políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo e, às gestantes, nutrição adequada, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde. E, ainda, que a gestante tem direito a acompanhamento saudável durante toda a gestação e **parto**



CÂMARA MUNICIPAL DE UNAÍ-MG

natural cuidadoso, estabelecendo-se a aplicação de **cesariana** e outras intervenções cirúrgicas por motivos médicos. (parágrafo 8º do artigo 8º da Lei n.º 8.069/90)

6. Resta claro que a o que a Lei Federal citada prevê a garantia à parturiente de ter um parto natural cuidadoso, e estabelece-se a cesariana no caso de **motivos médicos**. Fica claro que a Lei Federal tem uma ordem diferente da que é discutida neste Parecer, porém, o tema foi elevado à Corte Suprema que analisou a iniciativa de lei que trata do direito a vida, conforme vamos adentrar no discorrer deste Parecer.

Da Existência de Projeto sobre o Tema em Tramitação na Câmara Federal:

7. Merece o importante registro, em sede deste Parecer, que se encontra em tramitação na Câmara Federal o Projeto de Lei n.º 768/2021 que garante à mulher direito de optar por cesariana ou de ser anestesiada no parto normal. Segundo o texto, a cesariana só será permitida após a 39ª semana de gestação, e desde que a parturiente esteja ciente dos benefícios do parto normal e dos riscos do procedimento cirúrgico. O Projeto de Lei 768/21 garante à gestante atendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) o direito de optar pelo parto por cesariana e, em caso de parto normal, de receber anestesia caso não haja impedimentos médicos.

8. Segundo o texto do PL 768/2021, a cesariana só será permitida após a 39ª semana de gestação, e desde que a parturiente esteja ciente dos benefícios do parto normal e dos riscos do procedimento cirúrgico. Cesarianas antes de 39 semanas poderão ocorrer quando a gestação envolver risco à mulher ou ao feto.

9. O Autor do projeto, o deputado Neucimar Fraga (PSD-ES) argumenta que a lei precisa garantir apoio às gestantes, principalmente as de baixa renda social. “Para que sejam atendidas de forma digna e que tenha assegura do direito de optar pelas cirurgias cesáreas. Muitas mulheres ‘pobres’ acabam prejudicadas em partos normais forçados, sofrendo horas de dor”, relata.

10. E, ainda, segundo o autor, sem sua justificativa cerca de 1.575 mulheres perderam a vida no parto em 2019. “Há casos de morte materna em alguns municípios justamente porque não existe a possibilidade de cesariana”, completa ele.



CÂMARA MUNICIPAL DE UNAÍ-MG

Complementa, ainda, o Autor que segundo dados do Portal de boas práticas em saúde da mulher, da criança e do adolescente (Fiocruz) apontam que cerca de 20% das causas de óbitos maternos relaciona-se à hipertensão arterial provocada pela gravidez; 12%, à hemorragias; 7%, à infecção puerperal; e 5%, ao aborto. A pesquisa demonstra que 92% dos óbitos poderiam ter sido evitados pela cesariana no momento certo.

De Projeto de Lei Idêntico Aprovado no Estado de São Paulo

11. Tramitou na Assembleia do Estado de São Paulo matéria idêntica a que estou relatando, foi o **Projeto de Lei n.º 435/2019**, de autoria da deputada estadual Janaina Paschoal, que visa permitir que a mãe que optar por ter seu filho por parto normal também tenha a decisão respeitada.

12. Segundo a Deputado e Autora Janaina Paschoal: “o projeto atende num primeiro momento às mulheres, mas garante a vida e a integridade física das famílias. Muitos bebês morrem em virtude da imposição de um parto normal que, muitas vezes, é inviável. Também para preservar a saúde psicológica, física e emocional das mulheres. Atendi muitas mulheres que não tiveram seus desejos respeitados e perderam seus bebês, perderam seu desejo de serem mães.”

13. Durante a tramitação do projeto na Alesp, o **Conselho Regional de Medicina de São Paulo** (Cremesp) se posicionou a favor, afirmando que defende o princípio da autonomia da paciente.

14. Já a **Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo** (Sogesp) emitiu uma nota dizendo que a proposta não está clara e que falta embasamento científico para comprovar que o maior acesso a cesáreas diminuiria a mortalidade materna ou dos bebês. Afirmou que: *"Está sendo colocado como justificativa que a mulher pede uma cesárea, [mas] a cesárea não é feita, e ela morre, o filho dela morre"*, afirmou a presidente da Sogesp, Rossana Francisco. *"Mas não existe nenhum embasamento técnico que justifique isso. A gente tem que separar uma situação que pode ser de má assistência de outra situação que seria falta de acesso a cesáreas indicadas."*

15. O Núcleo de Defesa da Mulher (Nudem) da **Defensoria Pública de São Paulo** também divulgou parecer técnico contrário ao projeto, assinado por diversas profissionais da área da saúde.

16. No Estado de São Paulo tornou-se vigente a Lei n.º 17.137, de 23 de agosto de 2019, que garante à parturiente a possibilidade de optar pela cesariana, a partir de 39 (trinta e nove)



CÂMARA MUNICIPAL DE UNAÍ-MG

semanas de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal e encontra-se atualizada depois de decisão do STF em sede do RE n.º 1.309.195). Segue a íntegra da Lei do Estado de São Paulo:

Lei n.º 17.137, de 23 de agosto de 2019

Garante à parturiente a possibilidade de optar pela cesariana, a partir de 39 (trinta e nove) semanas de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal

O GOVERNADOR DO ESTADO DE SÃO PAULO:

Faço saber que a Assembleia Legislativa decreta e eu promulgo a seguinte lei:

Artigo 1º *A parturiente tem direito à cesariana a pedido, devendo ser respeitada em sua autonomia*

§ 1º *A cesariana a pedido da parturiente só será realizada a partir de 39 (trinta e nove) semanas de gestação, após ter a parturiente sido conscientizada e informada acerca dos benefícios do parto normal e dos riscos de sucessivas cesarianas.*

§ 2º *A decisão deverá ser registrada em termo de consentimento livre e esclarecido, elaborado em linguagem de fácil compreensão.*

§ 3º *Na eventualidade de a opção da parturiente pela cesariana não ser observada, ficará o médico obrigado a registrar as razões em prontuário.*

Artigo 2º *A parturiente que optar ter seu filho por parto normal, apresentando condições clínicas para tanto, também deverá ser respeitada em sua autonomia.*

Parágrafo único *Garante-se à parturiente o direito à analgesia, não farmacológica e farmacológica.*

Artigo 3º *Nas maternidades, nos hospitais que funcionam como maternidades e nas instituições afins, será afixada placa com os seguintes dizeres: “Constitui direito da parturiente escolher a via de parto, seja normal, seja cesariana (a partir de trinta e nove semanas de gestação)”.*

Artigo 4º *O médico sempre poderá, ao divergir da opção feita pela parturiente, encaminhá-la para outro profissional.*

Artigo 5º *As despesas decorrentes da execução desta lei correrão à conta das dotações orçamentárias próprias.*

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



CÂMARA MUNICIPAL DE UNAÍ-MG

Palácio dos Bandeirantes, 23 de agosto de 2019.

JOÃO DORIA

José Henrique Germann Ferreira

Secretário da Saúde

Rodrigo Garcia

Secretário de Governo

Antonio Carlos Rizeque Malufe

Secretário Executivo, respondendo pelo expediente da Casa Civil.

Publicada na Assessoria Técnica da Casa Civil, em 23 de agosto de 2019.

17. Ocorre que a citada Lei de São Paulo foi questionada em sede do Tribunal de Justiça de São Paulo, via Ação Direta de Inconstitucionalidade ajuizada pelo Partido Trabalhista Brasileiro – PTB.

18. A inconstitucionalidade da Lei n.º 17.137, de 23 de agosto de 2019, foi aprovada por unanimidade entre os 25 membros do Órgão Especial do TJ-SP, que seguiram voto do relator. A chamada 'Lei da Cesárea' havia sido sancionada pelo governador João Doria (PSDB) em agosto de 2019.

19. O Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo decidiu pela inconstitucionalidade da Lei n.º 17.137/2019, que liberava as cesáreas sem indicação médica no estado de São Paulo. A chamada "Lei da Cesárea" tinha sido sancionada em agosto de 2019 pelo governador João Doria (PSDB), após o projeto ter sido aprovado em regime de urgência pela Assembleia Legislativa de São Paulo (Alesp), em proposição feita pela deputada Janaína Paschoal (PSL).

20. Ao analisar o processo, o Órgão Especial do TJ-SP entendeu que a lei paulista invade a competência legislativa da União, conforme indicou a ação movida pelo Partido Trabalhista Brasileiro (PTB), que contestava a validade da medida na Justiça.

21. "A lei estadual em foco usurpou, invadiu, a esfera de competência da União, que já havia disciplinado a matéria como norma geral, e que estabelece diretrizes daquele objeto da Lei 17.137/2019, restando afastada, com isso, a hipótese de competência legislativa por parte do Estado de São Paulo", argumentou o relator do processo no TJ-SP, desembargador Alex

Zilenovski. O voto do relator foi seguido pelos 25 membros do Órgão Especial do TJ-SP que, por unanimidade, consideraram que a lei sancionada por João Doria (PSDB) extrapola os limites constitucionais do estado de São Paulo.

22. A ação direta de inconstitucionalidade protocolada pelo PTB questionava a lei em três pontos da "Lei da Cesárea" em São Paulo:

1. a competência do estado em legislar sobre um tema que seria federal;
2. o aumento de despesa pública sem que tenha sido especificado de onde virá o recurso no orçamento;
3. e a adoção de uma política pública que colocaria a mulher e a criança em maior risco.

23. Na ocasião em que contestou a "Lei da Cesárea" na Justiça, o Deputado Campos Machado havia afirmado que o projeto era inconstitucional *"porque fere o artigo da Constituição que reserva à União a edição de normas gerais sobre a saúde. Infringiu de maneira grotesca. Além disso, alegou como poderia haver um projeto que implica a criação de despesas? Não consta onde estão os recursos disponíveis"*.

24. O deputado Campos Machado também declarou, na época, que governo de São Paulo não considerou o parecer técnico contrário enviado pela Defensoria Pública do Estado sobre o projeto antes de sancioná-lo.

25. Ocorre que a Mesa Diretora da Assembleia Legislativa de São Paulo ajuizou **Recurso Extraordinário n.º 1309195** junto ao Supremo Tribunal Federal que foi relatado pelo Ministro Ricardo Lewandowski, que decidiu pela constitucionalidade da Lei 17.137/2019 de São Paulo, sendo portanto aplicável ao Estado de São Paulo.

Do Projeto de Unai sob Análise:

26. O Projeto prevê que a cesariana eletiva só será realizada a partir de 39 (trinta e nove) semana de gestação após ter parturiente sido conscientizada e informada acerca dos benefícios do parto normal e riscos de sucessivas cesarianas. Vê-se que se trata de uma opção e não de uma obrigatoriedade. Assim, a mulher terá que manifestar a sua vontade de ter um parto cesariana.

Este Projeto não especifica se o âmbito da garantia **é no sistema público e privado de saúde**, restando tal informação totalmente aberta. Ocorre que o sistema privado de saúde já tem essa faculdade e as gestantes decidem sobre o parto que querem ter, com exceção do momento em que estão em risco de saúde para si e/ou para o bebê que a definição vem do profissional. Registr-se por relevante que existe uma **RECOMENDAÇÃO Nº 011, DE 07 DE MAIO DE 2021** do Conselho Nacional de Saúde que Recomenda orientações ao Poder Executivo Federal sobre o Programa Parto Adequado com abrangência aos hospitais particulares e planos de saúde.

27. Diante disso, o projeto não está estruturado para regular o tema, merecendo emenda a fim de restringir a sua abrangência ao **sistema público de saúde. Sobre a conduta do médico em sede da iniciativa privada consta que o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou a Resolução n.º 2.284/20** que traz a definição exata do período gestacional que, após cumprido, permite ao médico, eticamente, atender à vontade da mulher de realizar parto cesariano, nas situações de risco habitual. Pela norma, esse procedimento pode acontecer a partir da 39ª semana completa de gravidez.

28. A norma foi editada para garantir a segurança do feto e dirimir eventuais dúvidas sobre a delimitação da idade gestacional. Por meio dela, o CFM ressalta que a cesariana a pedido da gestante somente pode ser realizada a partir do 273º dia de gestação, devendo haver registro em prontuário. Com a publicação, foi revogada a Resolução do CFM n.º 2.144/16. Sobre o tema, deu-se que “o cálculo da idade gestacional é baseado na regra de Naegele, que estima a duração da gravidez em 280 dias, e postergar a interrupção eletiva da gestação por cesariana até se completarem as 39 semanas reduz principalmente o risco neonatal de morbidade respiratória”, afirma Ademar Carlos Augusto, conselheiro relator da resolução e coordenador da Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia (CTGO) do CFM. Quando indagada sobre o tema: “A CTGO afirmou que ‘a partir da 39ª semana’, tendo em vista que alguns a interpretavam como 38 semanas completas mais alguns dias de gestação, e outros como 39 semanas completas”, explica Ademar Augusto. Segundo ele, a Resolução veio para dirimir essa dúvida, conferindo maior segurança ao médico assistente e ao binômio materno-fetal. A literatura médica indica que a realização do parto cesáreo eletivo a partir de 39 semanas completas de gestação evita complicações que demandam cuidados em unidades de tratamento intensivo neonatal, estando os distúrbios respiratórios, metabólicos e neurológicos entre os mais frequentes em recém-nascidos.



CÂMARA MUNICIPAL DE UNAÍ-MG

“Portanto, a Resolução aprovada pelo CFM pacificou a idade gestacional de 39 semanas completas como padrão de segurança para a cesárea eletiva. Com essa norma, os médicos ficam respaldados em suas condutas e ganham um argumento técnico sólido para orientar suas pacientes e familiares”, reiterou o relator Ademar Augusto.

29. Já no âmbito do Projeto de Lei n.º 46/2021 deu-se a acertada obrigatoriedade de que a gestante para ter direito à opção de parto cesariana esteja no mínimo no 39º (trigésimo nono) mês de gestação, e, **que caso a opção da parturiente seja pela cesariana não for observada, ficará o médico obrigado a registrar as razões em prontuário.** Este ponto específico do projeto merece reparo, uma vez que o Vereador não poder criar atribuições para os cargos públicos do Município, cabendo ao Chefe do Poder Executivo enviar projeto para inserir no rol de atribuições do cargo da respectiva classe de servidor a devida obrigatoriedade. Diante disso, deve-se apresentar a competente Emenda a fim de retirar do texto a pessoa do médico e apenas garantir o direito do registro à parturiente.

30. Por fim, este Parecer não esgota o assunto nem tampouco consegue abordar todos os seus aspectos, uma vez que todos os Relatores designados deixaram de fazer a respectiva análise, devendo, esta Casa, partir para o debate novamente uma vez que se apresenta Emenda a este Projeto, sem prejuízo de outras interferências.

3. Conclusão

Em face do exposto, opina-se pela importância incontestável da matéria que deve ir à apreciação Plenária, respeitando-se o posicionamento de cada Parlamentar sobre o tema que vem permeando várias discussões e que, muitas vezes, são proteladas sem entender que a vida é o bem mais precioso que temos e que a Constituição Federal de 1988 garante o direito à vida. Diante disso, a gestante é promotora de vida e sem ela não é possível garantir o nascimento digno, por isso, discutir o parto é discutir direito a vida.

Fazem parte deste Parecer os documentos anexos.

Dou pela aprovação do Projeto de Lei n.º 46/2021 e respectiva Emenda apresentada, salvo melhor juízo.

Unai, 20 de outubro de 2021; 77º da Instalação do Município.



CÂMARA MUNICIPAL DE UNAÍ-MG

VEREADORA DORINHA MELGAÇO
Relatora Designada de Plenário



CÂMARA MUNICIPAL DE UNAÍ-MG

EMENDA N.º AO PROJETO DE LEI N.º 46/2021

Dê-se ao parágrafo 2º do artigo 1º a seguinte redação:

“Na eventualidade de a opção da parturiente pela cesariana não ser observada, fica garantido à parturiente o direito de obter o registro das respectivas razões em seu prontuário.”

Unai, 20 de outubro de 2021; 77º da Instalação do Município.

VEREADORA DORINHA MELGAÇO
Relatora Designada de Plenário

ADVERTÊNCIA

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União

**Ministério da Saúde**
Secretaria de Atenção à Saúde**PORTARIA Nº 306, DE 28 DE MARÇO DE 2016**

Aprova as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana.

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando a necessidade de se estabelecerem parâmetros sobre a operação cesariana no Brasil e diretrizes nacionais para a sua utilização e acompanhamento das mulheres a ela submetidas;

Considerando que os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas são resultado de consenso técnico-científico e são formulados dentro de rigorosos parâmetros de qualidade e precisão de indicação;

Considerando o Registro de Deliberação no 141, de 06 de agosto de 2015, da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), que aprova as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana, e o respectivo Relatório de Deliberação no 179, de outubro de 2015; e

Considerando a avaliação técnica do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES/SAS/MS), resolve:

Art. 1º Ficam aprovadas, na forma do Anexo, disponível no sítio: www.saude.gov.br/sas, as "Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana".

Parágrafo único. As diretrizes de que trata este artigo, que contêm as recomendações para a operação cesariana, são de caráter nacional e devem utilizadas pelas Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios na regulação do acesso assistencial, autorização, registro e ressarcimento dos procedimentos correspondentes.

Art. 2º É obrigatória a cientificação da gestante, ou de seu responsável legal, dos potenciais riscos e eventos adversos relacionados ao procedimento cirúrgico ou uso de medicamentos para a operação cesariana.

Art. 3º Os gestores estaduais, distrital e municipais do SUS, conforme a sua competência e pactuações, deverão estruturar a rede assistencial, definir os serviços referenciais e estabelecer os fluxos para o atendimento das gestantes em todas as etapas descritas no Anexo desta Portaria.

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

ALBERTO BELTRAME

Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde

RECOMENDAÇÃO Nº 011, DE 07 DE MAIO DE 2021.

Recomenda orientações ao Poder Executivo Federal sobre o Programa Parto Adequado.

O Presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS), no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pelo Regimento Interno do CNS e garantidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata; e

Considerando que o Art. 196 da Constituição da República Federativa do Brasil estabelece que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”;

Considerando o Art. 197 da Constituição Federal de 1988, que define os serviços de saúde como de relevância pública, inclusive os privados, “cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado”;

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e toda a legislação correlata que estrutura o Sistema Único de Saúde (SUS), em acordo com os princípios constitucionais;

Considerando que o Art. 12, §2º da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, incluída no ordenamento jurídico brasileiro por meio do Decreto nº 4.377, de 13 de setembro de 2002, estabelece que os Estados-partes do documento internacional devem garantir “assistência apropriada em relação à gravidez, ao parto e ao período posterior ao parto, proporcionando assistência gratuita quando assim for necessário, e lhe assegurarão uma nutrição adequada durante a gravidez e a lactância”;

Considerando ser o mercado de serviços de saúde privados de relevância pública e regulado por determinação legal, especialmente a partir da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998;

Considerando o Art. 3º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, que define que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) terá por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no país;

Considerando a competência regulatória da ANS estabelecida em lei, incluindo seu dever de zelar pelos direitos das usuárias, bem como suas

competências estabelecidas no Art. 4º da Lei nº 9.961/2000, com destaque para os incisos II, V, XXIII, XXXVI e XXXVII;

Considerando o alto índice de cesáreas no Brasil, com destaque para os serviços privados de saúde, nos quais os índices de partos cesáreos são de 85%, na contramão da comunidade científica internacional, que, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), considera que taxas superiores a 10%-1s não estão associadas à redução de mortalidade materna e neonatal;

Considerando a Resolução da Diretoria Colegiada nº 36, de 3 de junho de 2008, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal e determina que os Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal devem contar com infraestrutura física, recursos humanos, equipamentos e materiais necessários à operacionalização do serviço, de acordo com a demanda e modalidade de assistência prestada; que devem possuir estrutura e condições técnicas para realização de partos normais sem distócia; e que devem ter equipe dimensionada, quantitativa e qualitativamente, atendendo às normatizações vigentes, e de acordo com a proposta assistencial e perfil da demanda;

Considerando a Portaria do Ministério da Saúde nº 529, de 1º de abril de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), o qual tem por objetivo promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente; ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente; bem como produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente;

Considerando a Resolução da Diretoria Colegiada nº 36, de 25 de julho de 2013, da ANVISA, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde;

Considerando a Instrução Normativa nº 2, de 3 de junho de 2008, da ANVISA, que estabelece indicadores para avaliação dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal;

Considerando as publicações “Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal”, de janeiro de 2016, e “Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana”, de abril de 2015, ambas da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC/Ministério da Saúde e a publicação “Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade”, de 2014, da ANVISA;

Considerando que “A cesárea pode causar complicações significativas e às vezes permanentes, assim como sequelas ou morte” e que, de acordo com estudo da OMS, publicado em 2015, “idealmente, uma cesárea deveria ser realizada apenas quando ela for necessária, do ponto de vista médico”;

Considerando que o Brasil não atingiu a meta de desenvolvimento do milênio relacionada à redução da mortalidade materna e que, de acordo com dados do Ministério da Saúde, 93% das mortes maternas no Brasil se dão por causas evitáveis;

Considerando que as cesarianas sem indicação clínica aumentam o risco de desfechos adversos para a mulher e para o recém-nascido;

Considerando que a cesariana eletiva está associada com respostas imunológicas adversas de curto prazo no recém-nascido e um risco maior de o bebê desenvolver doenças imunológicas como asma, alergias, diabetes tipo 1 e doença celíaca;

Considerando que cesarianas eletivas estão associadas com a posterior interrupção precoce da amamentação, com três vezes mais chances de isso acontecer no primeiro mês de vida, e que a amamentação protege de infecções, aumenta a inteligência do bebê e reduz sobrepeso e diabetes, constituindo uma das principais estratégias para prevenção da mortalidade de crianças de até 5 anos de idade;

Considerando que a Classificação de Robson tem sido recomendada como método para análise das taxas de cesarianas e que há uma metodologia para sua implementação, divulgação dos dados e análise, e considerando ainda que essas informações podem apoiar usuárias do sistema de saúde a tomar decisões mais bem informadas a respeito do local de parto e gestores a atuar de maneira mais eficaz e efetiva na redução das cesarianas desnecessárias;

Considerando os debates ocorridos entre a Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher (CISMU) e a Comissão Intersetorial de Saúde Suplementar (CISS) do Conselho Nacional de Saúde, em torno do tema versado nesta recomendação; e

Considerando as atribuições conferidas ao Presidente do Conselho Nacional de Saúde pela Resolução CNS nº 407, de 12 de setembro de 2008, Art.13, Inciso VI, que lhe possibilita decidir, *ad referendum*, acerca de assuntos emergenciais, quando houver impossibilidade de consulta ao Plenário, submetendo o seu ato à deliberação do Pleno em reunião subsequente.

Recomenda *ad referendum* do Pleno do Conselho Nacional de Saúde

Ao Ministério da Saúde:

I - Que considere a urgência e relevância de aprimorar a qualidade e segurança dos serviços obstétricos ofertados em estabelecimentos de saúde privados no Brasil, em especial pela redução dos índices de cirurgias cesarianas e pela promoção do parto vaginal seguro e prazeroso, e que tomem medidas nesse sentido;

II - Que estabeleça rotinas e mecanismos de monitoramento da qualidade dos serviços obstétricos prestados pelas operadoras de planos de saúde, incluindo os estabelecimentos de saúde por elas cadastrados, por meio da análise periódica de indicadores mínimos, por exemplo, relacionados a

estrutura, processo e resultado, em consonância às normativas já estabelecidas nacionalmente pelo Ministério da Saúde e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa);

III - Que envide esforços para o fortalecimento dos comitês de mortalidade materna de todos os estados, cobrando sua atuação e inserção de representantes de usuárias em sua composição, conforme preconizado por posicionamento do Ministério da Saúde (2009);

IV - Que insiram a informação sobre fonte de financiamento da internação para o parto e fonte de pagamento dos profissionais assistentes na “Declaração de Nascido Vivo”, de modo que todos os sistemas que têm o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), como fonte de informação, permitam a consulta aos dados com essa desagregação;

V - Que se posicione acerca das alarmantes taxas de cesarianas no setor suplementar brasileiro, incompatíveis com as taxas previstas para garantir a segurança de mulheres e bebês, bem como das graves consequências decorrentes dessa intervenção sem indicação clínica para a saúde materno infantil;

VI – Que, diante da ineficácia das ações até agora adotadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para a redução das taxas de cesáreas, tome as providências cabíveis para solucionar a falta de oferta qualificada e segura para a assistência obstétrica ao parto vaginal, às cesarianas de emergência e às cesarianas a pedido da mulher não agendadas previamente nos serviços privados de saúde; e

VII - Que frente à necessidade de garantir a transparência de dados da assistência obstétrica e neonatal do setor suplementar, com vistas a viabilizar o monitoramento e controle social para a redução dos agravos em saúde das mulheres e das crianças, estabeleçam, com urgência, parâmetros de cumprimento obrigatório, assim como fiscalização dos órgãos competentes para proteger vidas em todos os serviços de atenção obstétrica e neonatal do país.

À Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS):

§1º - Que determine a revisão do Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde, com vistas a garantir a adoção de práticas preconizadas pelas “Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal” e pelas “Diretrizes de Atenção à Gestante: a Operação Cesariana” do Ministério da Saúde, em todos os serviços de atenção obstétrica e neonatal do setor suplementar, observando:

I – Que sejam estabelecidos indicadores e notas de qualificação para operadoras de planos privados de assistência à saúde e seus serviços

obstétricos credenciados com amparo nos indicadores utilizados pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), quais sejam:

- a) Indicadores relativos ao processo assistencial ao parto e nascimento;
- b) Indicadores de morbidade, morbidade grave (near-miss) e mortalidade;
- c) Indicadores relativos à infraestrutura e aos recursos humanos
- d) Eventos-sentinela; e
- e) Indicadores de satisfação das usuárias.

II – Que se determine o caráter obrigatório da adesão ao Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde para todas as operadoras que ofertam planos com obstetrícia, assim como todos os serviços de atenção obstétrica credenciados;

III – Que seja determinado que todos os requisitos considerados “Essenciais” no Manual de Certificação de Boas Práticas em Parto Adequado” sejam de cumprimento obrigatório por todos os serviços de atenção obstétrica credenciados a todas as operadoras;

IV – Que estabeleça uma rotina de firmar termos de compromisso com as operadoras que não obtiverem pontuação mínima nas avaliações de qualidade dos serviços obstétricos ofertados considerando o interesse na implementação de práticas que consistam em vantagens para as consumidoras, com vistas a assegurar a manutenção da qualidade dos serviços de assistência à saúde;

V – Que determine a periodicidade anual para reavaliação independentemente do nível atingido pela operadora no Programa de Certificação; e

VI – Que estabeleça obrigatoriedade de oferecer transparência dos indicadores de operadoras e de serviços credenciados sobre os seus respectivos indicadores nos sites e aplicativos para todas as operadoras e seus serviços de atenção obstétrica credenciados.

§2º Que adeque a proposta de Diretrizes de Utilização (DUT), relativas ao “parto cesariano” ao estabelecido nas diretrizes da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), especificamente a “Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal”, de janeiro de 2016 e “Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana”, estabelecendo os seguintes critérios para a cobertura obrigatória das cirurgias cesarianas:

I - Cesarianas intraparto e/ou de urgência/emergência, por indicação materna ou fetal, justificadas por relatório médico circunstanciado acompanhado de partograma;

II - As cesarianas durante o trabalho de parto, por distócia ou outra intercorrência, e/ou de urgência/emergência, devem ser realizadas de acordo com o documento “Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana”, do Ministério da Saúde.

III Cesarianas programadas eletivas por indicação materna ou fetal, cujo agendamento deve ser precedido, minimamente, pela seguinte rotina administrativa:

a) O médico deve elaborar e assinar o relatório médico circunstanciado especificando e comprovando as condições clínicas para a indicação de cesarianas programadas por condição materna ou fetal, de acordo com o documento “Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana”, do Ministério da Saúde;

b) O médico deve prestar à gestante os devidos esclarecimentos relativos às informações registradas no relatório circunstanciado;

c) A gestante deve ler e assinar o referido relatório (preenchido e assinado previamente pelo médico que indicou a cesariana), bem como de termo de consentimento para realização de cesariana;

d) Após análise da documentação comprobatória do cumprimento dos itens supracitados e previamente ao agendamento da cesárea, a Operadora emitirá a autorização para realização da cesariana programada por indicação materna ou fetal, quando cabível;

e) A Operadora deve estabelecer a segunda opinião médica nas situações em que houver discordância ou for identificada a necessidade de verificar justificativa para cesarianas programadas por indicação materna ou fetal.

IV - Cesarianas eletivas sem indicação clínica com estabelecimento de fluxo de cuidado à mulher no pré-natal e no puerpério, cujo agendamento deve ser precedido, minimamente, pela seguinte rotina administrativa:

a) O médico que realiza a assistência pré-natal deverá registrar em prontuário o pedido materno de realizar a cirurgia cesariana sem indicação clínica;

b) A gestante deverá passar por aconselhamento individual prestado por profissional médico ginecologista obstetra e/ou enfermeiro obstetra (não sendo o mesmo profissional médico assistente), com vistas a receber todas as informações sobre o parto vaginal e cesariana, seus respectivos benefícios e riscos, de forma pormenorizada;

c) Caso se mantenha a intenção de realizar cesárea sem indicação clínica, a gestante deve passar por consulta com psicólogo, propiciando o diálogo profissional acerca de suas preocupações e motivações, sendo o parecer do profissional anexado ao prontuário da gestante;

d) Caso se mantenha a intenção de sofrer uma cesárea sem indicação clínica, o médico deverá preencher e assinar o “Formulário de Agendamento de Cesarianas Eletivas Sem Indicação Clínica”, bem como providenciar a leitura e assinatura de termo de consentimento para realização de cesariana pela mulher;

e) O médico deve prestar à gestante os devidos esclarecimentos relativos às informações registradas no “Formulário de Agendamento de Cesarianas Eletivas Sem Indicação Clínica”;

f) A gestante deve ler e assinar o “Formulário de Agendamento de Cesarianas Eletivas Sem Indicação Clínica” (preenchido e assinado previamente pelo médico);

g) A gestante deverá ser avaliada com relação ao risco anestésico, sendo o parecer do profissional anestesista anexado ao “Formulário de Agendamento de Cesarianas Eletivas Sem Indicação Clínica”;

h) Após análise da documentação comprobatória do cumprimento dos itens supracitados e previamente ao agendamento da cesárea, a Operadora emitirá a autorização para realização da cesariana eletiva sem indicação clínica, quando cabível, a ser realizada, obrigatoriamente, com 39 semanas completas de gestação ou mais.

§3º Que adequa o Painel de Indicadores de Atenção Materna e Neonatal do Setor Suplementar de modo que apresente apenas informações do Setor Suplementar (e não de dados agregados a outras fontes de financiamento) e de modo que as informações relevantes sejam apresentadas de maneira objetiva, transparente e compreensível.

I - Na primeira página do painel, referente aos "prestadores":

a) Informar apenas os dados referentes aos nascimentos com assistência paga pelas operadoras de planos de saúde, excluindo-se dados de atendimentos do Sistema Único de Saúde (SUS) e daqueles pagos diretamente aos estabelecimentos de saúde, tendo em vista que atualmente, todos os atendimentos realizados por hospitais privados (incluindo aqueles que prestam serviço ao SUS, de maneira exclusiva ou não, como os mantidos por organizações sociais e instituições filantrópicas) estão divulgados nesse painel, o que leva à redução das taxas de cesarianas apresentadas, bem como à melhoria geral dos demais indicadores. Ressalta-se que não há qualquer ajuda, metadado ou dica de tela que esclareça a esse respeito, nem mesmo o arquivo “fichas dos indicadores” traz esse esclarecimento;

b) Excluir todas as informações que se referem ao percentual de parto vaginal. A inclusão desse percentual apenas confunde a pessoa leiga que acessa o painel e a induz ao erro, uma vez que favorece a confusão entre as recomendações internacionais relativas às taxas de cesarianas ideais no plano

populacional (em torno de 10%). Para além disso, do ponto de vista epidemiológico e conceitual, a intervenção sobre o processo fisiológico é a cesariana, uma cirurgia de grande porte que acrescenta risco à saúde e ao bem-estar da mulher e do bebê, portanto, esse deve ser o evento a ser medido e monitorado, e não o parto vaginal. Não há, assim, qualquer justificativa para a inclusão da taxa de parto vaginal no painel;

c) Incluir a informação sobre o total de nascidos vivos por idade gestacional, desagregando-se o indicador semanalmente a partir de 37 semanas (inclusive), uma vez que, em termos de prognóstico para a saúde do recém-nascido, há diferenças significativas entre nascer em uma semana ou em outra. Estudos indicam que há, inclusive, diferença para o risco de mortalidade, em que cada dia de gestação a mais conta de maneira positiva para o desfecho do recém-nascido (DINIZ et al., 2020);

d) Da mesma maneira, incluir a informação sobre nascidos por cesariana por idade gestacional, desagregando-se o indicador semanalmente a partir de 37 semanas (inclusive);

e) Incluir a distribuição do total de nascidos vivos por mês, bem como dos nascidos por cesariana, com o reforço de que o percentual de nascidos por via vaginal deve ser excluído;

f) Excluir o quadro sobre Classificação de Robson dessa página e incluir em página adicional o quadro completo, conforme proposto pela diretriz de implementação da Classificação de Robson da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2017); e

g) Incluir informação clara e de fácil consulta (por exemplo, por meio de "dica de tela", "tooltip") sobre cada um dos elementos presentes na tela, inclusive sobre a definição de prestadores e índice de Apgar.

II - Adicionar página ao painel, com informações referentes aos "prestadores":

a) Incluir o quadro completo da Classificação de Robson, conforme proposto pela diretriz de implementação da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2017), de modo que as usuárias possam verificar o total de cesarianas e nascimentos em cada grupo de Robson, o tamanho relativo de cada grupo, a taxa de cesariana em cada grupo, a contribuição absoluta de cada grupo para a taxa geral de cesariana, a contribuição relativa de cada grupo para a taxa geral de cesariana;

b) Incluir informação clara e de fácil consulta (por exemplo, por meio de "dica de tela", "tooltip") sobre cada um dos elementos presentes na tela, inclusive sobre a definição de prestadores e para cada componente da Classificação de Robson.

III - No rodapé do painel, onde se vê o número das páginas e as setas à esquerda e à direita, modificar a informação exibida quando se clica no número da página. Atualmente exibem-se as informações: “Total de Partos”, “Operadoras 2017” e “Operadoras 2018”. Trocar “Total de Partos” para “Partos por Prestadores” ou algo equivalente, desde que o universo seja de fato o dos nascimentos com pagamento efetuado por operadoras de planos e seguros de saúde.

IV - Nas páginas referentes às operadoras:

a) Incluir informação clara e de fácil consulta (por exemplo, por meio de “dica de tela”) sobre cada um dos elementos presentes na tela, inclusive sobre a definição de setor, modalidade e operadora. Ressalta-se que essas informações não constam do arquivo “Fichas dos indicadores”;

b) Excluir todas as informações que se referem ao percentual de parto vaginal, conforme proposto anteriormente;

c) Excluir o indicador “taxa de consulta pré-natal”, não empregado nos estudos científicos e sem comparabilidade com o SUS;

d) Incluir o indicador “proporção de mulheres que realizaram pré-natal adequado”, conforme proposto pelo Ministério da Saúde (2018), que corresponde à proporção de mulheres que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre e tiveram um mínimo de seis consultas pré-natais, considerando-se o total de mulheres que tiveram filhos nascidos vivos pela respectiva operadora de plano ou seguro de saúde no ano em análise;

e) Incluir filtro por estado e município, uma vez que a oferta e a qualidade dos serviços por operadora podem variar bastante, conforme a localidade, estado ou região.

V - Incluir no painel informação sobre periodicidade das atualizações.

a) Que haja obrigatoriedade de implementação e alimentação contínua do Sistema de Informação Perinatal do Centro Latino-Americano de Perinatologia (SIP-CLAP) em todos os serviços de atenção obstétrica e neonatal credenciados às operadoras para o registro e produção nacional de informação sobre a assistência obstétrica e neonatal; para viabilizar o monitoramento da qualidade e segurança na atenção obstétrica e neonatal; para a redução dos agravos em saúde da mulher e da criança.

FERNANDO ZASSO PIGATTO
Presidente do Conselho Nacional de Saúde



RE 1309195 / SP - SÃO PAULO
RECURSO EXTRAORDINÁRIO
Relator(a): Min. RICARDO LEWANDOWSKI
Julgamento: 30/06/2021
Publicação: 02/07/2021

Publicação

PROCESSO ELETRÔNICO
DJe-131 DIVULG 01/07/2021 PUBLIC 02/07/2021

Partes

RECTE.(S) : MESA DIRETORA DA ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO
ADV.(A/S) : CARLOS ROBERTO DE ALCKMIN DUTRA
RECTE.(S) : PROCURADOR-GERAL DO ESTADO DE SÃO PAULO
PRÓC.(A/S)(ES) : PROCURADOR-GERAL DO ESTADO DE SÃO PAULO
RECDO.(A/S) : DIRETÓRIO ESTADUAL DO PARTIDO TRABALHISTA BRASILEIRO - PTB
ADV.(A/S) : FILIPE DA SILVA VIEIRA

Decisão

Trata-se de recurso extraordinário interposto em face de acórdão assim ementado:

"I. Cuida-se de ação direta de inconstitucionalidade ajuizada pelo Diretório Estadual do Partido Trabalhista Brasileiro – PTB, em que pretende a declaração de inconstitucionalidade da Lei Estadual nº 17.137, de 23 de agosto de 2019, que garante à parturiente a possibilidade de optar pela cesariana a partir de 39 (trinta e nove) semanas de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal.

II. AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE – Inépcia da inicial – Alegação de falta de indicação dos fundamentos jurídicos do pedido em relação a cada uma das impugnações. Há no petítório inaugural a pormenorizada explanação da inconstitucionalidade levantada, com a expressa indicação dos dispositivos constitucionais lesados, no entendimento do autor. Suficientemente trazidos o fato ou conjunto de fatos jurídicos e a relação jurídica, não se nota, assim, petição genérica e sem fundamentação. É pertinente mencionar que a (alegada falta de) robustez dos fundamentos não deve ser confundida com sua inexistência. Apta a inicial, a pertinência de seus argumentos deve ser analisada quando do mérito da demanda.

III. INÉPCIA DA INICIAL – Alegação de ausência de interesse de agir - Não se cogita, destarte, da ausência de interesse de agir em sua face necessidade, posto que tão somente por meio do controle concentrado, no caso concreto, poder-se-ia atingir o bem-da-vida perseguido.

Da argumentação trazida é possível extrair referência possível ao interesse-adequação, ainda que existam críticas doutrinárias sobre essa perspectiva. De todo modo, novamente é preciso distinguir as condições da ação, que antecedem o exame do mérito, de sua eventual procedência levanta-se a inconstitucionalidade por razões específicas se detalhadas na inicial. Seu acolhimento há de ser examinado no momento oportuno.

IV. Há que se lembrar que se examina neste feito a 'adequação (compatibilidade) de uma lei ou ato normativo com a constituição, verificando seus requisitos formais e materiais'. É alheia à Ação Direta de Inconstitucionalidade, portanto, o debate, ainda que valioso, acerca da retidão da lei em abstrato, ou de seu potencial atendimento a metas traçadas (como em relação à redução da quantidade de partos por meio de cesariana). De fato, é necessária cautela para que o julgador não acabe por invadir indevidamente esfera de competência reservada a outro Poder. Assim, é descabida a análise, sob o manto do exame de constitucionalidade, de aspectos que fujam à conformidade da Lei perante a Constituição e que tocam a opções do legislador.

Outrossim, torna-se despidendo o ingresso no exame da levantada inconstitucionalidade material da Lei, posto que os autos apontam para sua inconstitucionalidade formal

~~posto que os autos apontam para sua inconstitucionalidade formal.~~

V. A Constituição Federal consagra regras de distribuição formal de competências legislativas de acordo com princípio da predominância de interesses, ora delimitando um rol de matérias que só podem ser objeto de leis federais (competência legislativa privativa da União - artigo 22 da CF), ora prevendo hipóteses de competências concorrentes, permitindo maior descentralização da atividade normativa (artigos 24 e 30, inciso I, da CF).

VI. INCONSTITUCIONALIDADE FORMAL – Lei que trata da opção por um procedimento médico atinente ao nascimento, conferindo-a à gestante. Ainda que toque matérias diversas, como o direito à autonomia, a relação médico-paciente ou, em mais larga escala, a relação entre prestador de serviço e seu beneficiário, essencialmente, toca aspectos relativos à saúde e à vida da gestante e da criança, que termina por ser o tema central do diploma legislativo. Necessária sua subsunção, portanto, ao artigo 24, inciso XII, último item, da Constituição Federal.

Cenário que trata da competência da União para o estabelecimento de normas gerais e dos Estados para suplementá-las, havendo competência legislativa plena na hipótese de inexistência de norma federal que trate da questão.

A lei questionada não traz em seu bojo qualquer elemento capaz de demonstrar a particularidade deste Estado a justificar a edição de legislação suplementar.

~~Ausente o cenário específico deste ente da federação que justifique a suplementação federal, necessário concluir que se trata de norma geral, que seria de competência do Estado apenas na ausência de legislação federal reguladora do assunto.~~

Matéria já disciplinada, de modo geral e abrangente por legislação federal.

Trata-se da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências), que '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'.

Não bastasse isto, há também a Lei 8.069, de 13 de julho de 1990 (Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências), que prevê:

(...) Do Direito à Vida e à Saúde

Art. 7º A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.

Art. 8º É assegurado a todas as mulheres o acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo e, às gestantes, nutrição adequada, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde.

(...) § 8º A gestante tem direito a acompanhamento saudável durante toda a gestação e a parto natural cuidadoso, estabelecendo-se a aplicação de cesariana e outras intervenções cirúrgicas por motivos médicos.

VII. A interpretação não precisa se afastar da meramente gramatical. Assegura-se à parturiente o parto natural cuidadoso, e estabelece-se a cesariana por motivos médicos.

Há, assim, nítido confronto entre a legislação vergastada e o regramento federal, mais antigo e abrangente. Nesta, resta estabelecida a necessidade de critérios médicos para o parto cesariano. Já a lei estadual, mais recente, prevê a livre opção da parturiente, ainda que não haja recomendação médica para o procedimento almejado.

A tutela da Saúde encontra-se no campo da ciência e não da mera volição emocional.

VIII. Há que se concluir, à luz da síntese dos argumentos trazidos até então, que a lei estadual em foco invadiu a esfera de competência da União ao disciplinar matéria, como norma geral, que já fora regrada de modo diverso (restando afastada, com isso, a hipótese de competência legislativa plena por parte do Estado de São Paulo).

IX. Usurpação de competência legislativa da União, afrontando o disposto nos artigos 144 da Carta Bandeirante e 24, inciso XII, da Constituição Federal. Ação julgada procedente para declarar a inconstitucionalidade da Lei Estadual nº 17.137, de 23 de agosto de 2019" (págs. 2-5 do documento eletrônico 34).

Os embargos de declaração em seguida opostos foram rejeitados (documento eletrônico 39).

Neste RE, fundado no art. 102, III, a, da Constituição Federal, sustenta-se violação dos arts. 1º, III; 2º; 5º, ~~art. 1º, III; 2º, IV; 5º, I, da Carta~~

caput, e A, I, 10, 24, XII, e § 1º ao § 3º, 20, caput, 190 a 196, I, da mesma Carta.

Aduz a recorrente, que

"[...]

1. a lei em questão, ao facultar à parturiente a possibilidade de optar pela cesariana, a partir de 39 (trinta e nove) semanas de gestação, trataria de norma de caráter geral e, portanto, não estaria inserida na competência legislativa da Assembleia Legislativa, tal qual previsto no artigo 19 da Constituição do Estado de São Paulo (petição inicial, fls. 10);

2. o projeto não teria indicado a fonte dos recursos disponíveis para atender a alegado aumento de despesas que dele decorreria, não tendo, segundo alega, sido observado o previsto no artigo 25 da Constituição do Estado de São Paulo," (pág. 4 do doc. eletrônico 43).

Em 24/3/2021, determinei a vista dos autos à Procuradoria-Geral da República (documento eletrônico 65).

O Ministério Público Federal, em parecer da lavra do Subprocurador-Geral da República, Juliano Baiocchi Villa-Verde de Carvalho, opinou pelo destaque a paradigma deste RE, uma vez que não consta na jurisprudência desta Corte Tema de Repercussão Geral quanto à questão dos autos, em acórdão assim ementado:

"Processo civil. Constitucional. REs. ADI julgada procedente pelo TJ/SP, declarando inconstitucional a Lei Estadual 17.137/19, que garante à parturiente a possibilidade de optar por cesariana, a partir de 39 semanas de gestação, bem como, quando escolhido parto normal, optar por analgesia.

1. A pretensão recursal atende aos requisitos primeiros à via extraordinária, como tempestividade, não demanda de reexame de provas e preliminar formal quanto à presença de Repercussão Geral na lide, tendo ocorrido na origem expressa discussão de conteúdo constitucional, o que sustenta possibilidade, a ser averiguada, de ofensa direta à Constituição Federal. E há plausibilidade de ter Repercussão Geral a questão do direito de escolha da parturiente quanto ao tipo de parto. Em pesquisas feitas, não se encontrou, s.m.j., Tema de Repercussão Geral, positivo ou negativo, quanto à questão.

2. Pelo destaque deste RE a paradigma; feito o destaque, ao i. PGR deve ser conferida vista, conforme o teor do art. 325 do RI/STF, para manifestação sobre a Repercussão Geral - positiva ou negativa" (documento eletrônico 67 – grifos no original).

É o relatório necessário. Decido.

A pretensão recursal merece acolhida.

A saúde pública, conforme princípio constitucional previsto no art. 196 da Carta Magna, constitui matéria de competência concorrente, sendo responsabilidade da União, dos Estados e dos Municípios, indistintamente, a sua garantia. Cabe às autoridades estatais competentes garantir o bem estar, a saúde e a vida dos cidadãos governados, inclusive por meio de legislação que regulamente atividades civis e comerciais potencialmente nocivas à população.

Assim, verifico que o acórdão recorrido está em dissonância com a jurisprudência do Supremo Tribunal Federal firmada no sentido de que os Estados tem competência concorrente para legislar sobre a proteção e defesa da saúde, conforme previsto no art. 24, XII, da CF. Nesse sentido, destaco os seguintes precedentes desta Corte:

"AGRAVO INTERNO NO RECURSO EXTRAORDINÁRIO. MUNICÍPIO. COMPETÊNCIA SUPLEMENTAR PARA LEGISLAR SOBRE CONSUMO EM QUESTÕES QUE EVIDENCIAM O INTERESSE LOCAL.

1. Tem-se, na origem, ação direta de inconstitucionalidade proposta perante o Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo em face da Lei 7.282, de 18 de maio de 2017, do Município de Mogi das Cruzes, que deu nova redação aos artigos 1º e 2º da Lei Municipal 6.809/2013 e outras providências, para dispor acerca da obrigatoriedade, em todas as bombas de abastecimento nos postos revendedores de combustíveis do Município, de informações ao cliente em forma de percentual indicativo da diferença de preço entre o litro do álcool/etanol e da gasolina comum, indicando ainda o combustível mais vantajoso para os consumidores de veículos bicombustíveis.

2. Na inicial da ação direta, a Procuradoria-Geral de Justiça do Estado de São Paulo sustenta violação ao princípio federativo, ao argumento de que o Município não detém competência para legislar sobre proteção do consumidor, além do que inexistente interesse local a legitimar a intervenção legislativa da municipalidade.

3. O Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo julgou improcedente o pedido por entender que, no caso, não houve violação ao pacto federativo.

4. A Federação nasceu adotando a necessidade de um poder central, com competências suficientes para manter a união e a coesão da própria. Dele, garantida-lhe, como afirmou por HAMILTON, a oportunidade

manter a união e a coesão do próprio País, garantindo-me, como afirmou por HAMILTON, a oportunidade máxima para a consecução da paz e da liberdade contra o facciosismo e a insurreição (The Federalist papers, nº IX), e permitindo à União realizar seu papel aglutinador dos diversos Estados-Membros e de equilíbrio no exercício das diversas funções constitucionais delegadas aos três poderes de Estado.

5. Durante a evolução do federalismo, passou-se da ideia de três campos de poder mutuamente exclusivos e limitadores, segundo a qual a União, os Estados e os Municípios teriam suas áreas exclusivas de autoridade, para um novo modelo federal baseado, principalmente, na cooperação, como salientado por KARL LOEWESTEIN (Teoria de la constitución. Barcelona: Ariel, 1962. p. 362).

6. O legislador constituinte de 1988, atento a essa evolução, bem como sabedor da tradição centralizadora brasileira, tanto, obviamente, nas diversas ditaduras que sofremos, quanto nos momentos de normalidade democrática, instituiu novas regras descentralizadoras na distribuição formal de competências legislativas, com base no princípio da predominância do interesse, e ampliou as hipóteses de competências concorrentes, além de fortalecer o Município como polo gerador de normas de interesse local.

7. O princípio geral que norteia a repartição de competência entre os entes componentes do Estado Federal brasileiro é o princípio da predominância do interesse, tanto para as matérias cuja definição foi preestabelecida pelo texto constitucional, quanto em termos de interpretação em hipóteses que envolvem várias e diversas matérias, como na presente Ação Direta de Inconstitucionalidade.

8. A própria Constituição Federal, portanto, presumindo de forma absoluta para algumas matérias a presença do princípio da predominância do interesse, estabeleceu, a priori, diversas competências para cada um dos entes federativos, União, Estados-Membros, Distrito Federal e Municípios, e, a partir dessas opções, pode ora acentuar maior centralização de poder, principalmente na própria União (CF, art. 22), ora permitir uma maior descentralização nos Estados-membros e Municípios (CF, arts. 24 e 30, inciso I).

9. Verifica-se que, na espécie, o Município, ao contrário do que alegado na petição inicial, não invadiu a competência concorrente da União, Estados e Distrito Federal para a edição de normas gerais ou suplementar atinentes aos direitos do consumidor (CF, art. 24, V e VIII). Em realidade, o legislador municipal atuou no campo relativo à competência legislativa suplementar atribuída aos Municípios pelo art. 30, I e II, da Constituição Federal.

10. Com efeito, a legislação impugnada na presente Ação Direta atua no sentido de ampliar a proteção estabelecida no âmbito do Código de Defesa do Consumidor, o qual, apesar de apresentar amplo repertório de direitos conferidos ao consumidor e extenso rol de obrigações dos fornecedores de produtos e serviços, não possui o condão de esgotar toda a matéria concernente à regulamentação do mercado de consumo, sendo possível aos Municípios o estabelecimento de disciplina normativa específica, preenchendo os vazios ou lacunas deixados pela legislação federal (ADI 2.396, Rel. Min. ELLEN GRACIE, Tribunal Pleno, DJ de 1º/8/2003).

11. Não há que se falar, assim, em indevida atuação do Município no campo da disciplina geral concernente a consumo.

12. Agravo Interno a que se nega provimento" (RE 1.181.244-AgR/SP, Rel. Min. Alexandre de Moraes, Primeira Turma).

"Agravo regimental no recurso extraordinário. Ação direta de Inconstitucionalidade. Lei nº 3.578/13 do Município de Campos do Jordão que estabelece tempo máximo de espera para atendimento em caixas de supermercado. Matéria de interesse local. Competência municipal. Precedentes.

1. A jurisprudência do Supremo Tribunal Federal vem reiteradamente afirmando a competência dos municípios para legislar sobre matéria consumerista quando sobreleva o interesse local, como ocorre no caso dos autos, em que a necessidade de um melhor atendimento aos consumidores nos supermercados e hipermercados é aferível em cada localidade, a partir da observação da realidade local. Precedentes: RE nº 880.078/SP-AgR, Primeira Turma, Relator o Ministro Marco Aurélio, DJe de 1º/6/16; RE nº 956.959/SP, Relatora a Ministra Rosa Weber, DJe de 28/6/16; RE nº 397.094/DF-AgR, Primeira Turma, Relator o Ministro Sepúlveda Pertence, DJ de 27/10/06.

2. Agravo regimental não provido" (RE 818.550-AgR/SP, Rel. Min. Dias Toffoli, Segunda Turma).

Com o mesmo entendimento, cito os seguintes julgados, entre outros: ARE 1.195.639-AgR/MS, Rel. Min. Cármen Lúcia; RE 266.536-AgR/SP, Rel. Min. Dias Toffoli; RE 418.492-AgR/SP, Rel. Min. Gilmar Mendes; RE 433.515-AgR/RS, Rel. Min. Eros Grau; e RE 274.028/SP, Rel. Min. Moreira Alves.

Isso posto, dou provimento ao recurso extraordinário (art. 21, § 2º, do RISTF), para reconhecer a

19/10/2021 15:33

Pesquisa de jurisprudência - STF

competencia concorrente do Estado de São Paulo para registrar sobre direito a saúde.

Publique-se.

Brasília, 30 de junho de 2021.

Ministro Ricardo Lewandowski

Relator

Observação

04/08/2021

Legislação feita por:(MCH).

Legislação

LEG-FED CF ANO-1988

ART-00001 INC-00003 ART-00002 ART-00005

"CAPUT" INC-00010 ART-00018 ART-00022

ART-00024 INC-00012 PAR-00001 PAR-00003

ART-00025 "CAPUT" ART-00030 INC-00001

~~ART-00102 INC-00003 LET-A ART-00196~~

ART-00198 INC-00001

CF-1988 CONSTITUIÇÃO FEDERAL

LEG-FED LEI-008069 ANO-1990

ART-00007 ART-00008 PAR-00008

ECA-1990 ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

~~LEG-FED LEI-008080 ANO-1990~~

LEI ORDINÁRIA

LEG-FED RGI ANO-1980

ART-00021 PAR-00002 ART-00325

RISTF-1980 REGIMENTO INTERNO DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL

LEG-EST CES ANO-1989

~~ART-00019 ART-00025~~

CONSTITUIÇÃO ESTADUAL, SP

LEG-EST LEI-017137 ANO-2019

LEI ORDINÁRIA, SP

fim do documento

26