



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA FEDERAL – SEÇÃO JUDICIÁRIA DO ESTADO DE SÃO PAULO
24ª Vara Cível

PROCESSO: 0017488-30.2010.4.03.6100

24ª VARA FEDERAL (T.A)

AÇÃO CIVIL PÚBLICA

AUTOR: MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL

RÉ: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS

Reg.: _____ /2015

SENTENÇA

Vistos, etc.

Trata-se de ação civil pública ajuizada pelo **MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL** em face da **AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS**, objetivando a expedição de regulamentação que: a) determine às operadoras de plano privado de assistência à saúde que forneçam a seus beneficiários, a pedido destes e em determinado prazo fixado pela ANS, os percentuais de cesarianas e partos normais efetuados pelos obstetras e hospitais remunerados pela operadora no ano anterior ao questionamento; b) defina, segundo seus critérios técnicos, um modelo de partograma e estabeleça como documento obrigatório a ser utilizado em todos os nascimentos, como condição para recebimento da remuneração da operadora; c) determine a utilização do cartão da gestante como documento obrigatório; d) determine às operadoras e hospitais que sejam obrigados a credenciar e possibilitar a atuação dos enfermeiros obstétricos no acompanhamento de trabalho de parto e parto; e) crie indicadores e notas de qualificação para operadoras e hospitais específicos para a questão da redução do número de cesarianas e adoção de práticas humanizadoras do nascimento; f) estabeleça que a remuneração dos honorários médicos a serem pagos pelas operadoras seja proporcional e significativamente superior para o parto normal em relação a cesariana, em montante a ser definido pela ANS segundo seus critérios técnicos.

Informa o MPF, em síntese, ter sido instaurada a Representação nº 1.34.001.004458/2006-98, tendo por escopo a apuração das causas do elevado número de cirurgias cesarianas na rede privada de saúde, bem como a obtenção de medidas visando a reversão deste quadro.

Aduz ter chegado a determinadas conclusões acerca do panorama do parto normal na rede privada de saúde no Brasil à partir do debate e das informações colhidas no decorrer do trâmite desta representação.



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA FEDERAL – SEÇÃO JUDICIÁRIA DO ESTADO DE SÃO PAULO
24ª Vara Cível

Concluiu-se que a taxa de cirurgias cesarianas realizadas no setor privado encontra-se muito acima do recomendado pela Organização Mundial de Saúde - OMS, não se encontrando, em qualquer lugar do mundo, taxa similar à ostentada pelo Brasil.

Esclarece ser preconizado pela OMS que dentre todos os nascimentos ocorridos em determinado país, não existe justificativa para que mais de 15% sejam realizados através de cirurgias cesarianas, concluindo-se, portanto, se o índice de determinado país ultrapasse este número, presume-se que tais cirurgias foram realizadas sem que houvesse uma real necessidade.

Informa que no Brasil, no ano de 2003, a taxa de cesárea do SUS ficou em 27,5% e no setor de saúde suplementar, em 2004, atingiu o índice de 79,7%, o que afirma configurar uma enorme discrepância entre o sistema público e privado.

Ressalta que todos os estudos desenvolvidos sobre o tema levam à conclusão de que a realização de cirurgia cesariana acarreta maiores riscos de morte materna e fetal em comparação com o parto normal, além de outras complicações. Deste modo, sustenta que só se justifica a realização de cirurgia se presentes outros riscos para o nascimento através do parto normal, maiores e mais graves que aqueles e, não estando presentes tais razões médicas para realizar a cirurgia, tem-se uma indevida submissão tanto da parturiente quanto do nascituro a riscos desnecessários, riscos aos quais não estariam sujeitos caso ocorresse a opção pelo parto normal.

Relata ter sido demonstrado pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, que as complicações maternas são drasticamente superiores na cesárea, em comparação com o parto vaginal, sendo maior a necessidade de internação em Unidades de Terapia Intensiva UTIs, maior a taxa de risco de morte materna e de hemorragias e/ou histerectomias. Neste panorama, assevera, comparando os nascimentos ocorridos na rede pública e na rede privada, apresenta-se maior a taxa de prematuridade na rede privada em relação ao número da rede pública.

Salienta ser o problema do excesso do número de cesarianas reconhecido pelo poder público, assim como por todos os demais setores envolvidos e, no entanto, as políticas adotadas para a modificação desta situação fática foram, exclusivamente, voltadas para a promoção de campanhas de esclarecimento à população sem que tenha havido a obtenção de qualquer resultado positivo. Ao contrário, a taxa de cesáreas só tem aumentado ao longo dos anos.

Informa que, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o Ministério da Saúde adotou medidas drásticas para reduzir e manter os índices de cesárea no patamar em que se encontram atualmente. Dentre estas medidas foi editada a Portaria nº 2816, limitando os procedimentos cesarianos a 40% dos atendimentos obstétricos realizados em cada unidade de atendimento à saúde, havendo, ainda, previsão de redução



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA FEDERAL – SEÇÃO JUDICIÁRIA DO ESTADO DE SÃO PAULO
24ª Vara Cível

gradativa deste índice. Nada obstante estas medidas, tomadas no âmbito do setor público, nada foi feito em relação à saúde das gestantes e nascituros usuários do setor privado.

Afirma que as altas taxas de cesariana existentes no setor de saúde suplementar devem-se ao fato da maioria dos médicos que realizam partos recebendo remuneração pelo plano de saúde, não realizam parto normal, por tratar-se de procedimento bem mais demorado, que ocorre em dia e hora incertos, trazendo inúmeros inconvenientes aos obstetras que recebem a mesma remuneração seja realização de um parto normal ou de um parto cesáreo.

Sustenta ser direito da paciente saber se o obstetra por ela escolhido opta, em sua prática cotidiana, pela realização do parto normal ou cesárea. No entanto, os obstetras, quando questionados, muitas vezes dão respostas evasivas ou, ainda, mostram-se durante todo o pré-natal a favor do parto normal, mas no final da gestação encontram um "motivo" para a realização de cesárea.

Informa, deste modo, serem poucos os profissionais que defendem, abertamente, as vantagens da cesárea sobre o parto normal. Neste panorama, salienta que diversos estudos comprovam que não são as mulheres que desejam a cesárea, mas, em algum momento da gestação, convencidas por seus obstetras a ela submeterem-se.

Assevera que a tramitação da representação evidenciou que: i) as taxas de cesariana no setor de saúde suplementar estão muito acima das recomendações médias a respeito; ii) a realização da cesárea sem indicação médica implica em aumento de risco de morte, dentre outros riscos, para a mãe e para o bebê; iii) todos os atores envolvidos no assunto reconhecem a existência e importância do problema; iv) todas as políticas adotadas estão sendo ineficazes e v) a maioria dos obstetras que realiza parto pelos planos de saúde não realiza partos normais.

Sustenta ser medida importante na redução de cesarianas, o fornecimento pelas operadoras de saúde aos seus clientes, a pedido destes e em determinado prazo, os percentuais de cesarianas e partos normais efetuados pelos obstetras e hospitais que prestem serviço de atenção obstétrica.

Informa a importância da adoção do partograma como documento obrigatório, por possibilitar, inclusive, a posterior avaliação de uma correta indicação da cesariana, ao lado de permitir ao poder público, o estudo estatístico dos fatos para diretrizes de medidas futuras.

Alega, ainda, ser importante para o aumento de informação e consciência da mulher sobre sua gestação e parto, a implementação do Cartão Gestante, que possibilita o fornecimento de informações mais adequadas à assistência, se houver necessidade, por outros profissionais que não o médico que realizou o acompanhamento do pré-natal.

2207
*



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA FEDERAL – SEÇÃO JUDICIÁRIA DO ESTADO DE SÃO PAULO
24ª Vara Cível

Defende, ainda, o trabalho conjunto entre enfermeiras e obstetras, assim como, o acompanhamento de parturientes de baixo risco exclusivamente por enfermeiras, uma vez que a principal causa do número abusivo de cesáreas é a falta de disponibilidade de profissionais médicos para acompanhar todo o trabalho de parto. Informa que a adoção desta medida dependerá da autorização por parte dos estabelecimentos de saúde, fazendo-se necessária, portanto, a regulamentação da ANS explicitando que os estabelecimentos de saúde não poderão obstar o atendimento ao parto por enfermeiras obstetras se esta for a escolha da gestante.

Propõe que a ANS crie indicadores e notas de qualificação específicos para a redução do número de partos cirúrgicos, como forma de incentivo às práticas humanizadoras.

Informa que a remuneração dos honorários médicos é pelo mesmo valor, seja o parto normal ou cesárea. Todavia, este fato gera desvantagem para os médicos que atendem aos partos normais que, ordinariamente, levam bem mais tempo para serem concluídos, além da impossibilidade de prévio agendamento, ocasionando atrasos e desmarcação de consultas e outros compromissos pessoais e profissionais e, desta maneira, propõe formas diferenciadas de remuneração.

Ressalta não pretender esgotar a questão, nem tampouco entender que, com sua adoção, o problema do excessivo número de cesarianas estaria equacionado, tendo ciência de que o alcance dos resultados pretendidos depende ainda de outras modificações, a demandar as iniciativas de todos os sujeitos envolvidos no processo do nascimento humano.

Afirma que a presente demanda está fundamentada tanto no direito dos consumidores dos planos de saúde, como no próprio direito à saúde, garantido pelo Estado.

A Agência Nacional de Saúde - ANS é o órgão público com atribuição de regulamentar o setor de saúde privada, com vistas ao desenvolvimento das ações de saúde.

Em relação ao fornecimento dos índices de cesárea dos obstetras e hospitais, além deste pedido estar fundamentado no direito ao consumidor, encontra embasamento de garantia por parte da ré ANS em decorrência de suas competências regulatórias em estabelecer critérios de controle de qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras de saúde; de exercer o controle e avaliação da garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados direta ou indiretamente pelas operadoras e de, finalmente, zelar pela qualidade dos serviços de assistência complementar.

Informa que no tocante ao pedido de regulamentação da adoção do partograma como documento obrigatório, haver fundamento na competência regulamentar da ANS, destinada a estabelecer critérios de aferição do controle de



2268
X

PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA FEDERAL – SEÇÃO JUDICIÁRIA DO ESTADO DE SÃO PAULO
24ª Vara Cível

qualidade dos serviços; de exercer o controle e avaliação da garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados direta ou indiretamente pelas operadoras e de zelar pela qualidade dos serviços de assistência suplementar, afora o direito do consumidor à informação.

Quanto ao pedido de implantação do Cartão da Gestante obrigatório, sustenta seu fundamento no direito do consumidor à informação clara, além das obrigações da ANS em controlar, avaliar e zelar pela qualidade dos serviços prestados.

Esclarece que o pedido de implantação do cartão da gestante obrigatório, também encontra fundamento no direito do consumidor à uma informação clara e objetiva, além das obrigações da ANS em controlar, avaliar e zelar pela qualidade dos serviços prestados.

Defende, em relação ao pedido do parto poder ser realizado por enfermeiras, encontrar fundamento, em primeiro lugar, na Lei nº 7.498/86, que regulamenta o exercício da enfermagem e confere habilitação a este profissional para o atendimento ao parto normal sem distocia.

Assevera já haver reconhecimento, por parte da ré, da possibilidade da realização de parto normal por enfermeiros e que, no Brasil, os estabelecimentos de saúde com atendimento ao parto ainda permanecem dominados exclusivamente pela cultura médica.

Afirma, ainda, em relação ao incentivo de práticas humanizadoras do nascimento, ser sabido que a ANS possui uma **Política de Qualificação em Saúde Suplementar**, atribuindo uma nota às operadoras de acordo com diversos critérios, dentre eles, a proporção de cesarianas. E, a gravidade e importância deste tema reclama uma certificação específica.

Acerca do pedido referente a formas diferenciadas de remuneração entre parto normal e cesárea, encontra-se entre as atribuições da ANS estipular índices sobre investimentos e outras relações patrimoniais a serem observadas pelas operadoras de planos de assistência à saúde. Diante disto, defende incumbir à ANS a determinação para que as operadoras remunerem os atendimentos a partos normais em patamar consideravelmente superior ao de cesárea.

Às fls. 1.499/1.516 a Agência Nacional de Saúde Suplementar — ANS, apresentou contestação alegando que, dos seis pedidos formulados pelos representantes do PMF/SP, diversos não se inserem no âmbito de competência legal da ANS uma vez que o objeto desta demanda não se trata apenas de direito subjetivo de ordem contratual.



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA FEDERAL – SEÇÃO JUDICIÁRIA DO ESTADO DE SÃO PAULO
24ª Vara Cível

Informa que a saúde é direito de todos e dever do Estado, independente de se ter ou não plano privado de assistência à saúde e, deste modo, assevera a necessidade de participação de diversas outras entidades públicas e privadas envolvidas.

Sustenta que os pedidos "a", "b" e "c" da petição inicial não se encontram dentre o feixe de competência legal da ANS, sendo afetos a atuação do Conselho Federal de Medicina (CFM), que deverá integrar a lide na qualidade de litisconsorte passivo necessário.

Informa a necessidade de comprovação de existência de danos efetivos e concretos ao consumidor para que haja o cabimento da Ação Civil Pública (ACP), o que alega não ter ocorrido no presente caso, ou seja, de não constam nos autos qualquer prova de dano causado ao consumidor.

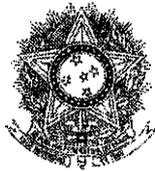
Aponta que a medida requerida afronta o sistema constitucional pátrio, deste modo, o pedido do MPF, autor, se deferido, configuraria flagrante interferência do Poder Judiciário no âmbito das competências e atribuições típicas do Poder Executivo.

Às fls. 1.608/1.622 o Ministério Público Federal apresentou réplica alegando o não cabimento do litisconsórcio passivo necessário uma vez que cabe apenas à ANS fiscalizar as atividades das operadoras e, portanto, a Agência pode exigir das operadoras que tenham o controle dos percentuais de cesarianas e partos normais por elas reembolsados e, correlatamente a isto, tem-se o direito do consumidor à esta informação.

Além disso, afirma que o requerido no item "a" não envolve qualquer questão de sigilo médico uma vez que o pedido restringe à informação dos percentuais de partos cesáreas e partos normais, sem qualquer referência à indicação de dados pessoais de pacientes, não havendo, desta forma, qualquer questão ética que deve ser submetida ao Conselho Federal de Medicina.

Em relação à adequação da via eleita, defende que a inicial foi acompanhada do Procedimento Administrativo nº 1.34.001.004458/2006-98, procedimento este que teve como finalidade a apuração das causas do elevado número de cirurgias cesarianas na rede privada de saúde, bem como, a obtenção de medidas para reverter esse quadro, restando comprovado o dano ao consumidor.

Esclarece não pretender, com a presente ação, que o Poder Judiciário imponha à ANS atribuições que estão fora da sua competência determinada em lei, mas sim a defesa do consumidor usuário dos planos de saúde. Sendo assim, para que sejam alcançados os referidos objetivos, faz-se necessário que a ANS utilize de sua competência fiscalizadora já prevista em lei.



2269
X

PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA FEDERAL – SEÇÃO JUDICIÁRIA DO ESTADO DE SÃO PAULO
24ª Vara Cível

Declarada a abertura da fase instrutória (fls. 1.624), o Ministério Público Federal, às fls. 1.626, informou não possuir mais provas a produzir e solicitou o prosseguimento do feito. A Agência Nacional de Saúde Suplementar — ANS, às fls. 1.630, manifestou-se no mesmo sentido, informando não possuir provas a especificar ou produzir.

Em petição de fls. 1.729/1.733 o Ministério Público manifestou-se acerca dos documentos juntados às fls. 1.711/1.726 sustentando que a estratégia adotada pela ANS, como incentivo ao parto normal, continua exatamente a mesma utilizada desde antes da propositura da presente demanda, que não se revelou eficaz.

Alega que a manifestação apresentada pela ré ANS, torna sua omissão em adotar medidas efetivas de incentivo ao parto normal e redução da realização de cesarianas desnecessárias, já que não apresentou nenhuma proposta de ação ou regulamentação nesse sentido.

Da r. decisão de fls. 1.736/1.737 a ré interpôs agravo retido e o Ministério Público Federal às fls. 1.750/1.758 apresentou contraminuta ao referido agravo.

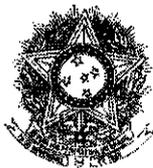
Realizada audiência nos dias 06 e 07/08/2014 para oitiva dos representantes das mais diversas instituições relacionadas ao assunto (fl. 1.900), a Associação Brasileira de Medicina de Grupo — Abrange requereu a juntada de material de divulgação denominado "**Projeto parto é normal**" (fls. 1.889/1.897); o Ministério Público e a Sogesp — Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo apresentaram os documentos de fls. 1.902/1.981, 1.986/2.058, 2.059/2.087.

O Ministério Público Federal apresentou memoriais às fls. 2.093/2.132.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, apresentou suas alegações finais às fls. 2.135/2.149.

Em decisão de fl. 2.150, foi deferido o prazo de 15 (quinze) dias à ANS para juntada de nova manifestação, o que foi feito às fls. 2.161/2.220 com o requerimento para juntada das minutas das duas resoluções normativas aprovadas pela Diretoria Colegiada da ANS, em reunião realizada no dia 26 de setembro de 2014, requerendo, ainda, a concessão de novo prazo de 60 (sessenta) dias para a ulitimação do procedimento de consulta pública e apresentação da manifestação final da ANS, acompanhada das minutas de Resolução Normativa, com sua redação final, o que foi deferido à fl. 2.221.

Às fls. 2.226/2.230, a ANS requereu a juntada de cópia da Resolução Normativa nº. 368, de 06 de janeiro de 2015. Ressaltou que o objeto do litígio



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA FEDERAL – SEÇÃO JUDICIÁRIA DO ESTADO DE SÃO PAULO
24ª Vara Cível

entre as partes remanesceria em relação aos temas da fixação de honorários em valor diferenciado para a realização de partos normais e quanto a normatização da obrigatoriedade de credenciamento de enfermeiros obstétricos no acompanhamento do trabalho de parto pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde e pelos hospitais.

Requeru então o reconhecimento da perda superveniente do interesse processual em relação aos pedidos já satisfeitos, após publicação da Resolução Normativa 368/15 e da instituição do **Programa de Qualificação de Operadoras** e, em relação aos pedidos remanescentes, pugna pela improcedência da ação.

O Ministério Público Federal se manifestou às fls. 2.232/2.235, sustentando persistir o interesse processual, ainda que tenha sido expedida a Resolução Normativa nº 368, diante da necessidade de determinação judicial para que a ré mantenha a regulamentação acerca de tais temas, ainda que sejam feitas alterações e adequações necessárias segundo seus critérios, ao longo do tempo. Reitera, ainda, os fundamentos de procedência debatidos nos autos.

Em petição de fls. 2.237/2.247 e 2.249/2.264, a ANS informou a celebração de acordo de cooperação voltada à construção de um novo modelo de parto na saúde complementar, esclarecendo que a **Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein** é o primeiro (e principal) prestador de serviço de saúde que implementará o Projeto Piloto em questão, sendo certo que assumiu o compromisso de disseminar e orientar novos projetos a serem desenvolvidos por outros representantes da rede de prestadores no Brasil.

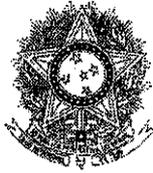
Vieram os autos conclusos para sentença.

É o relatório. Fundamentando, **DECIDO**.

FUNDAMENTAÇÃO

Trata-se de ação civil pública proposta pelo **Ministério Público Federal em face da Agência Nacional de Saúde Suplementar — ANS** na qual se objetiva a proteção dos direitos dos consumidores, usuários de planos de saúde privados, a fim de obterem uma adequada informação e prestação de serviços médicos obstétricos, oferecendo às mulheres gestantes e parturientes, melhores condições de nascimento de seus filhos pela via do parto normal, evitando a realização de cirurgias cesarianas contra a sua vontade e sem presença de efetiva recomendação médica para tanto. (fl. 03).

Requerida condenação da ré em expedir, no prazo fixado por este Juízo, regulamentação: **a)** determinando às operadoras de plano privado de assistência à saúde que forneçam a seus beneficiários, a pedido destes e, em prazo fixado pela ANS, os percentuais de cesarianas e partos normais efetuados pelos obstetras e



2270

PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA FEDERAL – SEÇÃO JUDICIÁRIA DO ESTADO DE SÃO PAULO
24ª Vara Cível

hospitais remunerados pela operadora, no ano anterior ao pedido; **b)** definindo, segundo critérios técnicos, um modelo de partograma e o estabeleça, como documento obrigatório a ser utilizado em todos os nascimentos, como condição para recebimento da remuneração da operadora de saúde; **c)** determinando a utilização do Cartão da Gestante como documento obrigatório; **d)** determinando às operadoras e hospitais que sejam obrigados a credenciar e possibilitar a atuação dos enfermeiros obstétricos no acompanhamento de trabalho de parto e do próprio parto; **e)** determinando a criação de indicadores e notas de qualificação para operadoras e hospitais específicos, para a questão da redução do número de cesarianas além da adoção de práticas humanizadoras do nascimento e **f)** estabelecendo que a remuneração dos honorários médicos a serem pagos pelas operadoras para o parto normal seja proporcional e significativamente superior em relação a cesariana, em montante a ser definido pela ANS segundo seus critérios técnicos.

As preliminares arguidas pela ré foram afastadas na r. decisão de fls. 1.736/1.737, que reproduzo, nesta oportunidade, com a respectiva fundamentação: "Tendo em vista a competência da Agência Nacional de Saúde Suplementar previstas nos incisos XV, XXIII, XXIV e XXXVII do art. 4º da Lei 9.961/2000 e as atribuições do Conselho Federal de Medicina (Lei 3.268/57, regulamentada pelo Decreto nº. 44.045/58 e regido pela Lei nº. 9.649/98), os pedidos versados nos itens "a", "b" e "c" da inicial não se referem às atribuições constitucionais de fiscalização e normatização da prática médica a ensejar a atuação do Conselho Federal de Medicina no polo passivo da presente ação.

Isto porque o pedido do item "a" se refere ao direito à informação, ou seja, a divulgação de dados relativos aos partos realizados; do item "b", por sua vez, busca a regulamentação da documentação do ocorrido durante o trabalho de parto, inclusive para fins estatísticos e do item "c", tratando-se de pedido de utilização do cartão da gestante como documento obrigatório independe de autorização ou fiscalização pelo Conselho de Medicina.

Desta forma, afastada que ficou a alegação de ilegitimidade da ANS com relação a esses três pedidos especificamente, ao mesmo tempo restou indeferida a inclusão do Conselho Federal de Medicina no polo passivo desta ação.

Alegou a ré, ainda, a inadequação da via eleita, diante da necessidade de comprovação da existência de danos efetivos e concretos ao consumidor para a propositura de ação civil pública.

No caso dos autos, tal questão também restou superada, na medida em que o Ministério Público Federal, como autor, no momento do ajuizamento da ação, acostou à inicial cópia integral de procedimento administrativo em que se baseou para a apuração das causas do elevado número de cirurgias cesarianas na rede privada de saúde e a obtenção de medidas para reverter este quadro, as quais são consideradas suficientes para a comprovação de existência de danos ao consumidor, especialmente à vista da notoriedade do crescente número de mortes de parturientes e neonatos em cesarianas realizadas no país.



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA FEDERAL – SEÇÃO JUDICIÁRIA DO ESTADO DE SÃO PAULO
24ª Vara Cível

Incabível, igualmente, a alegação da ANS de perda superveniente do objeto desta ação diante da publicação da Resolução Normativa 368/15, de instituição do Programa de Qualificação de Operadoras e, ainda, do acordo de cooperação técnica coordenado pela ANS com o Hospital Israelita Albert Einstein e o Institute for Healthcare Improvement (IHI) prevendo a implantação de estratégias de estímulo ao parto normal em 25 hospitais-pilotos, que poderão participar dessa iniciativa, voluntariamente, e receberão apoio da ANS, IHI e Einstein, na implantação deste novo modelo de atenção ao parto, pois somente após o ajuizamento desta ação é que tais medidas foram tomadas pela ré e, como assevera a parte autora, nada impede a revogação de resoluções normativas administrativamente em caso de ser proferida sentença sem uma resolução de mérito.

Diante disto, considerando conservar a ré resistência à pretensão da parte autora inclusive ao reiterar, expressamente, em petição de fls. 2.226/2.227, os termos da fundamentação técnica e jurídica externada na contestação e nas razões de agravo retido, há de se ter como presente o interesse de agir da autora pois, configurado o litígio e, portanto, a necessidade da atuação judicial.

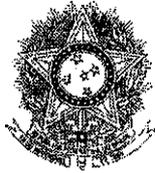
Passa-se, pois, ao exame do mérito.

Cinge-se a lide na verificação da possibilidade de regramento pela ANS às operadoras de saúde complementar, acerca de procedimentos e estruturação de atendimento médico hospitalar, a fim de se obter, concretamente, uma efetiva diminuição do número de cesáreas no Brasil, que ostenta, vergonhosamente, índices que o levam a poder ser considerado quase um campeão mundial em cesarianas.

A Lei nº 9.961/2000 ao criar a Agência Nacional de Saúde Suplementar — ANS previu suas competências no art. 4º, *in verbis*:

Art. 4º Compete à ANS:

- I - propor políticas e diretrizes gerais ao Conselho Nacional de Saúde Suplementar - Consu para a regulação do setor de saúde complementar;
- II - estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras;
- III - elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei no 9.656, de 3 de junho de 1998, e suas excepcionalidades;
- IV - fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço às operadoras;
- V - estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras;
- VI - estabelecer normas para ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS;



0271
*

PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA FEDERAL – SEÇÃO JUDICIÁRIA DO ESTADO DE SÃO PAULO
24ª Vara Cível

- VII - estabelecer normas relativas à adoção e utilização, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de mecanismos de regulação do uso dos serviços de saúde;
- VIII - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões;
- IX - normatizar os conceitos de doença e lesão preexistentes;
- X - definir, para fins de aplicação da Lei no 9.656, de 1998, a segmentação das operadoras e administradoras de planos privados de assistência à saúde, observando as suas peculiaridades;
- XI - estabelecer critérios, responsabilidades, obrigações e normas de procedimento para garantia dos direitos assegurados nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;
- XII - estabelecer normas para registro dos produtos definidos no inciso I e no § 1º do art. 1º da Lei no 9.656, de 1998;
- XIII - decidir sobre o estabelecimento de sub-segmentações aos tipos de planos definidos nos incisos I a IV do art. 12 da Lei no 9.656, de 1998;
- XIV - estabelecer critérios gerais para o exercício de cargos diretivos das operadoras de planos privados de assistência à saúde;
- XV - estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, sejam eles próprios, referenciados, contratados ou conveniados;**
- XVI - estabelecer normas, rotinas e procedimentos para concessão, manutenção e cancelamento de registro dos produtos das operadoras de planos privados de assistência à saúde;
- XVII - autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, ouvido o Ministério da Fazenda; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)
- XVIII - expedir normas e padrões para o envio de informações de natureza econômico-financeira pelas operadoras, com vistas à homologação de reajustes e revisões;
- XIX - proceder à integração de informações com os bancos de dados do Sistema Único de Saúde;
- XX - autorizar o registro dos planos privados de assistência à saúde;
- XXI - monitorar a evolução dos preços de planos de assistência à saúde, seus prestadores de serviços, e respectivos componentes e insumos;
- XXII - autorizar o registro e o funcionamento das operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem assim sua criação, fusão, incorporação, alteração ou transferência do controle societário, sem prejuízo do disposto na Lei no 8.884, de 11 de junho de 1994; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)
- XXIII - fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde e zelar pelo cumprimento das normas atinentes ao seu funcionamento;**



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA FEDERAL – SEÇÃO JUDICIÁRIA DO ESTADO DE SÃO PAULO
24ª Vara Cível

XXIV - exercer o controle e a avaliação dos aspectos concernentes à garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;

XXV - avaliar a capacidade técnico-operacional das operadoras de planos privados de assistência à saúde para garantir a compatibilidade da cobertura oferecida com os recursos disponíveis na área geográfica de abrangência;

XXVI - fiscalizar a atuação das operadoras e prestadores de serviços de saúde com relação à abrangência das coberturas de patologias e procedimentos;

XXVII - fiscalizar aspectos concernentes às coberturas e o cumprimento da legislação referente aos aspectos sanitários e epidemiológicos, relativos à prestação de serviços médicos e hospitalares no âmbito da saúde suplementar;

XXVIII - avaliar os mecanismos de regulação utilizados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;

XXIX - fiscalizar o cumprimento das disposições da Lei no 9.656, de 1998, e de sua regulamentação;

XXX - aplicar as penalidades pelo descumprimento da Lei no 9.656, de 1998, e de sua regulamentação;

XXXI - requisitar o fornecimento de informações às operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem como da rede prestadora de serviços a elas credenciadas;

XXXII - adotar as medidas necessárias para estimular a competição no setor de planos privados de assistência à saúde;

XXXIII - instituir o regime de direção fiscal ou técnica nas operadoras;

XXXIV - proceder à liquidação extrajudicial e autorizar o liquidante a requerer a falência ou insolvência civil das operadoras de planos privados de assistência à saúde; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

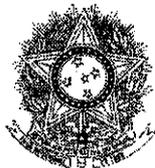
XXXV - determinar ou promover a alienação da carteira de planos privados de assistência à saúde das operadoras; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

XXXVI - articular-se com os órgãos de defesa do consumidor visando a eficácia da proteção e defesa do consumidor de serviços privados de assistência à saúde, observado o disposto na Lei no 8.078, de 11 de setembro de 1990;

XXXVII - zelar pela qualidade dos serviços de assistência à saúde no âmbito da assistência à saúde suplementar;

XXXVIII - administrar e arrecadar as taxas instituídas por esta Lei.

XXXIX - celebrar, nas condições que estabelecer, termo de compromisso de ajuste de conduta e termo de compromisso e fiscalizar os seus cumprimentos; (Vide Medida Provisória nº 1.976-33, de 2000) (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)



2272
X

PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA FEDERAL – SEÇÃO JUDICIÁRIA DO ESTADO DE SÃO PAULO
24ª Vara Cível

XL - definir as atribuições e competências do diretor técnico, diretor fiscal, do liquidante e do responsável pela alienação de carteira. (Vide Medida Provisória nº 2.097-36, de 2001) (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

XLI - fixar as normas para constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, incluindo: (Vide Medida Provisória nº 2.177-43, de 2001) (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

a) conteúdos e modelos assistenciais; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

b) adequação e utilização de tecnologias em saúde; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

c) direção fiscal ou técnica; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

d) liquidação extrajudicial; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

e) procedimentos de recuperação financeira das operadoras; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

f) normas de aplicação de penalidades; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

g) garantias assistenciais, para cobertura dos planos ou produtos comercializados ou disponibilizados; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

XLII - estipular índices e demais condições técnicas sobre investimentos e outras relações patrimoniais a serem observadas pelas operadoras de planos de assistência à saúde. (Vide Medida Provisória nº 2.177-43, de 2001) (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1º A recusa, a omissão, a falsidade ou o retardamento injustificado de informações ou documentos solicitados pela ANS constitui infração punível com multa diária de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), podendo ser aumentada em até vinte vezes, se necessário, para garantir a sua eficácia em razão da situação econômica da operadora ou prestadora de serviços. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º As normas previstas neste artigo obedecerão às características específicas da operadora, especialmente no que concerne à natureza jurídica de seus atos constitutivos. (grifos nossos)

Diante deste texto, constata-se que os pedidos deduzidos na inicial encontram-se situados no rol de competências da agência reguladora ré, prevista em lei, com relação às operadoras de planos privados de assistência à saúde a legitimar o contraste judicial da atuação da ANS.

Efetivamente, como argumenta a parte autora, não há como negar que as taxas de cirurgia cesariana praticadas no setor privado de saúde brasileira se



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA FEDERAL – SEÇÃO JUDICIÁRIA DO ESTADO DE SÃO PAULO
24ª Vara Cível

encontram muito acima dos 15% recomendados pela Organização Mundial da Saúde - OMS e não encontram similar em qualquer outro lugar do mundo, segundo dados que a própria ANS se encarrega de fornecer. E todos estudos desenvolvidos sobre o tema, levam à conclusão de que a realização de uma cirurgia cesariana acarreta maiores riscos de morte materna e de morte fetal em comparação com o parto normal, além de trazer outras complicações, razão pela qual uma decisão pela realização da cirurgia somente se justificar se presentes outros riscos para o nascimento por parto normal. Maiores e mais graves que aqueles presentes no parto normal.

Sobre este quadro inexistente qualquer controvérsia, pois presente um efetivo exagero de partos através de cesáreas no Brasil e que arriscaríamos afirmar não serem maiores porque em muitas localidades carentes deste país de proporções continentais partos normais são realizados por ausência de outra opção. Caso houvesse uma efetiva democratização da cesárea nos mais distantes rincões, a porcentagem seria assustadoramente maior.

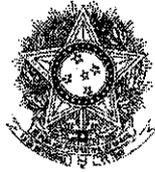
Conclusões de estudos científicos, fartamente apresentados junto com a inicial, demonstram que as complicações maternas são, drasticamente, superiores na cesárea, em comparação com o parto vaginal, assim como há uma sensível elevação do risco de hemorragias e/ou de retirada uterina (histerectomia), sem contar as maiores chances da necessidade de internação em UTI e risco de morte materno-fetal.

Obviamente, impossível afirmar que uma taxa de quase 90% de partos cirúrgicos (cesarianas) da totalidade dos partos realizados no setor privado de saúde, de maneira efetiva, ocorreu por necessidades médicas aferidas à partir da ponderação dos riscos entre as duas espécies de partos.

Embora se busque obstinadamente convencer do contrário, a mulher não perdeu a sua natural capacidade de parir e apenas mercê do emprego de um artificialismo, que não deixa de representar mais uma odiosa forma de submissão da mulher, e da pior maneira, pois conduzida de forma sutil e disfarçada como ocorrendo no seu interesse, atualmente o que se verifica é que estamos deixando de receber, condignamente, nossos semelhantes quando de seus nascimentos.

Não são poucos os casos noticiados pela inadequação de assistência à mulher na gestação, no trabalho de parto, durante e no pós parto, no ambiente médico-hospitalar e a sociedade brasileira já mostra sinais de indignação, na medida em que, assim como o ajuizamento desta ação revela, tem exigido uma maior e mais frequente e necessária intervenção legislativa ou judicial a fim de assegurar e garantir direitos eminentemente humanos que, em princípio, deveriam ser naturalmente respeitados.

Aliás, não constitui exagero deste Juízo observar, nos dias de hoje, um tratamento veterinário dispensado aos animais, mais adequado que o obstétrico dedicado às mães, não só em relação às consultas pré-natais e ao parto, mas que se



2273
A

PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA FEDERAL – SEÇÃO JUDICIÁRIA DO ESTADO DE SÃO PAULO
24ª Vara Cível

estende à amamentação, na medida em que, filhotes de animais não podem ser comercializados ou doados sem que haja o seu desmame, com isto garantindo-se a estes filhotes um período mínimo de contato com a fêmea.

Tristemente nossa sociedade tem dado mostras de um interesse maior em proteger uma fêmea animal do que a mulher, o que leva este Juízo a imaginar se não seria caso de, a exemplo de Heráclito Fontoura Sobral Pinto, na defesa de Harry Berger, preso na ditadura do Estado Novo e torturado até ficar louco, invocar a aplicação da Lei de Proteção ao Animais nos seguintes termos:

"Esta lei diz que nenhum animal pode ser posto numa situação que não esteja de acordo com a sua natureza. Um cavalo não pode ficar dentro de uma baia a vida inteira, tem que sair, galopar, isto é da sua natureza. O Homem também não pode ficar numa situação dessas, contrária a tudo que há na sua natureza e na sua psicologia."

Nada mais justo do que assegurar para as mulheres, o que ninguém ousaria negar a um animal, é dizer, o direito de poder de forma mais livre exercitar um ato cuja prerrogativa se encontra, exclusivamente, no mundo feminino: dar a luz à seu filho respeitando a natureza.

Historicamente, o modelo da assistência médica, imposto sob preceitos católicos, buscava descrever o sofrimento no momento do parto como um desígnio divino, uma pena e sacrifício a ser suportado pela mãe em razão do pecado original, impondo-se dificuldades e até mesmo penalizando qualquer apoio que viesse a aliviar riscos e dores do parto ao qual as mulheres se submetiam.

Com a evolução da humanidade a Obstetrícia passou a reivindicar o papel de resgatadora das mulheres, trazendo uma genuína preocupação humana para solução da parturição indolor, e com isto procurar negar a sentença do paraíso que há séculos a tradição religiosa vinha atribuindo à "bendita hora" da maternidade.

E nesta "assistência ao parto", o termo "humanizar" mostrou-se com os sentidos mais diversos.

Fernando Magalhães, conhecido como o pai da Obstetrícia, no início do Século XX e o professor Jorge de Rezende, na segunda metade do século passado, defenderam que a narcose e o uso de fórceps viam humanizar a assistência aos partos e esses conceitos foram sendo difundidos por autoridades em obstetrícia médica, inclusive no cenário internacional.

Apesar das muitas versões oferecidas, chegou-se ao entendimento no sentido de definir a humanização da assistência ao parto, como uma



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA FEDERAL – SEÇÃO JUDICIÁRIA DO ESTADO DE SÃO PAULO
24ª Vara Cível

mudança na compreensão deste momento como experiência humana e, para quem o assiste, uma mudança de comportamento, diante do sofrimento de uma mulher.

Esta **humanização** dos cuidados prestados à mulher durante o processo do nascimento ocorreu diante das vivências de manifestações de medo, sofrimento, angústia e ansiedade das mulheres, durante a evolução do trabalho de parto pelo processo de parturição proporcionado pelo modelo hospitalar, no qual as mulheres vivenciam o parto, muitas vezes imobilizadas, com pernas abertas e levantadas, tendo o funcionamento de seu útero acelerado ou reduzido, assistidas por pessoas que lhe são desconhecidas, ocasião em que, separadas de seus familiares e amigos, são submetidas a uma série de procedimentos, que incluem, inclusive, como rotina, a abertura cirúrgica da musculatura e tecido erétil da vulva e vagina (episiotomia) e, em muitos serviços, como nos hospitais-escola, uma retirada do bebê com fórceps nas primíparas. (aquela que dá a luz pela primeira vez).

Esta forma de assistência causadora de sofrimento físico e emocional desnecessário e o emprego da tecnologia disponível à humanidade, porém, de forma abusiva e irracional no parto, sob uma clara prevalência de enfoque de uma indústria da beleza estimulada na mídia como sinônimo de elegância e conforto da via cirúrgica no parto, terminou por ser reavaliada por acarretar mais danos que benefícios, levando ao surgimento de um movimento priorizando uma tecnologia mais adequada e apropriada, com um respeito maior à qualidade da interação entre a parturiente e cuidadores e a desincorporação de tecnologia que se mostrou danosa.

Apesar deste movimento, de natureza global, ter sido batizado com diferentes nomes nos diversos países, como "**parto sem dor**" na Europa, no Brasil recebeu denominação de "**humanização do parto**", basicamente, com o objetivo principal de reduzir a morbimortalidade perinatal e materna e a alta incidência de cesáreas.

A partir dele, vários estados brasileiros procuraram começar a oferecer uma assistência humanizada à gravidez e parto, a partir de propostas de mudanças nas suas práticas e, nessa tendência, desde o final da década de 1990, a expressão "**humanização do parto**" tem sido empregada pelo Ministério da Saúde, destinada a implantar uma série de políticas públicas promovidas com o apoio de várias organizações não-governamentais e entidades profissionais.

Neste contexto, o parto deve ser visto como ato específico da mulher, como considerado desde a antiguidade e não um ato médico equivalente a uma doença. Negar o parto como um ato da mulher consiste em negar-lhe um direito.

Gravidez e parto são eventos marcantes na vida tanto das mulheres como de suas famílias, e representam mais do que um simples evento biológico, pois integrantes da relevante transição da mulher para o "status" de "mãe".



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA FEDERAL – SEÇÃO JUDICIÁRIA DO ESTADO DE SÃO PAULO
24ª Vara Cível

Constituem eventos biossociais que se mostram cercados de valores culturais, sociais, emocionais e afetivos, que clamam por uma atenção com menor intervencionismo predominantemente médico mas, ao revés, em uma participação ativa da mulher neste processo, com ênfase em aspectos sociais e emocionais da parturição, de forma a transformá-la, como merecidamente, em experiência positiva e enriquecedora de todo o agrupamento familiar.

Colocar todos estes valores a perder, mercê de agendamento de cesárea numa sexta-feira, a fim de não atrapalhar o final de semana do médico e de permitir visitas à parturiente no fim de semana, onde conveniências de uma sociedade cada vez mais egoísta e hedonista, prevalece sobre o "tempo" que a gestação deve observar, até que de forma natural ocorra o início dos trabalhos de parto, artificialmente antecipando-o e retirando o filho do útero materno antes do seu tempo chega a ser desumano.

Depois se estranha o emprego exagerado de Prozac para crianças e adolescentes e não se entende a frustração precoce que revelam.

Neste quadro trágico, impossível deixar de ver como claramente necessária uma regulamentação mais adequada, pela ANS, visando melhores alternativas na promoção da saúde da mulher e da criança, apartando-a, inclusive, do egoísmo do direito de propriedade da clientela pela área médica, gerando uma odiosa competição que tem, como resultado, uma clientela que termina por ser assistida inadequadamente.

Mais uma vez vêm-nos à mente Sobral Pinto, ao observar em relação aos advogados:

"O advogado só é advogado quando tem coragem de se opor aos poderosos de todo gênero que se dedicam à opressão pelo poder. É dever do advogado defender o oprimido. Se não o faz, está apenas se dedicando a uma profissão que lhe dá sustento e à sua família. Não é advogado."

Deixa este Juízo aos médicos a necessária adaptação à medicina, que não deixa de representar uma forma de poder, no caso dos autos, que se evidencia em transformar um evento da mulher em um ato médico, considerando um parto como patologia a exigir intervenção cirúrgica cercada de todos os aparatos possíveis e imagináveis.

Cada profissional tem não só o seu papel e competência legal no desenvolvimento de uma assistência de real qualidade, mas também responsabilidade nesta assistência e que somente será efetivamente realizada, no momento em que todos unirem suas forças e assumirem, verdadeiramente, seus papéis de médicos e não apenas de se dedicarem a "profissão" que lhes dá sustento.



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA FEDERAL – SEÇÃO JUDICIÁRIA DO ESTADO DE SÃO PAULO
24ª Vara Cível

Uma política pública no âmbito do SUS aliada à regulamentação pela ANS, no setor privado, não pode deixar de se voltar ao estímulo do uso do conhecimento médico e tecnológico, porém deve limitá-la para as reais necessidades de intervenções, como as que ocorrem no parto com distocia.

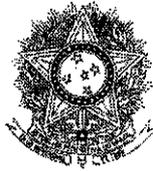
Como é possível aferir na presente ação, uma elevada taxa de cesarianas praticada nos hospitais particulares, ocorre diante de real e efetiva inexperiência de médicos na atenção ao parto normal, conforme relatado a este Juízo, em audiência, por professor de residência médica quando afirmou que: "se for dissociada na residência médica a disciplina de ginecologia, da obstetrícia, só se formariam ginecologistas. Em sua maioria, os estudantes de medicina se formam sem nunca ter visto ou participado, em estágio, de nenhum parto normal e, na residência (médica) apenas se aprimora no parto cirúrgico e, de fato, muitos não sabem acompanhar um parto que não dependa de cortes e suturas em que o médico participa ativamente dos procedimentos, cada vez mais em tempos recordes".

O pungente depoimento do professor revela, inclusive, que a mudança de modelo de assistência ao parto deve alcançar também os bancos acadêmicos, com uma efetiva melhoria da qualificação não só dos médicos, mas igualmente de enfermeiros obstétricos e obstetizes; de uma maior conscientização da população através de campanhas educativas institucionais; compreender o truísmo de que uma real melhora na qualidade da assistência às mulheres, a divulgação "boca a boca" acerca desta e a possibilidade de analgesia do parto normal, ainda ignorada, poderá se mostrar até mesmo mais eficaz que "campanhas publicitárias" diante do descrédito de uma população que vivencia o enorme descompasso entre o que se apregoa e a realidade na qual vivem.

Neste sentido, um acesso à informação aos clientes de planos de saúde, acerca das taxas percentuais, por tipo de parto, efetuados pelos médicos obstetras e hospitais que prestam os serviços de atenção obstétrica e a diminuição dos empecilhos encontrados à realização do parto normal nos estabelecimentos médicos insere-se neste contexto de mudança de modelo de atendimento às gestantes.

Esta mudança não é simples, como nenhuma mudança de cultura o é, pois, afora fazer parte do comportamento humano evitar o estresse da incerteza sobre o novo, possível constatar que, mesmo após a edição das resoluções normativas pela ANS informada nos autos, permanecem vivas discussões acaloradas em redes sociais, referentes a quem realmente caberia a decisão de determinar o tipo de parto: se à mulher (mãe) ou ao médico.

Busca-se, neste sentido, apresentar caso médico no início de abril de 2014, causador da polêmica: uma grávida negou-se em se submeter à cesariana, já em ambiente hospitalar. Tal procedimento indicado pelos médicos de plantão, foi justificado pelo histórico da mãe e pela posição do bebê no útero. Diante do impasse, a equipe médica colheu a negativa da parturiente e buscou tutela judicial para que a cesárea fosse ordenada, imediatamente, sob pena de danos irreparáveis à mãe e ao bebê. Com



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA FEDERAL – SEÇÃO JUDICIÁRIA DO ESTADO DE SÃO PAULO
24ª Vara Cível

base na comprovação da necessidade, a fim de preservar as duas vidas, o Poder Judiciário acatou o pleito, expedindo ordem para que a mulher fosse conduzida a estabelecimento de saúde para a realização de cesárea e o procedimento foi realizado.

À partir daí surgiu a questão: teria então o Poder Judiciário e o médico, legitimidade para impor à mulher qual o procedimento de parto ao qual ela deveria se submeter?

Dois elementos desta equação necessitam ser considerados: o primeiro é de que a decisão pelo parto cesáreo não foi do judiciário. A decisão foi, essencialmente, como não poderia deixar de ser, de natureza médica. A intervenção judicial ocorreu para solução de conflito entre direitos: de um lado, a manifestação de vontade da mãe pelo parto normal e de outro, a recomendação médica pelo parto via cesárea a fim de preservar a vida da mãe e do bebê, a qual, diante das informações médicas trazidas aos autos, foram consideradas prevalentes em relação à vontade de mãe.

No âmbito judicial, foi solvida a partir da ponderação, exclusivamente, de princípios jurídicos colocados em confronto: de um lado, o direito à vida da mãe e do bebê e, de outro, a livre manifestação de vontade da mãe.

No contexto exclusivamente de pacificação do conflito entre direitos - pois, da decisão médica o único aspecto examinado pelo juízo esteve na justificativa por eles apresentada nos autos, na medida em que eventual exame do "mérito" desta decisão, ou seja, um possível confronto não dispensaria de fundamentar-se em decisão, também médica, em sentido antagônico - apenas aplicou-se o Direito na pacificação de um conflito de interesses.

A Constituição do Brasil garante o direito à liberdade. Também, estabelece o princípio da reserva da lei, segundo o qual, ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei, assim como que ninguém poderá ser submetido a tratamento desumano ou degradante, tendo-se por inviolável a honra das pessoas.

O Código Civil brasileiro, igualmente garante que ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a um tratamento médico ou intervenção cirúrgica desnecessária e no campo da Bioética e, ainda, no Código de Ética Médica, a autonomia do paciente, igualmente, é garantida.

Considerado apenas este quadro, revelar-se-ia, em princípio, absurda a ideia de imposição de uma cesárea compulsória, por violar a liberdade e autonomia da gestante, constrangendo-a a uma intervenção cirúrgica, considerada por ela atentatória à integridade do seu próprio corpo.

E sem dúvida que a paciente tem o direito de escolher o tratamento que entender mais adequado dentre aqueles que o médico lhe pode oferecer,



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA FEDERAL – SEÇÃO JUDICIÁRIA DO ESTADO DE SÃO PAULO
24ª Vara Cível

com informações objetivas e claras, de forma tal, que o direito de escolha da paciente possa se realizar com consentimento mais livre e esclarecido e sem reserva mental.

Porém, também é certo que a Constituição do Brasil, assegura, como princípio, a inviolabilidade do direito à vida, que compondo o núcleo dos direitos da personalidade, permite, dependendo da necessidade do caso concreto, superar o da autonomia da vontade e, com exceções, a conduta médica não só pode como deve atribuir maior valor à vida do que à autonomia da vontade.

Chega a ser simples de entender: considere-se que a ninguém é dado o direito de submeter-se à escravidão, mesmo a pretexto de autonomia de vontade, pela indisponibilidade dos direitos da personalidade. O direito à vida insere-se neste contexto. É indisponível.

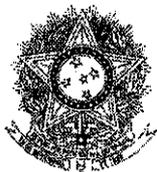
Casos limites, como a não aceitação de transfusão sanguínea por motivos religiosos fazem parte deste contexto sobre eles tendo a jurisprudência, inclusive, a oportunidade de se debruçar, e por representarem situações excepcionais, afastadas do padrão, devem merecer o devido exame toda vez que situação concreta surja, não sendo o caso nesta oportunidade.

Pertinente apenas observar que a prescrição médica de procedimentos desnecessários, como em caso de parto cirúrgico desnecessário, sob o ponto de vista objetivo, não havendo a presença de riscos à mãe e ao filho, configura infração ética, a ser respondida pelo profissional médico, em procedimento disciplinar, perante seu conselho de classe.

No Brasil, o trâmite da Representação nº 1.34.001.004458/2006-98 apresentado com a inicial revela que o termo "opção" pela mãe pela cesárea, afastando-se deste conteúdo veio se transformando em uma efetiva imposição, verdadeira ditadura de cesarianas, cujos números se mostram estarrecedores, já que até mesmo no **Sistema Único de Saúde - SUS**, a proporção dos partos cirúrgicos (cesarianas) passou de 24% em 2000 para 38% em 2011, índice por si só elevado e que, em hospitais privados, chega a incríveis 82%, especialmente diante do percentual de 15% que a Organização Mundial de Saúde - OMS, considera como o aceitável no total de partos.

Se no Brasil forem somados os percentuais das redes pública e privada, o índice alcança o incrível percentual de 52% do total de partos.

Nada obstante, a parte autora encontra-se longe de intentar "enfiar goela abaixo" a hospitais e planos de saúde, a realização obrigatória de partos normais e, para usarmos expressão relacionada aos partos, de obter, a "fôrceps", uma redução do número de cesarianas para os percentuais recomendados pela Organização Mundial de Saúde - OMS.



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA FEDERAL – SEÇÃO JUDICIÁRIA DO ESTADO DE SÃO PAULO
24ª Vara Cível

Até porque, seja pelo patamar preconizado pela Organização Mundial da Saúde não ser recente, o simples transplante de soluções de outros países ao Brasil poucas vezes trouxe bons resultados. Por isso, longe de se impor um valor percentual, deve ser recomendada a busca de um equilíbrio dentro da realidade nacional, a fim de estabelecer e equacionar, inclusive, qual o percentual realmente adequado à população feminina brasileira que, de antemão, embora possível não se apresentar razoável um índice igual ou abaixo de 15% de partos cirúrgicos necessários aos nascimentos, tampouco se há de ver como normal e natural, situar-se na casa dos oitenta por cento atuais.

Um índice para os partos cirúrgicos não pode ser imposto por meio de uma sentença ou ordem judicial, de aplicação imediata e forçada, devendo todavia ser, evidentemente, obtido em um prazo razoável, sob pena de inutilidade, e como resultado de adoção multifacetária de medidas políticas, de mudança da cultura médica acadêmica e de atualização profissional promovida em conjunto pelos Ministérios da Educação, Conselhos Profissionais de Medicina, de Enfermagem e demais entidades ligadas à saúde, dentre as quais não se pode descartar, nem mesmo os agentes de saúde municipais como elementos de conscientização.

E uma atualização dos modelos de atenção a partos não só não prescinde de uma participação efetiva dos planos de saúde como também, e principalmente, de uma divulgação de informações científicas suficientemente claras para que a mulher possa, realmente, avaliar e optar pelo tipo de parto necessário e adequado à sua condição de saúde, com isto tendo condições de poder distanciar-se da maioria das escolhas cirúrgicas atuais, relacionadas, em sua maioria, mais à comodidade dos profissionais médicos em agendar seus compromissos.

Isto não deixa, inclusive, de fazer certo sentido quando considerado o apelo que atualmente se proclama à eficiência, que vê apenas o volume de ganhos financeiros como o melhor signo de sucesso profissional. Em matéria de agências reguladoras como a ANS, afora a crítica frequente e imerecida, de serem presididas a partir do prestígio político do indicado, em detrimentos de capacidade técnica, procura-se atribuir-lhes, ao lado do dever de darem uma resposta a cidadãos que, indignados, buscam serviços mais eficientes, uma resposta destinada às empresas, através de uma regulação digna de confiança dos investidores a fim de que se sintam "seguros em seus ambientes de negócios".

Hoje, como nunca, presta-se vassalagem ao Deus dinheiro com seus templos representados, aqui como alhures, nas sedes dos grandes bancos. Um Deus poderoso capaz de causar catástrofes no mundo todo e levar países à uma total ruína, provocando desemprego e fome e causando até mais danos do que os produzidos por guerras convencionais pois estas ainda são capazes de proporcionar sentimento de solidariedade com a população vitimada.

22/16
X



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA FEDERAL – SEÇÃO JUDICIÁRIA DO ESTADO DE SÃO PAULO
24ª Vara Cível

Nas guerras convencionais as crianças vitimadas inspiram sentimentos. Naquelas em que o Deus dinheiro comanda inexiste equivalente complacência e podem sempre contar com seus sacerdotes prontos a atribuir notas AAA+; AAA-; BBB+; BBB-, etc. a fim de conduzir para onde desnecessário o capital apátrido e afastar de onde ele é necessário para o desenvolvimento.

E assim, um mundo que se mostra perdulário em mínimos e determinados espaços ao lado de uma carência de absolutamente tudo na sua maior parte, pretende se ver como civilizado.

A saúde no Brasil reflete um quadro semelhante. De um lado hospitais particulares que se equiparam aos melhores do mundo, com abundância de recursos materiais, tecnológicos, além de um corpo invejável de médicos, enfermeiros e auxiliares e, de outro, hospitais públicos que não contam nem mesmo com gaze, esparadrapo, seringas hipodérmicas, leitos ou mesmo macas, em corredores, em quantidades suficientes para atender a doentes que para eles acorrem. Isto sem contar uma falta crônica de médicos, enfermeiros e auxiliares, etc.

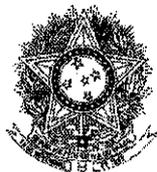
Este quadro não constitui objeto de exame no bojo desta ação voltada, basicamente, em analisar o exagero de partos cesáreos, na qual possível observar pelos elementos informativos dos autos e colhidos na instrução que a maior dificuldade encontrada pelas mulheres se refere à realização de parto normal através de planos de saúde e não da cesárea em si.

E mesmo podendo ser observado que uma iniciativa da opção pela cesárea possa não ter sua origem na orientação de médicos, as futuras mães, por medo, falta de informações ou até mesmo por mera comodidade, têm, cada vez mais, optado pela cesariana, até mesmo antes de engravidar, até porque terão sempre, mercê da desinformação, uma mulher disposta a lhes contar um caso sórdido de um parto normal que resultou em desgraça.

Enfim, exatamente a falta de informação induz a que relatos de complicações em partos normais sejam supervalorizados e que se ignore a possibilidade de equivalentes danos em cesáreas e nas quais a justificativa de tragédia, invariavelmente, será da presença de uma combinação de inúmeros fatores ocultando a cesárea como causa.

Num caso a tragédia é posta como decorrente, exclusivamente do parto, na cesárea raramente se apresenta como fator determinante, ocultada que fica na presença de "inúmeros fatores" mascarando a origem no parto cesariano.

De toda sorte, nenhuma imposição absoluta ou ditadura pode ser considerada boa, seja obrigando o parto normal, seja proibindo cesarianas, até porque os elementos dos autos indicam como elemento dominante, imprescindível e necessário, mais que tudo, uma melhor e maior divulgação de informações de qualidade à mulher, ao lado de um efetivo e real aperfeiçoamento na qualificação profissional, com consequente



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA FEDERAL – SEÇÃO JUDICIÁRIA DO ESTADO DE SÃO PAULO
24ª Vara Cível

eliminação de mitos que foram sendo criados e que só se prestam para estimular partos cirúrgicos.

Neste quadro, com relação ao pedido formulado na ação acerca da divulgação dos **percentuais de cesarianas e partos normais efetuados pelos obstetras e hospitais remunerados pela operadora de plano privado de assistência à saúde** no ano anterior ao questionamento de seus beneficiários com fixação de prazo, embora se mostre mais que razoável, conforme observações já expendidas, algumas considerações complementares dizendo respeito aos Planos de Saúde se mostram necessárias.

Na contratação de um plano de saúde, com plano obstétrico, a usuária tem evidente direito a uma informação completa, para os casos de negativa de seus pedidos e, inclusive, a indicação do procedimento que deve adotar para requerer uma revisão da decisão do Plano.

Isto decorre do fato do usuário de Plano de Saúde ser equiparado a consumidor, diante da disposição dos artigos 2º e 3º da Lei 8.078/1990. Aliás, a própria Lei nº 9.656/98, ao dispor sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, prevê em seu art. 35-G a aplicação do Código de Defesa do Consumidor - CDC, de forma subsidiária aos contratos de plano de saúde e, desta forma, deve ser garantido aos consumidores de planos privados de saúde, o direito à informação.

Neste sentido o artigo 6º, III do Código de Defesa do Consumidor, garante como direito básico do consumidor **"a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade e preço, bem como sobre os riscos que apresentam"**. Este direito também decorre dos princípios de probidade e de boa-fé inerentes aos contratos, conforme determinados nos artigos 422 do Código Civil e art. 4º do CDC.

Portanto, contratado o plano de saúde, a usuária tem direito à uma informação clara, precisa e completa, nos casos de negativa de pedidos, isto é, o direito de conhecer o exato motivo da recusa, a data desta negativa, quem a determinou e, ainda, qual o procedimento a ser tomado para pedir revisão da decisão do Plano de Saúde.

Sobre este aspecto, a Resolução 08/1998 do Conselho Nacional de Saúde Suplementar — CONSU, em seu art. 4º, estabeleceu que as operadoras de planos de saúde têm o dever de **"fornecer ao consumidor laudo circunstanciado, quando solicitado, bem como cópia de toda a documentação relativa às questões de impasse que possam surgir no curso do contrato (...)"** e, a par disso, a usuária tem o direito de receber estas informações, por escrito, uma vez que isso é que lhe permite buscar a proteção jurisdicional de seus direitos, de forma adequada e eficaz, conforme garantia do art. 6º, VII e VIII, do Código de Defesa do Consumidor.



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA FEDERAL – SEÇÃO JUDICIÁRIA DO ESTADO DE SÃO PAULO
24ª Vara Cível

Lamentavelmente a experiência deste Juízo permite afirmar que muitas das operadoras de plano de saúde têm, obstinadamente, ignorado este direito básico de sua clientela e se negam a fornecer estes elementos informativos, terminando por deixar as usuárias no desamparo ou, quando menos, causando-lhes prejuízos, não só de ordem material como também moral, postura esta cada vez mais frequente das operadoras.

Desrespeitam direitos de seu cliente usuário quando este busca saber se a negativa é mesmo justa, dificultando e até mesmo impedindo que possa buscar uma proteção do Poder Judiciário para uma reparação efetiva do dano através de execução direta, fazendo que a reparação do dano se transforme, pelo decurso do tempo, em mera "compensação" financeira de ordem moral.

Nesse sentido, a Agência Nacional de Saúde Suplementar — ANS, criada pela Lei nº 9961/2000, com função de regularizar, normatizar, controlar e fiscalizar as atividades que garantam a assistência suplementar à saúde, com objetivo de "promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, de regular as operadoras setoriais - inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores - e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país", inclusive mantendo postos de atendimento em praticamente todos os estados do Brasil para atender às demandas de consumidores, não só deve fiscalizar como, verdadeiramente, coibir este comportamento das empresas, aplicando-lhes penalidades em caso de recusa em respeitar direitos dos usuários dos planos de saúde e obstétrico.

Impõe-se também que a ANS garanta o direito à informação às usuárias de plano obstétrico para que estas tenham elementos que lhes permita uma escolha profissional de acompanhamento médico e, neste contexto, o fornecimento, pelas operadoras de saúde às suas clientes, a pedido destas e em prazo razoável a ser fixado pela ANS, supondo este juízo não poder ser extenso a ponto de esgotar a gravidez, dos percentuais de cesarianas e partos normais efetuados por obstetras e hospitais que prestam os serviços credenciados de atenção obstétrica, de forma clara e suficiente, inclusive para clientes que não estão grávidas e que pretendam escolher, eventualmente, o médico que possa acompanhar futura gravidez.

E, nem se diga que este acesso à informação a ser garantido à consumidora de plano de saúde, interfere no sigilo médico, na medida em que tais dados, não mencionam identificação ou individualização de qualquer pessoa por eles atendida mas apenas e, a rigor, de especialidade.

Não colhe o argumento, como ocorrente em redes sociais sobre eventual prejuízo dos médicos na divulgação de percentuais de tipos de parto que realizam, na medida que, os que possuem especialização em gestação de alto risco encontram uma perfeita justificativa para os altos índices de parto cirúrgico.

O receio, portanto, não é plausível, por caber à operadora de saúde e até mesmo ao órgão de classe, no caso, os Conselhos Federais e Regionais de



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA FEDERAL – SEÇÃO JUDICIÁRIA DO ESTADO DE SÃO PAULO
24ª Vara Cível

22718
A

Medicina, uma correta indicação das especializações que os médicos credenciados possuem e pela internet, é perfeitamente possível atualmente realizar uma busca destes profissionais extremamente qualificados, exatamente na necessidade de intervenção cirúrgica diante do risco apresentado pela paciente.

Têm-se, portanto, que esta recusa de informações em relação aos tipos de partos realizados pelos médicos obstetras a este pretexto, não se justifica, porém, em se apresentando necessária informação acerca dos índices da **totalidade dos partos realizados por determinado obstetra**, além dos divulgados pelas operadoras, individualmente, cabe à ANS os esclarecimentos necessários, posto somente ela possuir as informações de todas as operadoras relacionadas a partos realizados pelo profissional médico questionado pela consumidora.

Reciprocamente, não se deve descuidar de resguardar o direito do profissional médico questionar uma eventual discrepância entre os dados apurados, e sua realidade profissional. Aliás, dados de realidade não podem e não devem ser escondidos a pretexto de poderem causar prejuízos por não ferir esta divulgação um direito à intimidade ou mesmo de algum aspecto relacionado a direitos da personalidade constitucionalmente protegidos.

Se um médico somente faz cesáreas e não se dispõe a realizar partos normais, não pode sustentar que ter tal realidade divulgada é causadora de dano - à menos que dela não se orgulhe - a exemplo daquele que apenas, predominantemente realiza partos normais e, ocasionalmente, cesarianas. Serão apenas dados da realidade.

Outro esclarecimento que se reputa necessário, diante da realidade obstétrica na saúde suplementar do Brasil, refere-se à contratação dos "planos obstétricos" onde cabe, de antemão, a observação de que a própria distinção entre plano de saúde (ligado à atendimento médico) e plano obstétrico, (ligado o parto) revela que consistem realidades diferentes reconhecidas pela próprias operadoras. A simples distinção de contratos de plano de saúde e de plano obstétrico implica conclusão de ausência de identidade de ambos.

E, por óbvio que, quando se contrata um plano obstétrico, é esperado que ambos os tipos de partos estejam nele contemplados, contudo, a realidade mostra que não é isto que acontece de fato, pois alguns hospitais, inclusive considerados "de ponta" **aceitam a cobertura de planos de saúde apenas para cirurgias eletivas** recusando as consideradas decorrentes de atendimento em "pronto socorro".

Cirurgias eletivas, como sabido, são aquelas passíveis de agendamento antecipado, o que significa que estarão cobertas, na prática, apenas as cesáreas, que podem ser agendadas. Como o parto normal, pelo menos até agora, tem se recusado a se submeter à tirania do calendário gregoriano, apegando-se mais para as mudanças da lua do que dos dias, como se diz no mato, o atendimento para o parto normal termina por ser frustrado.



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA FEDERAL – SEÇÃO JUDICIÁRIA DO ESTADO DE SÃO PAULO
24ª Vara Cível

Assim, por impossível "marcar dia e hora" para um parto normal, no momento em que a gestante busca o atendimento hospitalar é submetida a uma análise e julgamento de portaria que, sem determinação de não poder enquadrá-lo como eletivo "por não ter hora marcada", cai na vala do considerado emergencial, é dizer, do atendimento de "pronto socorro" para o qual a cobertura do plano não se encontra prevista e cujas cláusulas, neste sentido, estão sempre à mão do hospital para recusar o atendimento, sequer sendo permitindo à mulher, condições de fazer qualquer tipo de requerimento, anotar "protocolos" ou mesmo de reclamar à ANS, restando-lhe, tão somente, tolerar ser levada por familiares a outro estabelecimento que aceite sua entrada pelo pronto socorro, mesmo tendo contratado um plano obstétrico.

A contradição é patente.

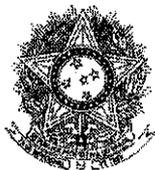
Uma contratação de plano obstétrico sem a ressalva contratual da cobertura do plano abranger exclusivamente cesáreas previamente agendadas pressupõe, como consequência natural de plano de natureza obstétrica, o atendimento que se fizer necessário no momento em que o trabalho de parto tenha seu início, que, não sendo doença ou enfermidade, não pode ser considerado como atendimento médico de "pronto socorro" que pressupõe, de fato, evento incerto passível de ocorrer, ou seja, presença de situação fora do campo de certeza do plano, especialmente quando se considera sua inspiração securitária, ou seja, de risco.

Para um parto - evento futuro e certo - nem mesmo se pode considerar presente a situação de "risco" em sentido securitário que não necessariamente ocorra.

Nesta capital de São Paulo, esta prática equivocada ocorre, inclusive, com o plano obstétrico Amil 140, Plus TRF, oferecido às servidoras vinculadas ao Tribunal Regional Federal desta 3ª Região, cuja cobertura obstétrica no Hospital Israelita Albert Einstein e Hospital Nipo Brasileiro, contemplam somente atendimento eletivo (cesárea) e, por sua vez, os Hospitais Adventista de São Paulo, Hospital Independência Zona Leste e Hospital Villa Lobos, somente se encontram presentes na relação de hospitais com pronto socorro obstétrico, a entender que, somente fariam partos normais, pesquisa esta que faz parte integrante desta sentença.

Oportuno que se esclareça ainda, acerca da definição de gestação a termo (disponível em: <http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2014/03/Definicao-de-Gestacao-a-termo-Final-1.pdf>).

“A gestação a termo era definida como um período de cinco semanas, entre 37 e 42 semanas. Acreditava-se que a morbidade e a mortalidade perinatal fossem idênticas e com igual incidência nas diferentes idades gestacionais, mas dados epidemiológicos mostram que isto não é verdadeiro. Existe sim uma diferença, principalmente morbidade respiratória, dependendo da idade gestacional do nascimento



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA FEDERAL – SEÇÃO JUDICIÁRIA DO ESTADO DE SÃO PAULO
24ª Vara Cível

dentro deste período a termo. Estudo elaborado pela Comissão presidida pelo professor João Steibel, mostrou dados significativos.

Em dezembro de 2012, em Bethesda, nos Estados Unidos, ocorreu uma reunião conjunta da National Institute of Child Health and Human Development, do American College of Obstetricians and Gynecologists, da American Academy of Pediatrics, da Society for Maternal-Fetal, do March of Dimes, e da World Health Organization (WHO).

Foi discutido como classificar a gestação a termo sob este novo conhecimento derivado da variação do desempenho perinatal. Os estudos mostraram que neste período, entre 37 semanas e 41 semanas e 6 dias de idade gestacional, a mortalidade/morbidade materno-fetal tem a forma de U, sendo o nadir (melhor desempenho) entre 39 semanas e 40 semanas e 6 dias.

Quanto à mortalidade infantil, ela é menor nos nascimentos entre 39 e 41 semanas. Morbidade dos recém-nascidos, como a síndrome da angústia respiratória, o uso do ventilador e admissão em unidade de terapia intensiva neonatal mostram as taxas mais baixas entre 39 semanas e 40 semanas e 6 dias.

Portanto, em uma redefinição de gestação a termo, a abordagem seria para:

Gestação a termo inicial (inglês: early term) 37 semanas até 38 semanas e 6 dias; Gestação a termo (inglês: full term) **39 semanas até 40 semanas e 6 dias**; Gestação a termo tardio (inglês: late term) 41 semanas até 41 semanas e 6 dias; Gestação pós-termo (inglês post term) 42 semanas ou mais.

Se forem seguidas essas recomendações, evitam-se nascimentos antes das 39 semanas sem indicação médica. Com isso, há melhora da saúde dos neonatos brasileiros. Mas vale lembrar que se houver início de parto espontâneo, ruptura das membranas amnióticas ou indicação médica de interrupção da gestação no período entre 37 semanas e 38 semanas e 6 dias, os nascimentos são adequados e não devem ser interrompidos.

A definição da idade gestacional deve ser a mais acurada possível. O uso da ultrassonografia no primeiro trimestre é o padrão ouro. Quando a paciente foi submetida à fertilização assistida, data da transferência é a mais precisa. Também se pode aceitar a ultrassonografia de segundo trimestre (entre 18 e 20 semanas), já que, na maioria das vezes, é impossível fazer um rastreamento universal no primeiro trimestre de gestação com a ecografia.

Se a DUM (data da última menstruação) é conhecida, um ultrassom obtido antes das 13 semanas e 6 dias, com um comprimento cabeça-nádega que corresponde a uma idade gestacional, dentro de cinco dias, confirma a estimativa de data



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA FEDERAL – SEÇÃO JUDICIÁRIA DO ESTADO DE SÃO PAULO
24ª Vara Cível

provável de parto (DPP). Por outro lado, a DPP estimada deveria basear-se no ultrassom, se a diferença entre as datas menstruais e do ultrassom é de seis dias ou mais. Para ultrassons entre 16 e 22 semanas de gestação, idade gestacional com base na biometria fetal, deve ser menor que 10 dias para confirmar DUM e a DPP estimada deve ser alterada somente se a diferença de idade gestacional calculada é de onze dias ou mais. Se a DUM é desconhecida, a idade gestacional deve ser baseada em ultrassom, de preferência, no primeiro trimestre. Quando realizada por profissionais treinados, o primeiro ultrassom é o mais preciso e a gravidez não deve ser considerada com base em ultrassom subsequente. A Biometria é baseada no diâmetro biparietal, circunferência abdominal e comprimento do fêmur” (Referências: 1. Spong CY. Defining “term” pregnancy: Recommendations from the Defining “Term” Pregnancy Workgroup. JAMA 2013;309:2445-6 2. Definition of term pregnancy. Committee Opinion n° 579. American College of Obstetricians and Gynecologists. ObstetGynecol 2013;122:1139-40).

Desta forma, a ré deve considerar a nova classificação de gestação a termo a partir de 39 semanas de gestação, a fim de se estabelecer a data do parto, excetuando-se, por óbvio, os raros casos em que a mulher não possa entrar em trabalho de parto, devidamente justificado pelo médico que lhe atenda. Ou seja, em um futuro próximo, as cesáreas somente serão “agendadas” para os casos raros necessários, sendo que na maioria dos partos, normais ou cesáreos, será realizado a seu termo.

No Brasil, infelizmente, ainda impera a ansiedade em se aguardar o parto. Não são raros os conselhos sociais, os chamados “pitacos alheios” para que se tire logo a criança, para não sofrer “riscos”, principalmente ao se aproximar da 40ª semana.

Um grande exemplo para as mulheres foi o parto da princesa britânica, realizado na 42ª semana. E sem alarde. E sem temor imerecido do tempo gestacional.

É preciso divulgar informação clara do período da gestação humana, a fim de se evitar que se consolide, no Brasil, a banalização da cesárea e, assim, o parto normal deixe de parecer um bicho de sete cabeças envolto em mitos e passe a ser, de fato, humanizado.

Ainda acerca da realização do parto, importante consignar que a cobrança de honorários, por médicos obstetras, diretamente aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde para a realização de procedimentos cobertos pelos referidos planos, denominada de “taxa de disponibilidade obstétrica”, tem sido frequentemente suscitada junto aos órgãos de defesa do consumidor.

Sobre o tema, a ré ANS, inclusive, emitiu a Nota Técnica n° 394/2014, manifestando-se quanto à ilegalidade de tal cobrança. E tal informação deva ser amplamente difundida.



200
A

PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA FEDERAL – SEÇÃO JUDICIÁRIA DO ESTADO DE SÃO PAULO
24ª Vara Cível

À luz da Lei nº. 9656/98, a qual dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, o artigo 12, inciso II, alínea “c”, dispõe sobre a obrigatoriedade pelas operadoras de planos de saúde, de cobertura de despesas referentes a honorários médicos relacionados a eventos que ocorram durante a internação hospitalar, incluindo aquela havida em obstetrícia.

Adicionalmente, a Resolução Normativa da ANS nº 338/2013 determina que o plano hospitalar com obstetrícia compreende toda a cobertura hospitalar por tal ato definida, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, à assistência ao parto e ao puerpério, estando todas essas etapas necessariamente cobertas pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.

É cediço que a maioria das brasileiras opta pelo acompanhamento do médico que fez o seu pré-natal na hora do parto e, para isso, muitas operadoras de plano de saúde ou os próprios profissionais cobram uma taxa extra e, portanto, ilegal. Tal prática só terá fim com a ampla divulgação desta informação às consumidoras de planos de saúde obstétrico.

Outro ponto é o que toca à regulamentação e adoção de um **modelo de partograma**, segundo critérios técnicos, como documento obrigatório a ser utilizado em todos os prontuários, como condição para recebimento da remuneração da operadora, possível verificar a possibilidade de sua implementação pela ANS, a teor do disposto no art. 4º, incisos XV, XXIV e XXXVII da Lei 9.961/2000 e art. 6º, III, do Código de Defesa do Consumidor.

Partograma nada mais é que um documento gráfico onde devem ser anotadas a progressão do trabalho de parto e as condições da mãe e do feto, ou seja, nada mais que um instrumento da obstetrícia onde se associa a simplicidade do seu manejo a uma utilidade prática.

Segundo médicos ouvidos em audiência perante este Juízo, o partograma é a primeira coisa que o residente aprende na especialização em ginecologia e obstetrícia, documento essencial no acompanhamento do trabalho de parto, ou seja, chega até mesmo a ser redundante uma edição de regulamentação de obrigatoriedade deste partograma, tornando-se justificável pela relutância ou mesmo despreparo na atuação obstétrica de médicos em cumprir com este procedimento.

Sobre este documento, uma experiência multicêntrica, realizada pela OMS na Indonésia, Malásia e Tailândia, constatou a efetividade e o baixo custo de sua realização. Nesse estudo, a proporção de trabalhos de parto com duração superior a 18 horas, caiu pela metade após a implantação do partograma. O índice de cesarianas entre mulheres "normais" (isto é, sem a presença de sérias complicações ou risco elevado na admissão ao parto) foi reduzido de 5,2% para 3,7%, o que se presta a demonstrar que um partograma, corretamente usado, melhora, nos hospitais e maternidades, o acompanhamento mais preciso dos trabalhos de parto.



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA FEDERAL – SEÇÃO JUDICIÁRIA DO ESTADO DE SÃO PAULO
24ª Vara Cível

A implantação do partograma encontra-se ligada à **Conferência para a Maternidade Segura**, organizada em Nairobi em fevereiro de 1987 pela **Organização Mundial da Saúde (OMS), Banco Mundial e Fundo para Populações das Nações Unidas**. Nessa conferência em Nairobi, concluiu-se com um "chamado para a ação", incluindo uma detecção precoce, **da progressão anormal do trabalho de parto e a prevenção dos procedimentos de parto prolongado**.

As recomendações foram adotadas em vários países, diante das consequências sociais da morte materna para a família e os filhos, exatamente pelo reconhecimento do alto índice de mortalidade materna e a possibilidade de prevenção, na maioria dos casos, passíveis de serem evitadas com o auxílio deste documento.

No Brasil, oportuno que se observe, a morte materna representa para a sociedade mais do que uma perda humana no plano afetivo para alcançar aspectos econômicos diante do chamado constitucional representado no princípio da solidariedade, da sociedade estar obrigada a arcar com os custos de pensão por morte previdenciária até os vinte e um anos de idade do órfão e, muitas vezes, o pagamento de licença maternidade para o pai ao assumir totalmente essa responsabilidade.

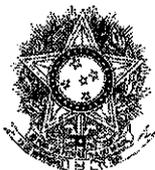
Representa, portanto, sempre ônus para a sociedade na medida que se encontra, nos termos constitucionais a arcar com o financiamento das prestações sociais.

Como se verificou, o partograma pode sim reduzir significativamente riscos de hemorragia pós-parto e sepse e, ainda, evitar o trabalho de parto obstruído, a ruptura uterina e suas sequelas, cabendo à ANS a sua implementação por meio de regulamentação.

Com relação à implantação de **obrigatoriedade do cartão da gestante**, trata-se de medida que pode ser, igualmente, implementada pela ré, diante da previsão de suas competências no art. 4º, incisos XV, XXIV e XXXVII da Lei nº. 9.961/2000 e art. 6º, III do Código de Defesa do Consumidor.

É, de fato, uma importante medida para o aumento da informação e consciência da mulher sobre sua gestação e parto, possibilitando, ainda o fornecimento de informações mais adequadas à sua assistência, por qualquer outro profissional além daquele que a acompanhou no pré-natal, a exemplo do que já ocorre no âmbito do SUS.

Com a implantação de um adequado modelo assistencial ao parto pelas operadoras de planos de saúde, com menores índices de cesarianas, este cartão se torna indispensável para continuidade do atendimento da gestante, e possibilita que qualquer profissional que a atenda, tenha condições de assisti-la por contar com uma gama de informações suficientes para esse atendimento, bem como que contenha as informações imprescindíveis às consumidoras dos planos de saúde obstétricos, em relação



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA FEDERAL – SEÇÃO JUDICIÁRIA DO ESTADO DE SÃO PAULO
24ª Vara Cível

aos seus direitos e às informações necessárias acerca da gestação e as vias de parto, além das respectivas coberturas a que tem direito, relacionando-se hospitais e profissionais credenciados para o seu atendimento.

Nesta mesma seara, possível verificar encontrar-se a necessidade de revisão do modelo assistencial à gestante no pré-natal, trabalho de parto e parto, e mesmo no pós parto, com a obrigação, pela ANS, de **credenciamento e possibilidade da atuação dos enfermeiros obstétricos e obstetizes, no acompanhamento de trabalho de parto e do parto em si.**

A ANS já reconheceu a possibilidade da realização de parto normal por enfermeiros, incluindo, no rol de procedimentos e eventos em saúde — Resolução Normativa nº 167 e a cobertura obrigatória pelas operadoras, do acompanhamento de trabalho de parto e de parto, realizados por enfermeira obstétrica.

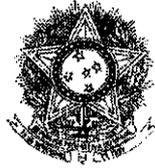
Isto já acontece no âmbito do SUS, nos centros de parto normal e nas casas de parto, (como a casa de parto de Sapopemba, nesta capital de São Paulo) em que partos, sem complicações, são atendidos por enfermeiros e obstetizes, com o caso sendo encaminhado a médicos, somente se há necessidade.

Quem sabe em um futuro não tão distante se possa presenciar instalações de casas de parto particulares, conveniadas aos planos de saúde, para atendimento de suas consumidoras!

Aspecto igualmente relevante que deve ser considerado na proposta de um modelo assistencial a ser implantado diz respeito à integral assistência à gestante, desde o início do trabalho de parto, visto que muitas ficam extremamente inseguras e sem assistência, nas muitas idas e vindas à maternidade, até que o nascimento aconteça pela via de parto normal. Ou seja, entre o início do trabalho de parto, até a sua realização efetiva, ainda inexistente um modelo que contemple uma assistência razoável à gestante.

É fácil perceber a diferença deste atendimento total à gestante, constatado por qualquer programa televisivo que mostre nascimentos de bebês, em contraponto aos gravados em maternidades no Brasil que, em sua grande maioria, mostram os bastidores de cesáreas agendadas.

No ABC já existe um espaço de convivência humanizado considerado referência para a gestante à primeira infância, com atendimento multidisciplinar em obstetrícia, ginecologia e pediatria humanizadas, doulagem e amamentação, eutonia, fisioterapias pré e pós parto, psicoterapias, e grupos de apoio ao parto e pós parto além de cursos nestas áreas a fim de se ensinar as mães desde ginástica no pré e pós parto, cada vez mais necessária considerando que as pessoas somente se locomovem em automóveis e quando andam a pé é para chegar até um elevador ou escada rolante em um shopping, além de como amamentar, banhar e cuidar dos bebês.



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA FEDERAL – SEÇÃO JUDICIÁRIA DO ESTADO DE SÃO PAULO
24ª Vara Cível

Reconhecidamente uma necessidade atual quando se leva em conta a atual composição da família com ambos os cônjuges ocupados em suas atividades profissionais morando distante de pais e mães pela residência hoje não mais ser estabelecida em razão deste contato mas tendo em mira evitar o trânsito entre casa e trabalho. Aliás se considerado que grande parte das avós e mães não raras vezes se encontram no exercício de atividades profissionais, mesmo morar perto não representaria grande comodidade às jovens mães de terem a garantia de apoio das próprias mães nos cuidados dos filhos.

Essas jovens mães terminam por ser impelidas em arrumar creches e escolas cada vez mais precocemente para essas crianças e mesmo a licença maternidade na previdência social de apenas quatro meses, em cotejo com o período recomendado de amamentação de no mínimo seis meses se apresenta contraditório.

Efetivamente, se gravidez não é doença, o parto não pode ser encarado como um ato exclusivamente médico, enfim, uma patologia a ser curada, inclusive, com intervenção cirúrgica cercada de todos os seus aparatos como, emprego de centro cirúrgico; de assistentes, de instrumentador, de anesthesiologistas, enfermeiras, etc.

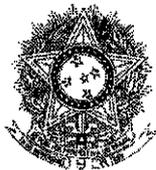
Lamentavelmente, um dado de observação revela que a cultura médica do país tem, senão impedido, no mínimo, desestimulado uma visão do parto como um evento de natureza não patológica e portanto, médica.

Parto nada mais é que a expulsão do feto, do útero materno e só necessita de intervenção médica em caso de presença de intercorrências ou complicações, ou seja, a assistência ao parto deve ser vista, primeiramente, como um evento da natureza, que reconhecidamente é sábia, apenas admitindo a intervenção humana se não se pode evitá-la, e exclusivamente naquele aspecto em que se recomendar, acima de tudo, não podendo ser considerado um ato médico exclusivo pois pode, perfeitamente, ser auxiliado e realizado por profissionais qualificados não médicos.

Embora estes profissionais possuam competência legal e qualificação necessária para exercício desta atividade, tanto o enfermeiro obstétrico, quanto o obstetrix, permanecem sendo afastados como integrantes necessários de equipe multidisciplinar destinada a assistir a gestante no pré-natal, em trabalho de parto e em partos sem distocia.

E, chegam a não ser autorizados pelos seus empregadores (hospitais) a uma atuação direta no parto, o que se revela absurdo.

O curso de enfermagem se ramifica em diversas especializações e uma delas é a enfermagem obstétrica, que capacita, qualifica e atualiza o enfermeiro para poder prestar assistência integral à mulher nas diversas fases da sua vida, com maior foco, evidentemente, no período da gravidez e de lactância.



22/02
J

PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA FEDERAL – SEÇÃO JUDICIÁRIA DO ESTADO DE SÃO PAULO
24ª Vara Cível

O profissional enfermeiro obstetra encontra-se apto em analisar, criticamente, a situação da gestante e de investigar problemas que possam prejudicá-la ou ao seu filho, buscando soluções através de diversos métodos científicos, e se encontram habilitados para conduzir partos, quando acontecem de forma natural, examinar a gestante, verificar as contrações, dilatações e demais alterações no funcionamento do organismo feminino no momento do parto, além de constatarem qualquer alteração patológica que possa requerer atendimento médico especializado.

O obstetrix, por sua vez, é o profissional titular diplomado do recente Curso Superior de Obstetrícia que, por lei, possui competência legal para realizar assistência obstétrica, cuja graduação em Obstetrícia tem ênfase na promoção da saúde da mulher e na assistência da mulher durante a gravidez, o parto e no pós-parto.

A Lei nº 7.498/86 em seu art. 6º, inciso II denomina como "enfermeiro", igualmente, o profissional detentor do diploma ou certificado de Obstetrix ou de Enfermeiro Obstétrico, razão pela qual não podem, nem devem, ser discriminados na atuação obstétrica de um novo modelo assistencial ao parto a ser implementado pela ré na rede privada de saúde.

A única diferença entre esses profissionais é do enfermeiro obstetra possuir especialização após um curso superior regular de enfermagem e o obstetrix não necessitar de nenhuma especialização complementar para o exercício das atividades obstétricas.

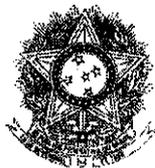
Algumas considerações ainda sobre este tema são relevantes:

O disposto no artigo 11, da Lei nº 7.498/86, ao regulamentar a profissão do Enfermeiro estabelece que a direção, organização e planejamento, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de Enfermagem, são atividades exercidas de forma privativa pelo Enfermeiro (entenda-se, igualmente, o obstetrix) nos serviços de saúde, no âmbito do SUS e no sistema privado de saúde.

Em seu inciso II, regulamenta, inclusive, a prescrição, pelo enfermeiro (ou obstetrix) de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotinas aprovadas pela instituição de saúde.

Na Resolução COFEN nº 159/93, encontra-se disposição acerca da Consulta de Enfermagem em seu art. 1º, que determina que, em todos os níveis de assistência à saúde, seja em instituição pública ou privada, a consulta de Enfermagem deve ser obrigatoriamente desenvolvida na Assistência de Enfermagem.

No Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, destacando os princípios fundamentais dispõe que o profissional de enfermagem atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com autonomia e, em consonância com os preceitos éticos e legais.



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA FEDERAL – SEÇÃO JUDICIÁRIA DO ESTADO DE SÃO PAULO
24ª Vara Cível

A Resolução COFEN nº 195/1997 disciplina no art. 1º, procedimento pelo qual o Enfermeiro pode solicitar exames de rotina e complementares quando no exercício de suas atividades profissionais;

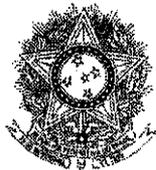
A Resolução COFEN nº 223/1999, ao dispor sobre a atuação dos profissionais Enfermeiros na Assistência à Mulher no Ciclo Gravídico Puerperal, estabelece em seu art. 1º, que a realização de Parto Normal sem Distocia é da competência de enfermeiros, e dos portadores de Diploma, Certificado de Obstetriz ou Enfermeiro Obstetra, bem como Especialistas em Enfermagem Obstétrica e na Saúde da Mulher, Em seu art. 2º dispõe sobre a competência para a assistência à gestante, parturiente e puérpera, no acompanhamento do trabalho de parto e na execução e assistência obstétrica em situação de emergência. Em seu art. 3º, a competência, ainda, para assistência a parturiente e ao parto normal; identificação de distocias obstétricas e tomada de todas as providências necessárias, até a chegada do médico, devendo intervir, de conformidade com sua capacitação técnico-científica, adotando os procedimentos que entender imprescindíveis, para garantir a segurança do binômio mãe/filho; realização da episiotomia, episiorrafia e aplicação de anestesia local quando couber; emissão de Laudo de Enfermagem para autorização de Internação Hospitalar e o acompanhamento do cliente sob seus cuidados, da internação até a alta.

Como já se encontra em prática no âmbito do SUS, não deve ser preterida nenhuma destas suas qualificações no âmbito privado de saúde, inclusive com possível vantagens ao Planos de Saúde.

Como possível constatar que ao enfermeiro obstétrico e obstetriz incumbem as atividades obstétricas, inclusive consultas de enfermagem, solicitação de exames de rotina e complementares no exercício de suas atividades profissionais, realização de parto normal sem distocia, assistência à gestante, parturiente e puérpera, acompanhamento dos trabalhos de parto, execução e assistência obstétrica em situação de emergência, identificação de distocias obstétricas e tomada de todas as providências necessárias, até a chegada do médico, realização da episiotomia, episiorrafia e aplicação de anestesia local quando couber, ou seja, o acompanhamento da mulher sob seus cuidados, da internação até a alta, o reconhecimento, por sentença judicial, da possibilidade de atuação destes profissionais no setor privado de saúde, encontra respaldo legal e à ré deve ser imposto o seu devido cumprimento.

Neste sentido, a ANS deve assegurar a possibilidade do atendimento por esses profissionais e regulamentar suas atividades no âmbito privado da saúde, a fim de que os estabelecimentos de saúde não impeçam o atendimento por enfermeiras obstétricas ou obstetrias, já devidamente equiparados por lei, ao parto, sem complicações.

Pode-se, inclusive, prever que tal reconhecimento até mesmo favorece os planos de saúde na medida que partos normais exigem um período menor de



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA FEDERAL – SEÇÃO JUDICIÁRIA DO ESTADO DE SÃO PAULO
24ª Vara Cível

internação, dispensa de uma equipe médica completa com participação de médico, assistentes, instrumentador; uso de centro cirúrgico, etc.

Com relação à criação de indicadores e notas de qualificação para operadoras e hospitais específicos visando a redução do número de cesarianas e adoção de práticas humanizadoras do nascimento, tem-se que, embora a ANS já possua uma Política de Qualificação em Saúde Suplementar e um dos indicadores se encontre na proporção de cirurgias cesarianas, o resultado se mostra ainda bastante tímido frente ao grave problema e da importância do tema.

A possibilidade da criação de indicadores e notas de qualificação específicos para a redução no número de partos cirúrgicos encontra respaldo no art. 4º, incisos V, XV, XXIV e XXXVII da Lei nº 9.961/2000.

Da mesma forma, deve-se estimular, por meio de regulamentação, práticas que promovam ao relaxamento e o alívio da dor no parto, com emprego de seus mais diversos recursos visando obtenção de um modelo humanizado de assistência ao parto.

Por fim, embora se defenda eventual indiferença que a remuneração possa causar na decisão acerca da via de parto a ser adotada, necessário o estabelecimento de remuneração dos honorários médicos a serem pagos pelas operadoras, proporcional e significativamente superior para o parto normal em relação ao parto por cesariana, pela ANS, como fundamento na sua atribuição para estipular índices sobre investimentos e outras relações patrimoniais a serem observadas pelas operadoras de planos de assistência à saúde, a teor do disposto no art. 4º, inciso XLII, da Lei nº 9.961/2000.

Não se deve ignorar que acompanhamento de um parto normal é muito mais minucioso e consideravelmente mais demorado que a realização de uma cesárea, exigindo a presença do profissional, quando médico, por mais tempo a representar uma desvantagem financeira do profissional que se dispõe ao atendimento do parto normal, frente aos que preferem a realização de cesáreas, em série, em um mesmo dia de trabalho.

Se por um lado, a remuneração em si, pode não indicar, isoladamente, uma reversão pela preferência na decisão do parto normal em relação ao cirúrgico, de outro lado, considerando as estratégias para o incentivo dessa prática, aliada à necessidade de constante aprimoramento profissional dos envolvidos e, ainda, diante da economia dos insumos hospitalares que obviamente não são utilizados no parto não cirúrgico e ausência da necessidade de outros profissionais como instrumentadores cirúrgicos e auxiliares de cirurgia e, com relação à atenção e exames constantes a serem feitos na gestante e o período de tempo de atenção exclusiva a um único parto, possibilitando, inclusive, a possibilidade, a critério da paciente, de acompanhamento no parto do médico que lhe acompanhou no pré-natal, apresenta-se justo que estas verbas



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA FEDERAL – SEÇÃO JUDICIÁRIA DO ESTADO DE SÃO PAULO
24ª Vara Cível

sejam revertidas aos profissionais (médicos, enfermeiros obstétricos e obstetrizas) que se dedicam ao parto normal, na proporção de honorários de, no mínimo, o triplo do valor atribuído ao parto cesáreo, considerando ainda, que partos normais ensejam índices muito menores de necessidade de UTI, tanto para o neonato como para a gestante, além das inúmeras diminuições de complicações, conforme demonstrado pela farta documentação acostada à inicial e informações colhidas em audiência pelos profissionais que se dispuseram a colaborar com este Juízo nesta difícil tarefa de buscar equacionar o problema da chamada "epidemia de cesárea" no Brasil.

DISPOSITIVO

Isto posto e pelo mais que nos autos consta, **JULGO PROCEDENTE** o pedido inicial, resolvendo o mérito da causa, nos termos do art. 269, inciso I, do Código de Processo Civil para determinar à ANS que proceda à regulamentação no sentido de:

a) determinar às operadoras de plano privado de assistência à saúde, **que forneçam a seus beneficiários, a pedido destes e em prazo fixado pela ANS, os percentuais de cesarianas e partos normais efetuados pelos obstetras e hospitais remunerados pela operadora no ano anterior** ao questionamento;

b) definir, segundo critérios técnicos, um modelo de partograma estabelecendo-o como documento obrigatório a ser utilizado em todos os nascimentos, como condição para recebimento da remuneração da operadora ou de relatório médico nos casos excepcionais de impossibilidade;

c) determinar a **utilização do Cartão da Gestante como documento obrigatório** a ser fornecido às gestantes;

d) determinar às operadoras e hospitais que credenciem e possibilitem a atuação de enfermeiros obstétricos e obstetrizas no acompanhamento de trabalho de parto e do próprio parto, mantendo atualizada a relação de profissionais credenciados para livre consulta das consumidoras;

e) criação de **indicadores e notas de qualificação para operadoras e hospitais específicos** para a questão da redução do número de cesarianas e adoção de práticas humanizadoras do nascimento e

f) estabelecer que a **remuneração dos honorários profissionais a serem pagos pelas operadoras ao parto normal de, no mínimo, o triplo do valor atribuído à cesariana**, cujo montante será definido pela ANS, segundo seus critérios técnicos.

Presentes os requisitos do art. 461 do Código de Processo Civil, **CONCEDO TUTELA ANTECIPADA** e, da mesma forma que foi suficiente para a



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA FEDERAL – SEÇÃO JUDICIÁRIA DO ESTADO DE SÃO PAULO
24ª Vara Cível

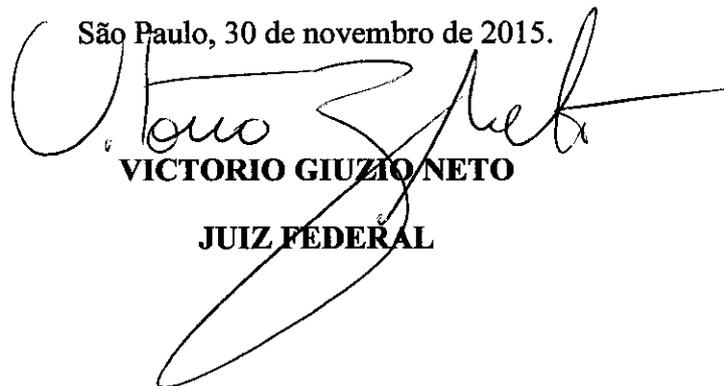
edição das resoluções normativas apresentadas em Juízo que, **no prazo de 60 (sessenta) dias**, a Diretoria Colegiada da ré elabore as minutas de Resoluções Normativas necessárias para implementação das determinações supra e os atos necessários para a sua publicação, sem atrasos injustificáveis diante da relevância pública da matéria tratada nestes autos e da necessidade premente de se atribuir ao parto normal como desfecho natural da gravidez, com práticas humanizadas de recepção dos nossos semelhantes na rede privada de saúde, sob pena de multa diária de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) em caso de descumprimento, a ser revertida a pessoa jurídica que diligenciou administrativamente culminando no ajuizamento da presente ação, “Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa”, cujos valores ficarão sob fiscalização do Ministério Público Federal, a fim de possibilitar o propósito de seu objeto social na promoção dos benefícios do parto humanizado, do parto ativo, do protagonismo da mulher no parto e contra a banalização da cesariana, a fim de contribuir para a diminuição dos elevados índices de cesáreas no Brasil.

Comunique-se ao Conselho Federal de Medicina (CFM), Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), bem como as demais instituições que compareceram em audiência perante este Juízo.

Tendo em vista a jurisprudência majoritária contrária ao recebimento de honorários pelo Ministério Público (Neste sentido: RESP 895.530/PR) e por questão de simetria aos termos do art. 17 da Lei nº. 7.347/85, deixo de impor a condenação em honorários advocatícios à ré.

Publique-se, Registre-se e Intime-se.

São Paulo, 30 de novembro de 2015.



VICTORIO GIUZIO NETO
JUIZ FEDERAL



2285
f

Busca avançada da rede credenciada

Sua busca localizou 21 prestadores:

MATERNIDADES

Nome	Bairro	Cidade
HOSPITAL DA LUZ - UNIDADE SANTO AMARO - CNPJ: 08.100.676/0006-73 HOSPITAL DA LUZ UNIDADE SANTO AMARO RUA BARAO DO RIO BRANCO, 555 CEP: 04753001 Telefone(s): 11-2185-0500	SANTO AMARO	SAO PAULO
HOSPITAL METROPOLITANO - CNPJ: 51.722.957/0125-12 RUA MARCELINA, 441 CEP: 05044010 Telefone(s): 11-3677-2000	VILA ROMANA	SAO PAULO
HOSPITAL DA LUZ - CNPJ: 51.722.957/0005-06 RUA AZEVEDO MACEDO, 113 CEP: 04013060 Telefone(s): 11-2117-6000 11-2139-1724	VILA MARIANA	SAO PAULO
HOSPITAL VITORIA - CNPJ: 29.435.005/0045-40 AVENIDA VEREADOR ABEL FERREIRA, LOTE 18 A 35 - QUADRA 36 CEP: 03340000 Telefone(s): 11-3581-1000	VILA REGENTE FEIJO	SAO PAULO
CASA DE SAUDE GUARULHOS - CNPJ: 44.266.229/0001-48 RUA DONA ANTONIA, 658 CEP: 07021000 Telefone(s): 11-2406-3555	VILA DAS PALMEIRAS	GUARULHOS
HOSPITAL CENTRAL DE GUAIANAZES - CNPJ: 53.636.015/0001-07 RUA CABO JOSE TEIXEIRA, 189 CEP: 08451010 Telefone(s): 11-2551-5151 11-2557-0745	VILA IOLANDA(LAJEADO)	SAO PAULO
HOSPITAL DE CLINICAS JARDIM HELENA - CNPJ: 47.140.322/0001-08 RUA ERVA ANDORINHA, 123 CEP: 08090470 Telefone(s): 11-2582-8500	JARDIM HELENA	SAO PAULO
HOSPITAL E MATERNIDADE 8 DE MAIO - CNPJ: 58.404.005/0001-60 RUA RAFAEL MONTEIRO VALEIRO, 18 CEP: 08140020 Telefone(s): 11-2561-0907 11-2561-0908	JARDIM TUA	SAO PAULO
HOSPITAL E MATERNIDADE MASTER CLIN - CNPJ: 02.396.119/0001-50 RUA DR GALVAO GUIMARAES, 72 CEP: 03970040 Telefone(s): 11-2177-4444	JARDIM SANTA ADELIA	SAO PAULO

Nome	Bairro	Cidade
HOSPITAL E MATERNIDADE SAO LUIZ ITAIM - CNPJ: 06.047.087/0002-10 RUA DOUTOR ALCEU DE CAMPOS RODRIGUES, 95 CEP: 04544000 Telefone(s): 11-3040-1230 11-3040-1270	VILA NOVA CONCEICAO	SAO PAULO
HOSPITAL E MATERNIDADE SEFACO - CNPJ: 60.961.422/0001-55 RUA VERGUEIRO, 4210 CEP: 04102002 Telefone(s): 11-2182-4444 11-2182-4772	VILA MARIANA	SAO PAULO
HOSPITAL E MATERNIDADE VIDAS - CNPJ: 96.534.300/0001-20 AVENIDA NOSSA SENHORA DO SABARA, 2375 CEP: 04685006 Telefone(s): 11-3321-9450	VILA SANTANA	SAO PAULO
HOSPITAL E MATERNO INFANTIL MARCIA BRAIDO - CNPJ: 44.393.916/0001-24 RUA LUIS LOUZA, 48 CEP: 09540430 Telefone(s): 11-4228-8000	OLIMPICO	SAO CAETANO DO SUL
HOSPITAL E PS PORTINARI - CNPJ: 49.460.108/0001-56 HOSPITAL E PRONTO SOCORRO PORTINARI AVENIDA CANDIDO PORTINARI, 439455 CEP: 05114000 Telefone(s): 11-3465-0700	VILA JAGUARA	SAO PAULO
HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN - CNPJ: 60.765.823/0001-30 HOSPITAL ALBERT EINSTEIN AVENIDA ALBERT EINSTEIN, 627 CEP: 05652000 Telefone(s): 11-3747-1233	JARDIM LEONOR	SAO PAULO
HOSPITAL NIPO BRASILEIRO - CNPJ: 60.992.427/0006-50 RUA PISTOIA, 100 CEP: 02189000 Telefone(s): 11-2633-2200 11-2633-2599	PARQUE NOVO MUNDO	SAO PAULO
HOSPITAL NOSSA SENHORA DE FATIMA - CNPJ: 59.307.074/0001-18 RUA NOSSA SENHORA DE FATIMA, 497 CEP: 09540100 Telefone(s): 11-4227-8200	SANTA PAULA	SAO CAETANO DO SUL
HOSPITAL SAMARITANO - CNPJ: 60.544.244/0001-67 HOSPITAL SAMARITANO - SP RUA CONSELHEIRO BROTERO, 1486 CEP: 01232010 Telefone(s): 11-3821-5300	SANTA CECILIA	SAO PAULO
HOSPITAL SAN PAOLO - CNPJ: 15.186.359/0001-72 RUA VOLUNTARIOS DA PATRIA, 2786 CEP: 02402100 Telefone(s): 11-3405-8200 11-3405-8227	SANTANA	SAO PAULO
HOSPITAL SANTA JOANA - CNPJ: 60.678.604/0001-13 HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA JOANA RUA DO PARAISO, 432 CEP: 04103000 Telefone(s): 11-5080-6000 11-5571-1129	PARAISO	SAO PAULO

2006
A

eleito

eleito

2207
*

Nome	Bairro	Cidade
 Exclusivo para produtos de quarto privativo.		
PRO-MATRE PAULISTA , CNPJ: 60.678.604/0002-02 ALAMEDA JOAQUIM EUGENIO DE LIMA, 383 CEP: 01403001 Telefone(s): 11-3269-2233 11-3353-2233	JARDIM PAULISTA	SAO PAULO

Legenda de ícones

-  Padrão nacional de qualidade
-  Padrão nacional de qualidade
-  Padrão nacional de qualidade
-  Padrão internacional de qualidade
-  Padrão internacional de qualidade
-  Comunicação de eventos adversos
-  Profissional com especialização
-  Profissional com residência
-  Título de Especialista
-  Qualidade monitorada



Busca avançada da rede credenciada

Sua busca localizou 23 prestadores:

PRONTO SOCORRO OBSTETRICO E GINECOLOGICO

Nome	Bairro	Cidade
CASA DE SAUDE GUARULHOS - CNPJ: 44.266.229/0001-48 RUA DONA ANTONIA, 658 CEP: 07021000 Telefone(s): 11-2408-3555	VILA DAS PALMEIRAS	GUARULHOS
HOSPITAL ADVENTISTA DE SAO PAULO - CNPJ: 43.586.122/0009-71 RUA ROCHA POMBO, 49 CEP: 01525010 Telefone(s): 11-2838-7000 11-2838-7100	LIBERDADE <i>is normal</i>	SAO PAULO
HOSPITAL CENTRAL DE GUAIANAZES - CNPJ: 53.636.015/0001-07 RUA CABO JOSE TEIXEIRA, 189 CEP: 08451010 Telefone(s): 11-2551-5151 11-2557-0745	VILA IOLANDA(LAJEADO)	SAO PAULO
HOSPITAL DA LUZ - CNPJ: 51.722.957/0005-06 RUA AZEVEDO MACEDO, 113 CEP: 04013060 Telefone(s): 11-2117-6000 11-2139-1724	VILA MARIANA	SAO PAULO
HOSPITAL DA LUZ - UNIDADE SANTO AMARO - CNPJ: 08.100.676/0006-73 HOSPITAL DA LUZ UNIDADE SANTO AMARO RUA BARAO DO RIO BRANCO, 555 CEP: 04753001 Telefone(s): 11-2185-0500	SANTO AMARO	SAO PAULO
HOSPITAL DE CLINICAS JARDIM HELENA - CNPJ: 47.140.322/0001-08 RUA ERVA ANDORINHA, 123 CEP: 08090470 Telefone(s): 11-2592-8500	JARDIM HELENA	SAO PAULO
HOSPITAL E MATERNIDADE B DE MAIO - CNPJ: 58.404.005/0001-60 RUA RAFAEL MONTEIRO VALEIRO, 18 CEP: 08140020 Telefone(s): 11-2561-0907 11-2561-0908	JARDIM TUA	SAO PAULO
HOSPITAL E MATERNIDADE MASTER CLIN - CNPJ: 02.396.119/0001-50 RUA DR GALVAO GUIMARAES, 72 CEP: 03970040 Telefone(s): 11-2177-4444	JARDIM SANTA ADELIA	SAO PAULO
HOSPITAL E MATERNIDADE SAO LUIZ ITAIM - CNPJ: 06.047.087/0002-10 RUA DOUTOR ALCEU DE CAMPOS RODRIGUES, 95 CEP: 04544000 Telefone(s): 11-3040-7230 11-3040-1270	VILA NOVA CONCEICAO	SAO PAULO

20/09
[Handwritten mark]

Nome	Bairro	Cidade
HOSPITAL E MATERNIDADE SEPACO - CNPJ: 60.961.422/0001-55 RUA VERGUEIRO, 4210 CEP: 04102002 Telefone(s): 11-2182-4444 11-2182-4772	VILA MARIANA	SAO PAULO
HOSPITAL E MATERNIDADE VIDAS - CNPJ: 96.534.300/0001-20 AVENIDA NOSSA SENHORA DO SABARA, 2375 CEP: 04685006 Telefone(s): 11-3321-9450	VILA SANTANA	SAO PAULO
HOSPITAL E MATERNO INFANTIL MARCIA BRAIDO - CNPJ: 44.393.916/0001-24 RUA LUIS LOUZA, 48 CEP: 09540430 Telefone(s): 11-4228-8000	OLIMPICO	SAO CAETANO DO SUL
HOSPITAL E PS PORTINARI - CNPJ: 49.460.108/0001-56 HOSPITAL E PRONTO SOCORRO PORTINARI AVENIDA CANDIDO PORTINARI, 439455 CEP: 05114000 Telefone(s): 11-3465-0700	VILA JAGUARA	SAO PAULO
HOSPITAL INDEPENDENCIA ZONA LESTE - CNPJ: 71.951.099/0001-55 RUA URUCURANA, 01 CEP: 08061100 Telefone(s): 11-2030-6000	JARDIM PEDRO JOSE NUNES	SAO PAULO
HOSPITAL METROPOLITANO - CNPJ: 51.722.957/0125-12 RUA MARCELINA, 441 CEP: 05044010 Telefone(s): 11-2677-2000	VILA ROMANA	SAO PAULO
HOSPITAL NOSSA SENHORA DE FATIMA - CNPJ: 59.307.074/0001-18 RUA NOSSA SENHORA DE FATIMA, 497 CEP: 09540100 Telefone(s): 11-4227-8200	SANTA PAULA	SAO CAETANO DO SUL
HOSPITAL SAMARITANO - CNPJ: 60.544.244/0001-67 HOSPITAL SAMARITANO - SP RUA CONSELHEIRO BROTERO, 1486 CEP: 01232010 Telefone(s): 11-3821-5300	SANTA CECILIA	SAO PAULO
HOSPITAL SAN PAULO - CNPJ: 15.186.359/0001-72 RUA VOLUNTARIOS DA PATRIA, 2786 CEP: 02402100 Telefone(s): 11-3405-8200 11-3405-8227	SANTANA	SAO PAULO
HOSPITAL SANTA JOANA - CNPJ: 60.678.604/0001-13 HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA JOANA RUA DO PARAISO, 432 CEP: 04103000 Telefone(s): 11-5080-6000 11-5571-1129	PARAISO	SAO PAULO
<input checked="" type="checkbox"/> Exclusivo para produtos de quarto privativo.		
HOSPITAL VILLA LOBOS - CNPJ: 06.047.087/0077-37	ALTO DA MOOCA	SAO PAULO

no normal

[Handwritten mark]

228
1

Nome	Bairro	Cidade
RUA LITUANIA, 260 CEP: 03184020 Telefone(s): 11-3239-4781		
HOSPITAL VILLA LOBOS - CNPJ: 08.674.693/0001-00 RUA LITUANIA, 260 CEP: 03184020 Telefone(s): 11-2076-7000	ALTO DA MOOCA	SAO PAULO
HOSPITAL VITORIA - CNPJ: 29.435.005/0045-40 AVENIDA VEREADOR ABEL FERREIRA, LOTE 18 A 35 - QUADRA 36 CEP: 03340000 Telefone(s): 11-3581-1000	VILA REGENTE FEIJO	SAO PAULO
PRO-MATRE PAULISTA - CNPJ: 60.678.604/0002-02 ALAMEDA JOAQUIM EUGENIO DE LIMA, 383 CEP: 01403001 Telefone(s): 11-3269-2233 11-3353-2233	JARDIM PAULISTA	SAO PAULO

normal

Legenda de ícones

-  Padrão nacional de qualidade
-  Padrão nacional de qualidade
-  Padrão nacional de qualidade
-  Padrão internacional de qualidade
-  Padrão internacional de qualidade
-  Comunicação de eventos adversos
-  Profissional com especialização
-  Profissional com residência
-  Título de Especialista
-  Qualidade monitorada

