

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E ECONÔMICAS
FACULDADE DE DIREITO**

**CONTRIBUIÇÕES RESULTANTES DA ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO
FEDERAL EM FAVOR DA REDUÇÃO DO ELEVADO ÍNDICE DE CESARIANAS
NO ÂMBITO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL**

LIANDRA DE SOUZA ALVES VIEIRA

**Rio de Janeiro
2022/2**

LIANDRA DE SOUZA ALVES VIEIRA

**CONTRIBUIÇÕES RESULTANTES DA ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO
FEDERAL EM FAVOR DA REDUÇÃO DO ELEVADO ÍNDICE DE CESARIANAS
NO ÂMBITO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL**

Monografia de final de curso, elaborada no âmbito da graduação em Direito da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como pré-requisito para obtenção do grau de bacharel em Direito, sob a orientação do **Professor Dr. Luigi Bonizzato**.

**Rio de Janeiro
2022/2**

CIP - Catalogação na Publicação

V658c Vieira, Liandra de Souza Alves
CONTRIBUIÇÕES RESULTANTES DA ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO
PÚBLICO FEDERAL EM FAVOR DA REDUÇÃO DO ELEVADO
ÍNDICE DE CESARIANAS NO ÂMBITO DA SAÚDE SUPLEMENTAR
NO BRASIL / Liandra de Souza Alves Vieira. -- Rio
de Janeiro, 2022.
148 f.

Orientador: Luigi Bonizzato.
Trabalho de conclusão de curso (graduação) -
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade
Nacional de Direito, Bacharel em Direito, 2022.

1. Assistência ao parto. 2. cesarianas. 3.
Ministério Público Federal. 4. setor suplementar.
5. Agência Nacional de Saúde Suplementar. I.
Bonizzato, Luigi, orient. II. Título.

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática da UFRJ com os dados fornecidos pelo(a) autor(a), sob a responsabilidade de Miguel Romeu Amorim Neto - CRB-7/6283.

LIANDRA DE SOUZA ALVES VIEIRA

**CONTRIBUIÇÕES RESULTANTES DA ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO
FEDERAL EM FAVOR DA REDUÇÃO DO ELEVADO ÍNDICE DE CESARIANAS
NO ÂMBITO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL**

Monografia de final de curso, elaborada no âmbito da graduação em Direito da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como pré-requisito para obtenção do grau de bacharel em Direito, sob a orientação do **Professor Dr. Luigi Bonizzato**.

Data da Aprovação: __ / __ / ____.

Banca Examinadora:

Orientador

Membro da Banca

Membro da Banca

Rio de Janeiro
2022/2

AGRADECIMENTOS

Há tantas pessoas a quem quero agradecer, mas agradeço, primeiramente, a Deus por ter me alcançado com seu amor gracioso e misericórdia inesgotável. Ter sido alvo do amor de Deus me transformou, assim como a forma que enxergo a realidade. Por isso, desde que o conheci, nada na minha vida faz sentido se não for feito para apontar para Ele.

Agradeço a Deus por ter enviado seu Filho amado por meio de uma gravidez e porque cada gravidez me faz lembrar que, um dia, uma gravidez foi o meio pelo qual o Senhor redimiu o mundo.

Agradeço a Hilton e Catia, os melhores pais que Deus poderia ter me dado. Obrigado por me amarem tão profundamente, por me sustentarem em todas as circunstâncias, por terem feito tudo que estava ao alcance de vocês — e até o que não estava — para que eu tivesse uma vida e educação melhor do que a que vocês tiveram. Vocês são a condição de possibilidade para que eu tenha chegado até aqui e, sem vocês ao meu lado, vocês jamais teriam essa monografia em mãos.

Agradeço à minha irmã. Liane — naninha —, nunca vou me esquecer que, com você, aprendi a escrever as minhas primeiras letras, quando minha mãe ainda nem sonhava em me colocar na escola. Eu amo ter você como irmã e sou grata a Deus por tudo que já vivemos juntas até aqui.

Agradeço ao meu único e grande amor, Luiz Felipe. Nem nos meus melhores sonhos eu imaginaria que encontraria alguém como você. Obrigada por me amar de forma tão sacrificial, por me sustentar nos momentos tão difíceis que vivi esse ano, por ter sonhado comigo com essa monografia, por ter conversado tantas e tantas vezes comigo para que eu conseguisse a delimitação do objeto dessa monografia. Você tem tornado a minha vida ainda mais bela. Eu te amo, meu bem.

Agradeço à minha amiga-irmã. Natália, como eu sou grata a Deus por ter vivido os últimos dez anos da minha vida com você. Eu sei que sempre fomos e para sempre seremos a Natandra, as gêmeas de úteros diferentes. Obrigada por ser tão presente na minha vida, por sempre buscar o meu bem e sempre me lembrar do valor de uma amizade dada por Deus.

Agradeço à minha Primeira Igreja Batista do Recreio dos Bandeirantes e a todos os amigos, pastores e líderes, que me inspiram a querer viver mais perto de Deus. Destaco especialmente o Pastor Wander Gomes, o Pastor Rogério Leitão, o Pastor Guilherme Nascimento e a Camila Nascimento, três das maiores referências que tenho na igreja. Ser Corpo de Cristo com essa igreja é maravilhoso! Vocês me elevam.

Agradeço às melhores companhias que eu jamais imaginei ter. Natália Oliveira, Amanda Martins, Rebeca Moreira, Júlia Souza, Giovanna Montessi e Vitória Nicácio, vocês foram essenciais nesses momentos tão conturbados. Me incentivaram, me ouviram falar sobre parto centenas de vezes, opinaram quando questionadas, me lembraram do quanto eu gostava de fazer o que eu estava fazendo. Sei que encho vocês de “séries da minha vida” e que a monografia foi uma delas, mas espero poder dividir todas as que ainda virão.

À Faculdade Nacional de Direito da Universidade Federal do Rio de Janeiro, todos os seus professores e funcionários. Considero privilégio de Deus ser filho desta casa de tanta tradição. Agradeço em especial ao Professor Luigi Bonizzato, que de forma presente e paciente tanto me ajudou para que essa monografia fosse finalizada. Agradeço também aos Professores Carlos Bolonha, Inês Tavares, Luciana Silveira, Fábio Shecaira, Paulo Emílio de Macedo, Thiago Celli, Vanessa Velasco, André Roque, Luiz Cláudio Gomes, por serem professores cinco estrelas, donos das aulas mais prazerosas desta faculdade.

Agradeço também à Doutora Roberta Trajano Sandoval Peixoto, à Doutora Marcela Barboza, à Doutora Karen Campello, à Doutora Luciana Castro, ao Doutor Vitor Queiroz e à Doutora Fernanda Domingues.

Doutora Roberta, te agradeço por ter me ensinado a ter alta estima pelo serviço público e, especialmente, pelo serviço que busca a efetivação do direito à saúde no Brasil. Seu trabalho me fez admirar o Ministério Público enquanto instituição e me mostrou o quanto eu, de fato, amo o Direito. Sua dedicação, profissionalismo e excelência deixaram uma marca indelével na minha vida e espero poder te imitar no futuro. Estagiar com você no 45º Ofício de Tutela Coletiva da Saúde está diretamente relacionado à escolha do tema desta monografia.

Doutoras Marcela, Karen e Luciana, vocês são o meu trio de chefia favorito. Obrigada por sempre acreditarem tanto no meu trabalho e me impulsionarem em cada oportunidade.

Essa monografia não existiria se vocês não tivessem me escolhido para fazer todas as demandas relativas à assistência ao parto que surgiam na Assessoria Jurídica do CREMERJ. Vocês estarão para sempre na minha memória como as chefes com quem mais pude contar nesse período conturbado que é a formação acadêmica. Gustavo Henrique, você não poderia deixar de ser mencionado. Sem você eu jamais teria conseguido ganhar familiaridade com conceitos médicos e, especialmente, obstétricos, e entender discussões sensíveis que se dão a partir da interseccionalidade entre o Direito e a Medicina, graduações que, de forma tão estranha, transitam no seu cérebro brilhante.

Doutor Vitor e Doutora Fernanda, agradeço a vocês por todo o apreço que sempre demonstraram por mim e por terem me ensinado tanto em tão pouco tempo. Nunca me esquecerei de vocês. Com vocês ultrapassei limites que jamais pensei que pudesse ultrapassar e cada capacidade exigida pelo escritório foi em mim aperfeiçoada na minha relação com vocês. Muito obrigada.

Agradeço à CRU FND e aos seus integrantes, por fazerem com que eu me sentisse em casa na faculdade durante estes anos. Desde o começo, viver experiências com Deus ao lado de vocês nesta faculdade tem sido inesquecível. Cada Tempo com Deus, cada reunião de oração no corredor do 2º andar, cada Cogitare, cada Cru Talks, cada recepção de calouros, cada almoço no famoso restaurante do Manel, cada café da manhã com os funcionários, cada encontro fora da faculdade... muitas lembranças que vou guardar com carinho. Vocês se tornaram a minha família dentro da faculdade. Obrigado a vocês por tudo.

Agradeço, em especial, a Amanda Centeno, Mariana Gouvêa, Lucas Pimenta, Síntique Vidal, Weverton Neri, Isaque Soares, Victor Palomo, Laura Moreira, Camila Nascimento, Julio Rafael e Leandro Santos. Viver o serviço à CRU FND ao lado de vocês me moldou e me fez mais parecida com Jesus. Vocês são exemplares e jamais me esquecerei de vocês.

Agradeço com muito carinho às Clandestinas. Isabella Souza, Hyresa Priscilla, Camila Nascimento, Mariana Gouvêa e Nathalia Lopes. Vocês são tão especiais que, mesmo cansada e querendo ir para casa, eu não via o tempo passar na companhia de vocês, enquanto conversávamos sobre tantas coisas edificantes nos corredores da FND. Lembrar de vocês é lembrar de risadas infinitas, mas também de corações que amavam a Deus.

Agradeço à Paula Satuf e à Ana Bonzoumet. Vocês me mostraram como amizades na faculdade podem ser especiais e tornar os dias mais leves. Lembrar de vocês aquece meu coração pelo tanto que já nos divertimos juntas em momentos tão estressantes.

Deixo o meu muito obrigado a todos vocês que de alguma forma contribuíram para que eu chegasse até aqui!

“E aconteceu que, estando eles ali, chegou o tempo de ela ter a criança. Então Maria deu à luz o seu filho primogênito, enfaixou o menino e o deitou numa manjedoura, porque não havia lugar para eles na hospedaria.”

Lucas, o Médico Amado

“Se Maria não tivesse dado à luz o menino-Cristo, não teria havido salvação para ninguém. Não houve jamais maior honra dada a uma mulher do que o chamado de Maria para ser a mãe carnal do Salvador do mundo.”

John Stott

RESUMO

A presente monografia debruça-se sobre o cenário epidêmico de cesarianas no âmbito da saúde suplementar, destacando de que modo esse panorama constitui, primeiro, violação ao direito à saúde e, segundo, ao direito dos consumidores, o que ensejou a atuação do Ministério Público como guardião constitucional dos interesses transindividuais no sentido de reduzir o elevado percentual de cesarianas do setor suplementar no Brasil. O primeiro capítulo introduz noções contextuais acerca da atenção ao parto oferecida pela saúde privada no Brasil, que evidencia inércia por parte da ANS diante de grave problema de saúde pública relativo às cesarianas, a despeito do processo de humanização da atenção ao parto experienciada pelo setor público. O segundo capítulo esboça um panorama sobre a atuação judicial e extrajudicial do Ministério Público Federal em prol da solução da problemática. Por fim, o terceiro capítulo, sem a pretensão de estabelecer uma análise de eficácia, elenca as contribuições da atuação do Ministério Público por meio da análise dos resultados obtidos extrajudicialmente e judicialmente pelo *Parquet*. O estudo realizado demonstra a importância da atuação do Ministério Público Federal em favor da humanização da assistência ao parto no setor suplementar por intermédio da redução do elevado percentual de cesarianas realizadas.

Palavras-chave: Assistência ao parto; cesarianas; Ministério Público Federal; setor suplementar; Agência Nacional de Saúde Suplementar.

ABSTRACT

The present monography focuses on the epidemic scenario of cesarean sections in the context of supplementary health, highlighting how this scenario constitutes, first, a violation of the right to health and, second, the right of consumers, which gave rise to the action of the Public Ministry as constitutional guardian of transindividual interests in the sense of reducing the high percentage of cesarean sections in the supplementary sector in Brazil. The first chapter introduces contextual notions about childbirth care offered by private health in Brazil, which shows inertia on the part of the ANS in the face of a serious public health problem related to cesarean sections, despite the process of humanization of childbirth care experienced by the public sector. The second chapter outlines an overview of the judicial and extrajudicial activities of the Federal Public Ministry in favor of solving the problem. Finally, the third chapter, without intending to establish an analysis of effectiveness, lists the contributions of the Public Prosecutor's Office through the analysis of the results obtained extrajudicially and judicially by Parquet. The study carried out demonstrates the importance of the Federal Public Prosecutor's Office in favor of the humanization of childbirth care in the supplementary sector by reducing the high percentage of cesarean sections performed.

Keywords: Childbirth assistance; cesarean sections; Federal Public Ministry; supplementary sector; National Supplementary Health Agency.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I – A SAÚDE SUPLEMENTAR E O PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO	5
1.1. A assistência ao parto no âmbito da saúde suplementar.....	5
1.2. Breves noções sobre o desenvolvimento da assistência ao parto no Brasil.....	13
1.3. O processo de humanização da assistência ao parto no Brasil	19
1.4. A inércia da Agência Nacional de Saúde Suplementar frente ao processo de humanização da atenção ao parto no Brasil.....	34
CAPÍTULO II – A ATUAÇÃO EXTRAJUDICIAL E JUDICIAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL EM FAVOR DA REDUÇÃO DE CESARIANAS NO ÂMBITO DA SAÚDE SUPLEMENTAR	39
2.1. Aspectos iniciais: a autuação da Representação nº 1.34.001.004458/2006-98	39
2.2. A fase de instrução do Procedimento Administrativo nº 1.34.001.004458/2006-98	43
2.3. A propositura da Ação Civil Pública nº 0017488-30.2010.4.03.6100	54
2.4. A sentença e suas consequências nos autos da Ação Civil Pública nº 0017488-30.2010.4.03.6100	67
2.5. A permanência da Apelação nº 0017488-30.2010.4.03.6100 no âmbito da segunda instância do Tribunal Regional Federal da 3ª Região.....	73
CAPÍTULO III – RESULTADOS DA ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL	85
3.1. Contribuições alcançadas no curso do Procedimento Administrativo nº 1.34.001.004458/2006-98	85
3.1.1. Lançamento do movimento “Parto normal está no meu plano”	85
3.1.2. Publicação da Resolução Normativa nº 167, de 9 de janeiro de 2008	88
3.1.3. Participação na Comissão de Parto Normal do Conselho Federal de Medicina	90
3.2. Contribuições alcançadas no curso da Ação Civil Pública nº 0017488-30.2010.4.03.6100	91
3.2.1. Publicação da Resolução Normativa nº 368, de 6 de janeiro de 2015.....	92

3.2.2. Formulação do Projeto Parto Adequado	94
3.2.3. Publicação da Resolução Normativa nº 398, de 5 de fevereiro de 2016	106
3.2.4. Publicação da Resolução Normativa nº 465, de 24 de fevereiro de 2021	109
3. Necessárias ponderações acerca das contribuições da atuação ministerial	112

CONCLUSÃO	120
REFERÊNCIAS	123

INTRODUÇÃO

De todos os partos realizados no Brasil, segundo pesquisa analítica da professora Maria do Carmo Leal, mais da metade deles são executados por meio da cesariana, cerca de 52%¹. No entanto, para que se tenha clareza quanto às disparidades estatísticas entre o setor público e o setor privado, faz-se necessário observar os dados separadamente.

No setor público, as cesarianas atingem 46% dos nascimentos, enquanto, na saúde privada, o procedimento cirúrgico chega a 88%². Entretanto, o significado desses dados estatísticos só é compreendido quando se tem em mente que, de acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS, taxas de cesariana acima de 15% não contribuem para a redução da mortalidade materna e neonatal. Dito de outro modo, para a entidade médica internacional, a taxa ideal de realização de partos abdominais não deveria ultrapassar 15% do total dos partos realizados em cada país³.

A recomendação da OMS justifica-se pelo fato de que, muito embora o procedimento cirúrgico abdominal seja seguro e apresente baixa taxa de complicações graves, ele não é desonerado de riscos.

Nessa perspectiva, segundo o Relatório de Recomendação elaborado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde – CONITEC, denominado “Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana”, diversas iniciativas científico-acadêmicas têm se debruçado sobre a temática e constatado que percentuais elevados de cesariana estão associados à morbidade, mortalidade, sequelas psicológicas, riscos neonatais e impactos no sistema de saúde, a médio e longo prazo⁴. Consta desse relatório que:

¹ LEAL, M. C (coord.). **Nascer no Brasil**: Sumário Executivo Temático de Pesquisa. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2013, p. 3. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2021

² Ibidem, p. 5.

³ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. Genebra: WHO, 2015, p. 2. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?jsessionid=8E015478F1BE263022FAB6F0E549B1C6?sequence=3. Acesso em: 27 ago. 2021.

⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Relatório de Recomendação CONITEC nº 179. **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015, p. 19. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes-Cesariana_final.pdf. Acesso em: 27 ago. 2021.

Juntamente com as questões sociais, estruturais e biomédicas que determinam a mortalidade materna em nosso país, acredita-se que as complicações maternas graves decorrentes da operação cesariana possam ser um fator contribuinte adicional para a atenuação da velocidade de redução da mortalidade materna no Brasil.

(...)

Mas, além dos seus efeitos na morbidade e mortalidade materna e neonatal, a operação cesariana pode interferir na vinculação mãe e bebê, no aleitamento materno e no futuro reprodutivo da mulher além de possíveis repercussões de longo prazo na saúde da criança⁵.

Diante desse cenário alarmante, que em nada espelha o processo de humanização da assistência ao parto no Brasil, especialmente vivenciado no setor público, no final de julho de 2006, três participantes da Rede Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa, cujo propósito é promover os benefícios do parto humanizado, formularam Representação junto ao Ministério Público Federal a fim de apresentar ao *Parquet* o cenário epidêmico de cesarianas no âmbito da saúde suplementar para que fossem adotadas providências quanto à problemática.

Desse modo, o elevado percentual de cesarianas realizadas no âmbito da saúde suplementar transformou-se em uma demanda do Ministério Público Federal, o qual, materializou sua atuação tanto extrajudicialmente, por intermédio do Procedimento Administrativo nº 1.34.001.004458/2006-98, quanto judicialmente, por meio da Ação Civil Pública nº 0017488-30.2010.4.03.6100, proposta em face da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Considerando a relevância da temática e as atribuições constitucionais do Ministério Público Federal, o presente estudo tem como objetivo aferir as contribuições geradas a partir da atuação extrajudicial e judicial do Ministério Público Federal em favor da redução do elevado número de cesarianas no setor privado. Em outras palavras, o presente estudo buscará analisar de que modo o *Parquet* fomentou a humanização da assistência ao parto no setor privado.

⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Relatório de Recomendação CONITEC nº 179. **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015, p. 18. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes-Cesariana_final.pdf. Acesso em: 27 ago. 2021.

Para tanto, no primeiro capítulo, este estudo se debruçará sobre a assistência ao parto oferecida no âmbito da saúde suplementar para que se compreenda as razões pelas quais o setor privado no Brasil chama a atenção dos organismos internacionais. Posteriormente, por intermédio de uma breve apresentação do desenvolvimento da assistência ao parto no Brasil, buscar-se-á entender de que modo as origens da parturição no Brasil contribuíram, primeiro, para o surgimento de uma epidemia de cesarianas e, segundo, para o surgimento de um processo de da humanização da assistência ao parto em resposta ao primeiro.

Ressalte-se que, para melhor aproveitamento do presente estudo, o processo histórico de humanização do parto no Brasil será analisado a partir das políticas públicas implementadas nesse sentido pelo Ministério da Saúde, as quais, a longo prazo, popularizaram a concepção de parto humanizado e estimularam a busca pela redução do percentual de cesarianas no país.

Ao término do primeiro capítulo, demonstrar-se-á de que modo o setor suplementar e, mais especificamente, a Agência Nacional de Saúde Suplementar, em inquestionável omissão e inércia, deixou de acompanhar o setor público na busca pela humanização da assistência ao parto, razão pela qual se transformou em alvo do impulsionamento pelo Ministério Público Federal.

Assim, no segundo capítulo, o presente estudo oferecerá, a partir da compreensão das técnicas extraprocessuais e de tutela coletiva do Ministério Público, um relatório da atuação do *Parquet* federal no bojo Procedimento Administrativo nº 1.34.001.004458/2006-98, que teve como objeto o elevado número de cesarianas no âmbito da saúde suplementar. Em seguida, analisar-se-á a Ação Civil Pública nº 0017488-30.2010.4.03.6100, proposta pelo Ministério Público Federal a partir do apurado no procedimento administrativo mencionado.

Finalmente, no último capítulo, sem a pretensão de obter um estudo de eficácia, serão analisadas as contribuições decorrentes da atuação do órgão ministerial em prol da humanização da assistência ao parto no setor suplementar, mediante a redução do índice de cesarianas, para discussão de sua importância e adequação constitucional. Primeiro, serão elencadas as contribuições decorrentes da instauração do Procedimento Administrativo nº 1.34.001.004458/2006-98 e, depois, os resultados obtidos a partir da propositura da Ação Civil Pública nº 0017488-30.2010.4.03.6100.

As conclusões do presente estudo retomam de forma abreviada as considerações expostas ao longo de todo o trabalho, chamando a atenção mais uma vez para a relevância da atuação do Ministério Público Federal em favor da redução das cesarianas realizadas no âmbito da saúde suplementar, o que constitui o objetivo deste trabalho.

CAPÍTULO I – A SAÚDE SUPLEMENTAR E O PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO

1.1. A assistência ao parto no âmbito da saúde suplementar

Não há consenso na literatura sobre o termo mais adequado para designar o segmento de planos e seguros de saúde. Neste estudo, adota-se a expressão “saúde suplementar” em referência ao escopo de serviços prestados fora do serviço público de saúde e, mais especificamente, a partir da intermediação promovida pelas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde, as quais são reguladas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Nesse sentido, antes de adentrarmos ao cerne da questão a ser explorada, é importante que se compreenda, além do conceito, o contexto em que a presente pesquisa desenvolverá suas análises, a saber, a saúde suplementar no Brasil.

Para tanto, importa ter em mente que, como demonstrado por Sílvio Guidi, além de a saúde ser um direito social do cidadão⁶, a sua proteção é um dever do Estado por força do artigo 196 da Constituição da República⁷, o qual direciona ao Estado a tarefa de efetivá-lo por meio de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, bem como ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde⁸.

Todavia, como pontua Pscheidt, em que pese a proteção à saúde ser primariamente uma incumbência do Estado, à iniciativa privada coube um importante papel, na medida em que auxilia o Estado na execução dessas políticas públicas, seja de forma complementar, seja de maneira suplementar. A complementação estatal é executada pelo particular em nome do Estado e volta-se para o objetivo de garantir o direito do cidadão à saúde. A suplementação, por sua vez, não se presta a um atendimento universal e gratuito, mas sim mediante o

⁶ BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988, artigo 6º, *caput*.

⁷ Art. 196, da CRFB: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

⁸ GUIDI, S. **Serviços Públicos de Saúde**: Credenciamento, Permissão e Parcerias Público-Privadas. São Paulo: Quartier Latin, 2019, p. 57.

estabelecimento de uma relação consumerista⁹.

No entanto, como Salazar *et al.* ressalva, a permissão da exploração econômica da saúde insculpida no artigo 199 da Carta Magna¹⁰ não isenta a iniciativa privada de perseguir os princípios constitucionais na prestação da saúde, dado que, antecipadamente, o artigo 197 da Constituição¹¹ assentou a relevância pública das ações e serviços de saúde, devendo o Poder Público regulamentar, fiscalizar e controlar, inclusive, a prestação de serviços de saúde por pessoa jurídica de direito privado¹². Em outras palavras, “apenas considerando a elevação dos serviços de saúde à categoria de serviços de relevância pública, já não poderia se admitir que a iniciativa privada que optasse por prestar tais serviços ficasse imune à normatividade mais rigorosa do Poder Público”¹³.

E não por outra razão foi criada, por intermédio da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, a Agência Nacional de Saúde Suplementar — autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde —, que é responsável pela regulação, normatização, controle e fiscalização da assistência suplementar à saúde¹⁴ e que tem como finalidade institucional “promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde”¹⁵.

Dessa forma, a assistência suplementar à saúde não pode se concretizar à parte dos ditames constitucionais ou, de alguma forma, violar o direito à saúde. Primeiro, pela proteção constitucional à saúde; e segundo, pela proteção constitucional ao consumidor. E é nesse contexto que surge a incerteza acerca da qualidade do serviço prestado no âmbito da saúde suplementar no que se refere à assistência ao parto, já que esta, ostentando dados alarmantes,

⁹ PSCHEIDT, K. R. **Agência Nacional de Saúde Suplementar: O Estado e a Saúde Privada no Brasil**. Curitiba: Edição do Autor, 2014, p. 47-48.

¹⁰ Art. 199, da CRFB: “A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.”

¹¹ Art. 197, da CRFB: “São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.”

¹² SALAZAR, A. L.; RODRIGUES, K.; JÚNIOR, V. S. N. Direito sanitário e saúde pública. In: ARANHA, Márcio Iorio (org.). **Direito Sanitário e da Saúde: Coletânea de Textos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. p. 336. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direito_san_v1.pdf. Acesso em: 27 ago. 2021.

¹³ *Ibidem*, p. 336.

¹⁴ BRASIL, Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000, artigo 1º.

¹⁵ BRASIL, Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000, artigo 3º.

vai na contramão das recomendações a respeito do tema da comunidade científica internacional¹⁶.

Todavia, longe de se tratar de mera inadequação aos percentuais recomendados pela Organização Mundial de Saúde – OMS, o cenário epidêmico de cesarianas no setor suplementar aponta para grave problema de saúde pública no Brasil.

Nesse sentido, pesquisas recentes apontam que altas taxas de cesárea eletiva, isto é, cesarianas realizadas fora de situação de emergência e cesarianas sem indicação clínica, estão associadas a piores resultados perinatais¹⁷¹⁸. Seu uso indiscriminado envolve riscos adicionais desnecessários tanto para a mãe como para a criança, além de custos adicionais para o sistema de saúde. No gráfico disponibilizado pelo Ministério da Saúde no documento “Saúde Brasil 2011: Uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher”, é possível verificar a relação percentual entre o índice de mortalidade e o tipo de parto realizado¹⁹:

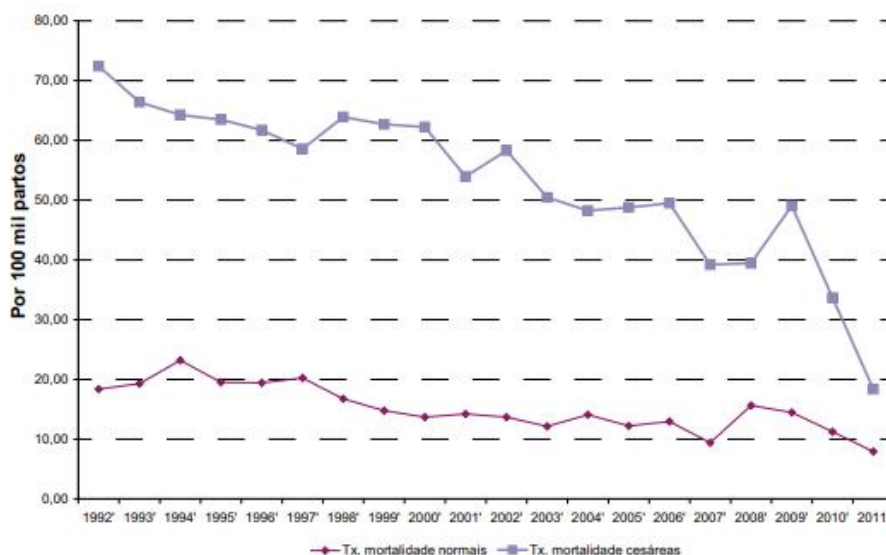
¹⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Recomendação nº 11, de 7 de maio de 2021**. Recomenda orientações ao Poder Executivo Federal sobre o Programa Parto Adequado. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1731-recomendacao-n-011-de-07-de-maio-de-2021>. Acesso em: 27 ago. 2021.

¹⁷ VILLAR, J. *et al.* Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. **Lancet**, [S.l.], p. 1821, jun. 2006. DOI: 10.1016/S0140-6736(06)68704-7. Disponível em: <http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16753484/>. Acesso em: 10 jul. 2022.

¹⁸ VILLAR, J. *et al.* Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. **BMJ**, [S.l.], p. 3, nov. 2007. DOI: 10.1136/bmj.39363.706956.55. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17977819/>. Acesso em: 10 jul. 2022.

¹⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012, p. 379. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/12834/1/CAPITULO_CesarianasNoBrasil.pdf. Acesso em: 25 jun. 2022.

Gráfico 1 – Taxa de mortalidade de mulheres segundo tipo de parto – Brasil, 1992 a 2011



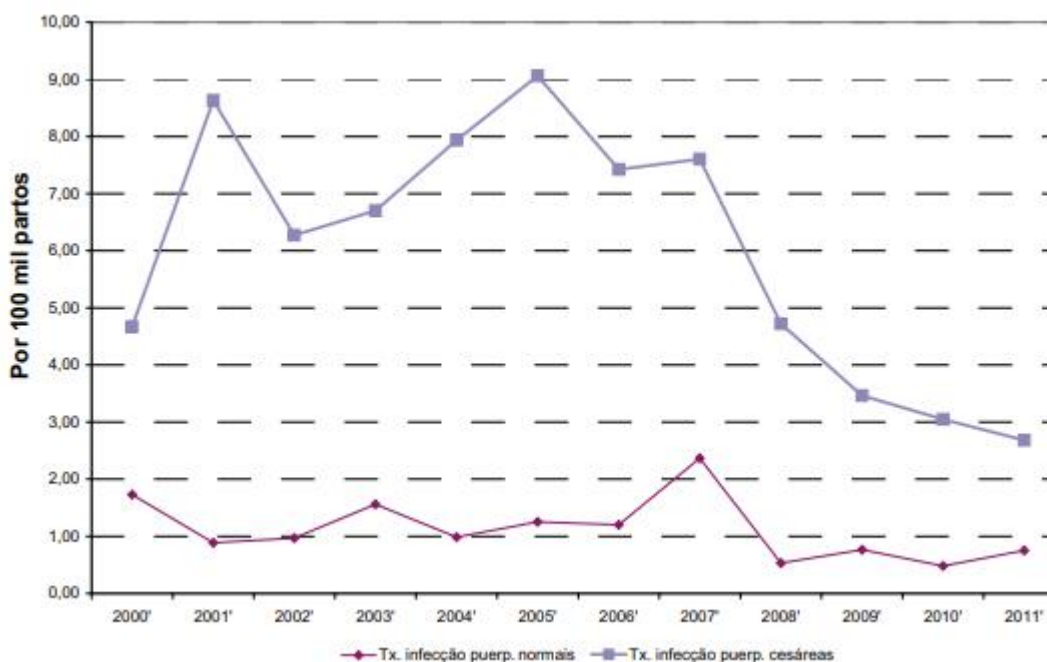
Fonte: Sistema de Informações Hospitalares/MS

Ademais, Villar *et al.* elucida que, além do aumento da mortalidade, as cesarianas em excesso estão associadas à maior demanda por tratamento pós-natal com antibióticos, mais transfusões de sangue, menor frequência e duração da amamentação, bem como ao aumento do tempo de permanência hospitalar pelas mulheres após o parto²⁰. A taxa de infecção puerperal, ou seja, a ocorrência de moléstias infecciosas após o parto relativa a cada tipo de parto pode ser vista no gráfico abaixo, também disponibilizado no documento “Saúde Brasil 2011: Uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher”²¹:

²⁰ VILLAR, J. *et al.* Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. **Lancet**, [S.l.], p. 1822, jun. 2006. DOI: 10.1016/S0140-6736(06)68704-7. Disponível em: <http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16753484/>. Acesso em: 10 jul. 2022.

²¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012, p. 380. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/12834/1/CAPITULO_CesarianasNoBrasil.pdf. Acesso em: 25 jun. 2022.

Gráfico 2 – Taxa de infecção puerperal por tipo de parto – Brasil, 2000 a 2011



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares/MS.

A pesquisa promovida por Villar *et al.* também expõe que os elevados índices de cesarianas põem em risco a sobrevivência neonatal, dado que acentuam a ocorrência de baixo peso ao nascer e de prematuridade iatrogênica²². Nesses casos, deve-se observar que esses nascituros exigem maior tempo de internação, além de demandarem a disponibilização de materiais cirúrgicos, da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal – UTIN e de recursos humanos com maior qualificação, o que, conseqüentemente, eleva os custos orçamentários da saúde^{23,24}.

O documento “Saúde Brasil 2011: Uma análise da situação de saúde e a vigilância da

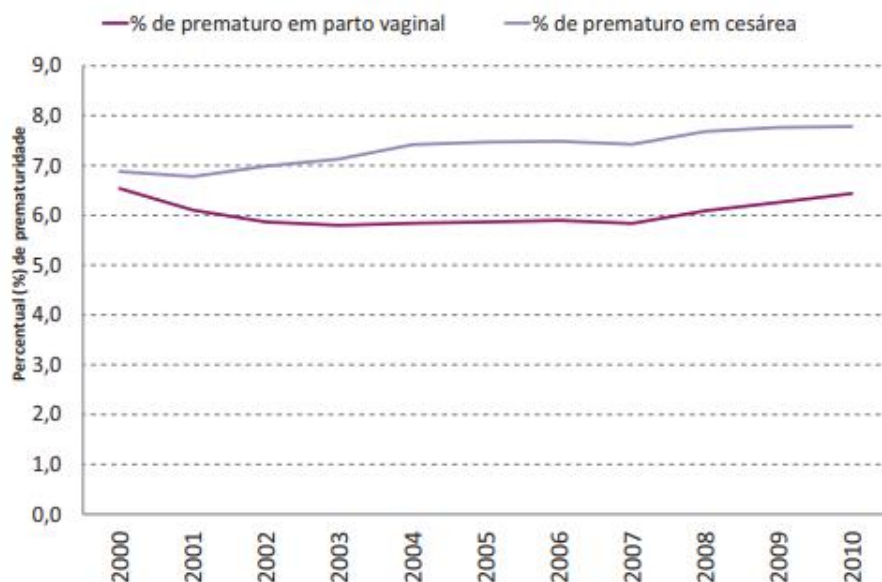
²² Prematuridade iatrogênica é expressão que se refere à situação em que o bebê nasce prematuramente como resultado de cesárea eletiva. Cf. LIMA, A. C. F. B. **Fatores de risco para prematuridade em recém-nascidos de mães com pré-eclampsia**. 2007, p. 19. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife. Disponível em: https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/9654/1/arquivo8399_1.pdf. Acesso em: 17 ago. 2022.

²³ VILLAR, J. *et al.* Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. **Lancet**, [S.l.], p. 1822, jun. 2006. DOI: 10.1016/S0140-6736(06)68704-7. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16753484/>. Acesso em: 10 jul. 2022.

²⁴ VILLAR, J. *et al.* Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. **BMJ**, [S.l.], p. 4, nov. 2007. DOI: 10.1136/bmj.39363.706956.55. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17977819/>. Acesso em: 10 jul. 2022.

saúde da mulher” apresenta essas informações graficamente do seguinte modo²⁵:

Gráfico 3 – Percentual de prematuridade, segundo via de nascimento, 2000 a 2010 – Brasil



Fonte: Sinasc/DASIS/SVS/MS.

Ainda no que se refere à prematuridade, a ANS esclarece que se trata de um dos grandes problemas de saúde pública para o Brasil, visto que o país ocupa o 10º lugar no *ranking* de países com maior número de nascimentos originados de partos prematuros, os quais estão entre as principais causas da mortalidade infantil antes dos 5 anos de idade. Nesse sentido, a agência alerta que, com o avanço da tecnologia, bebês em estágio de desenvolvimento cada vez mais tenro estão nascendo e sobrevivendo. Contudo, devido à imaturidade fisiológica e às intercorrências durante as internações na Unidade de Terapia Intensiva, esses bebês podem acabar desenvolvendo alguma sequela de saúde ou até mesmo danos incapacitantes²⁶.

Boutsikou e Malamitsi-Puchner sustentam que, a longo prazo, as altas taxas de cesarianas também estão relacionadas a alterações na saúde, como diabetes, hipertensão,

²⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2011**: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2012, p. 380. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/12834/1/CAPITULO_CesarianasNoBrasil.pdf. Acesso em: 25 jun. 2022

²⁶ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR; SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA HOSPITAL ALBERT EINSTEIN; INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. **Cartilha nova organização do cuidado ao parto e nascimento para melhores resultados de saúde**: Projeto Parto Adequado - fase 1. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2016, p. 12. Disponível em: https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/web_total_parto_adequado.pdf. Acesso em: 15 ago. 2022.

obesidade e alterações epigenéticas com impacto transgeracional, com repercussões para a vida pessoal e familiar, as quais terminam por onerar a sociedade e o sistema de saúde²⁷.

Especificamente acerca do risco de sobrecarga do sistema de saúde, cumpre mencionar que, segundo dados constantes do Mapa Assistencial da Saúde Suplementar, em 2018, por exemplo, foram realizadas, aproximadamente, 426 mil internações para realização de cesáreas no setor suplementar de saúde, correspondendo ao subtipo de internação mais frequente no período²⁸.

Ademais, na saúde pública brasileira, estudo realizado por Entringer *et al.* apontou que o parto vaginal para gestantes de risco habitual geraria uma economia de quase US\$ 76,5 milhões por ano, ou seja, cerca de US\$ 400 milhões ao longo de 5 anos²⁹ e, em uma segunda análise, indicou que a cesariana possui um custo 38% superior ao do parto vaginal³⁰.

Examinando a questão das cesarianas sob essa mesma perspectiva, Gibbons *et al.* concluíram que a realização de cesarianas em excesso constitui uma barreira para a cobertura universal, estimando um excesso anual de cerca de 6,2 milhões de cirurgias desnecessárias realizadas e gerando um custo global de US\$ 2,32 bilhões de dólares, o que demonstra que o excesso de cesarianas, por óbvio, onera demasiadamente o sistema de saúde de um país³¹.

O quadro delimitado torna-se ainda mais complexo quando se busca entender a

²⁷ BOUTSIKOU, T.; MALAMITSI-PUCHNER, A. Caesarean section: impact on mother and child. **Acta Paediatr.** [S.l.], p. 1520, dez. 2011. DOI: 10.1111/j.1651-2227.2011.02477.x. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21950660/>. Acesso em: 16 set. 2022.

²⁸ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Mapa assistencial da saúde suplementar** [recurso eletrônico]. Rio de Janeiro: ANS, jan. 2017. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiZDFkODkxNzMtODgwNC00ZTFiLTg2MzUtZmEwNDViNmU1ZWJ4IiwidCI6IjlkYmE0ODBlLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9>. Acesso em: 16 ago. 2022.

²⁹ ENTRINGER, A. P. *et al.* Impacto orçamentário do parto vaginal espontâneo e da cesariana eletiva sem indicação clínica no Brasil. **Revista Panamericana Salud Publica**, [S.l.], v. 42, e. 116, p. 3, set. 2018. DOI: 10.26633/RPSP.2018.116. Disponível em:

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49456/v42e1162018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 27 ago. 2021.

³⁰ ENTRINGER, A. P.; PINTO, M. F. T.; GOMES, M. A. S. M. Análise de custos da atenção hospitalar ao parto vaginal e à cesariana eletiva para gestantes de risco habitual no Sistema Único de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1530, abr. 2019. DOI: 10.1590/1413-81232018244.06962017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/WxFKgfN6FFYmTf3HFgtxsfR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 ago. 2021.

³¹ GIBBONS, L. *et al.* The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage. **World Health Report (2010)**, Genebra, Background Paper n° 30, p. 19, 2010. Disponível em: <https://www.birthingthenumbers.org/wp-content/uploads/2012/11/overuse-and-underuse-cesareans-global.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2021.

explicação para tal desproporcionalidade, posto que há vasta controvérsia sobre as razões pelas quais a cesariana se consolidou como padrão de nascimentos no Brasil, ao ponto de a OMS classificar tal cenário no país latino-americano como uma verdadeira “epidemia” de cesarianas.

De acordo com Faúndes e Ceccati³², o expressivo número de cesáreas no Brasil é objeto de discussão desde a década de setenta, especialmente na esfera da saúde suplementar, em que é superior ao quádruplo do percentual recomendado pela OMS. No tocante ao crescente debate sobre o tema, Marques pontua que:

O aumento de cirurgias cesarianas nas últimas décadas é um tema que preocupa a academia, os gestores públicos e tornou-se pauta na sociedade, sendo assunto em jornais, blogs, grupos de discussões, nas redes sociais e dos movimentos feministas. A cirurgia cesariana, quando necessária, salva vidas e diminui morbidades para a mulher e o conceito. Taxas baixas de cesárea são associadas a mortalidade de mães e bebês. Porém o efeito positivo não se mantém a partir de uma certa proporção de cesarianas³³.

Dada a relevância do tema e visando ao melhor proveito do presente estudo, faz-se necessária certa digressão para que se contemple o desenvolvimento da assistência ao parto no Brasil seguido de seu processo de humanização e, assim, torne-se possível tecer considerações a respeito do elevado número de cesarianas realizadas no âmbito da saúde suplementar.

Para tanto, no segundo tópico deste capítulo, serão apresentadas noções preliminares acerca da história da assistência ao parto no Brasil e, em seguida, no terceiro tópico, analisar-se-á o processo de humanização da assistência ao parto no país.

Com base nessas noções preambulares, finalmente, no último tópico deste primeiro capítulo, o presente estudo tecerá ponderações acerca das altas taxas de partos abdominais executados no âmbito da saúde privada para que se compreenda o pano de fundo da atuação

³² FAÚNDES, A.; CECCATI, J. G. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 151, jun. 1991. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/9xcHKxSZG77NTjTZqCG6zmy/?lang=pt>. Acesso em: 27 ago. 2021.

³³ MARQUES, R. A. **Assistência ao parto na saúde suplementar**. 2019. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019, p. 28. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-10072019-142048/publico/RaqueldeAlmeidaMarquesVersaoCorrigida.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2021.

do Ministério Público Federal em favor da redução do índice de cesarianas realizadas no âmbito da saúde suplementar, o que toca diretamente no objeto deste estudo.

1.2. Breves noções sobre o desenvolvimento da assistência ao parto no Brasil

Sem a pretensão de realizar uma análise exaustiva do processo de evolução da assistência ao parto no Brasil, pode-se afirmar que o estudo da história da atenção ao parto no país pode contribuir para compreensão da preponderância quantitativa dos partos abdominais em relação aos partos vaginais.

Até o final do século XIX, a grande maioria dos partos era realizada no domicílio da parturiente por parteiras leigas ou por diplomadas, em algumas exceções. Ruth Hitomi Osava sintetiza que, nesse contexto, a parturição fazia parte do universo feminino e, por isso, o momento do parto só poderia ser compartilhado com mulheres, como parteiras ou comadres. Isso porque, além de o parto não ser considerado um ato médico, a intimidade a ser exposta tornava a presença masculina um inconveniente³⁴.

Anayansi Correa Brenes traduziu esse cenário ao afirmar que:

Tradicionalmente, os partos e seus cuidados eram realizados por mulheres conhecidas popularmente como aparadeiras, comadres ou mesmo de parteiras-leigas. Estas detinham um saber empírico e assistiam domiciliarmente as mulheres durante a gestação, parto e puerpério (como também nos cuidados com o recém-nascido)³⁵.

Leister aponta que, desse modo, dar à luz fora de casa acontecia apenas em casos extremos, nos quais, pelo fato de a parteira não ter conseguido conduzir o trabalho de parto ao nascimento do bebê, médicos eram chamados, o que indicava que algo ruim estava para acontecer³⁶.

³⁴ OSAVA, R. H. **Assistência ao parto no Brasil: o lugar dos não-médicos**. 1997. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997, p. 10. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-10032020-120733/publico/DR_325_Osava_1997.pdf. Acesso em: 10 out. 2022.

³⁵ BRENES, A. C. História da Parturição no Brasil, Século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 137, abr.-jun. 1991. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/xFmLWvbx9BRGyJXW38gFXpP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2022.

³⁶ LEISTER, N. **Transformações no modelo assistencial ao parto: história oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980**. 2011. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011, p. 12. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-17082011-103650/publico/Nathalie_Leister.pdf. Acesso em: 10 out. 2022.

Ao analisar esse período, Maria Lúcia Mott constata que somente as mulheres pobres, indigentes, prostitutas e mães solteiras recorriam às Santas Casas para realização de partos complexos, ambiente no qual o atendimento era prestado por cirurgiões em acomodações precárias e, por essa razão, as infecções e mortes eram frequentes. Saliente-se que, raramente, havia enfermeiras para parturientes, de modo que tanto a parturiente quanto o nascituro ficavam expostos, ao lado de mulheres doentes³⁷.

Nesse contexto, segundo Osava, as parteiras eram mais acessíveis que os médicos e ainda ofereciam a vantagem de prestar auxílio à parturiente com as tarefas domésticas algum tempo após o parto. Com o passar dos anos, no entanto, essa forma de atendimento ampliou-se e os locais de atendimento das parteiras passaram a ser chamados de “casas de maternidade”, nas quais eram atendidas escravas, negras e mulheres que eram impedidas de dar à luz em casa, como as solteiras e viúvas³⁸.

O ambiente hospitalar, nessa época, não constituía um lugar seguro para o trabalho de parto, pois, ainda que houvesse riscos para a mãe e para o bebê no atendimento feito pelas parteiras, estes não eram maiores que no atendimento oferecido pelos médicos no hospital.

Nathalie Leister elucida que, no Brasil, o surgimento dos primeiros leitos obstétricos ocorreu apenas em 1884, na Santa Casa, no Estado do Rio de Janeiro. Após dez anos, no Estado de São Paulo, foi fundada a Maternidade São Paulo, para prestar assistência às mulheres de baixo poder aquisitivo, como pobres e indigentes que não tinham onde dar à luz. As parteiras estavam presentes nesses ambientes e os médicos só eram requisitados se houvesse alguma complicação³⁹.

³⁷ MOTT, M. L. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830-1960). **Projeto História**, São Paulo, v. 25, p. 201, dez. 2002. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/revph/article/view/10588/7878>. Acesso em: 10 out. 2022.

³⁸ OSAVA, R. H. **Assistência ao parto no Brasil: o lugar dos não-médicos**. 1997. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997, p. 12. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-10032020-120733/publico/DR_325_Osava_1997.pdf. Acesso em: 10 out. 2022

³⁹ LEISTER, N. **Transformações no modelo assistencial ao parto: história oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980**. 2011. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011, p. 14. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-17082011-103650/publico/Nathalie_Leister.pdf. Acesso em: 10 out. 2022.

Entretanto, considerando que nesse período histórico, a riqueza e o poder de um país estavam ligados ao número de habitantes, o nascimento de crianças vivas e saudáveis ganhou significativa relevância, o que passou a introduzir paulatinamente a figura do médico no parto.

De acordo com o estudo analítico realizado por Leister, em São Paulo, no ano de 1930, 85% das mulheres eram atendidas por curiosas, 10% por parteiras diplomadas e 5% em hospitais e maternidades. Ocorre que, a partir da década de 30, o parto domiciliar começou a ser considerado trabalhoso em razão de todas as instalações necessárias para a sua realização, o que incentivou a realização de partos nos hospitais⁴⁰.

Nesse mesmo período, como explica Ana Paula Vosne Martins, começaram a ser constituídas as estruturas incumbidas de elaborar, implementar e fiscalizar políticas públicas de saúde materno-infantil, que previam a ampliação de leitos obstétricos em hospitais e maternidades⁴¹. Como resultado, entre 1930 e 1940, houve um aumento considerável de 14 hospitais no Rio de Janeiro e, em São Paulo, a elevação percentual relativa à realização de partos em ambientes hospitalares foi de 5% para 29,5%, enquanto os nascimentos em domicílio sofreram uma queda de 25% entre os anos de 1930 e 1945. A natimortalidade, contudo, foi maior nos partos hospitalares⁴².

Refletindo sobre esse período, Cláudia Vendruscolo e Cristina Kruehl constataram que, em razão dessas mudanças, a partir da década de 40, a realização de partos distócicos⁴³ em domicílio começou a ser desestimulada e, em contrapartida, iniciou-se um processo de

⁴⁰ LEISTER, N. **Transformações no modelo assistencial ao parto**: história oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980. 2011. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011, p. 16. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-17082011-103650/publico/Nathalie_Leister.pdf. Acesso em: 10 out. 2022.

⁴¹ MARTINS, A. P. V. “Vamos criar seu filho”: os médicos puericultores e a pedagogia materna no século XX. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, v.15, n.1, p. 140, jan./mar. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/zN9KHmxCGdvSQB9gSdzSHw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2022.

⁴² MOTT, M. L. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830-1960). **Projeto História**, São Paulo, v. 25, p. 200, dez. 2002. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/revph/article/view/10588/7878>. Acesso em: 10 out. 2022.

⁴³ Parto distócico é aquele em que ocorre qualquer anomalia em algum (distocia simples) ou em vários (distocia agravada) dos fatores essenciais para a realização de um parto harmônico, quais sejam: canal, contração uterina, feto e anexos ovulares. Cf. NEME, B. **Obstetria básica**. 1 ed. São Paulo: Sarvier, 1994, p. 493.

indução de internações sistemáticas de parturientes em ambiente hospitalar para realização do parto, o que ficou conhecido como o fenômeno da “hospitalização do parto”⁴⁴.

Porém, tendo em vista a falta de leitos nas maternidades para atendimento das mulheres com baixo poder aquisitivo, em conjunto com a recusa da parturiente em dar à luz no hospital pela impossibilidade de deixar a família e pela possibilidade de atendimento por parteiras, os médicos passaram a incentivar a organização de um serviço de atendimento domiciliar a essa parcela da população. A análise de Leister evidencia que a justificativa para a existência desse serviço era a impossibilidade de que esse público de mulheres fosse atendido pelas maternidades mantidas pelo Estado ou por instituições particulares, pois haveria sobrecarga dos serviços de saúde e aumentariam as despesas e a demanda por leitos, o que, conseqüentemente, ocasionaria problemas orçamentários⁴⁵.

Ao tratar do assunto, Mott salienta que esse serviço era vinculado a um hospital ou uma clínica pré-natal, que fazia a triagem das parturientes e as direcionava para o atendimento domiciliar caso as condições da residência fossem adequadas, hipótese em que o parto era feito com os materiais do hospital. Caso contrário, a parturiente era transferida para a maternidade. Em ambos os locais, intervenções como a episiotomia⁴⁶ e a aplicação de fórceps⁴⁷ eram realizadas por médicos, parteiras diplomadas ou estudantes. Deve-se observar que esse serviço era gratuito e tinha como finalidade primária o combate à assistência ao parto por parteiras leigas⁴⁸.

⁴⁴ VENDRÚSCOLO, C. T.; KRUEL, C. S. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito ao objeto. **Disciplinarum Scientia**, Santa Maria, v. 16, n. 1, p. 100, set. 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/article/view>. Acesso em: 10 out. 2022.

⁴⁵ LEISTER, N. **Transformações no modelo assistencial ao parto**: história oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980. 2011. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011, p. 18. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-17082011-103650/publico/Nathalie_Leister.pdf. Acesso em: 10 out. 2022.

⁴⁶ Episiotomia é um procedimento realizado em mulheres no período expulsivo do trabalho de parto e trata-se de uma incisão na parede ínfero-posterior da vagina podendo ser mediana ou médio-lateral. Cf. PEÑA, S. R.; GOMES, C. R. G. Episiotomia e suas implicações. **Arquivos do Mudi**, Maringá, v. 20, n. 1, p. 29, set. 2016. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ArqMudi/article/view/32463/pdf>. Acesso em: 10 out. 2022.

⁴⁷ O fórceps obstétrico é um instrumento destinado a extrair fetos por prensão do seu polo cefálico em situações especiais. Atualmente, os fórceps são formados por 2 ramos que se encaixam através de uma articulação. Cada ramo é formado por 3 partes, a saber: o cabo, a articulação e a colher. Cf. NEME, B. **Obstetrícia básica**. 1 ed. São Paulo: Sarvier, 1994, p. 786.

⁴⁸ MOTT, M. L. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830-1960). **Projeto História**, São Paulo, v. 25, p. 197-219, dez. 2002. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/revph/article/view/10588/7878>. Acesso em: 10 out. 2022.

No entanto, dado que a assistência obstétrica domiciliar era um serviço alternativo, a hospitalização do parto avançou de modo que as parteiras que realizavam esse tipo de serviço foram absorvidas pelos estabelecimentos de saúde para trabalharem junto aos médicos, repassando suas parturientes em caso de distocia⁴⁹. Todavia, essa tendência à hospitalização, que caracterizava o posicionamento médico da época, não foi, de plano, acompanhada pelas mulheres, as quais, apenas após um processo gradativo de aceitação, passaram a preferir que o hospital fosse o local para a realização do parto, visto que além de rejeitarem serem assistidas por homens, os estabelecimentos eram precários e as mulheres ficavam sem atendimento por falta de leitos, eram mal atendidas e sofriam intervenções cirúrgicas desnecessárias.

Contudo, antes de ser uma característica da atenção obstétrica brasileira, o fenômeno da hospitalização do parto é universal, sendo que, nos países desenvolvidos do Ocidente, esse movimento foi mais precoce. Em países como os Estados Unidos, Inglaterra, França, Noruega e Suécia, a transição do parto domiciliar para o hospitalar deu-se no início do século XX, no período entre guerras, enquanto, no Brasil, o parto hospitalar passou a ser rotineiro somente após a década de 1960⁵⁰.

Leister esclarece que, numericamente, essa mudança pode ser visualizada a partir da ampliação do quantitativo de leitos de ginecologia e obstetrícia no Estado de São Paulo, que era de 2.011, em 1949, e aumentou mais de 90%, em 1954; oito anos depois, o aumento foi de 63%, de modo que os leitos particulares passaram a representar 87% do total. Entre 1949 e 1971, houve incremento de 315% de leitos de maternidade no Estado⁵¹.

Outro fator que estimulou a hospitalização do parto em São Paulo foi a criação, em 1967, do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, que unificou os Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAP. Entre 1968 e os primeiros anos de funcionamento do INPS, houve um aumento de 22% de partos hospitalares, de 54% para 76%. Nesse sentido, como

⁴⁹ Cf. nota 24.

⁵⁰ MARTINS, A. P. V. Memórias maternas: experiências da maternidade na transição do parto doméstico para o parto hospitalar. *História Oral*, [S.l.], v. 8, n. 2, p. 65, jul./dez. 2005. DOI: 10.51880/ho.v8i2.174. Disponível em: <https://revista.historiaoral.org.br/index.php/rho/article/view/174/179>. Acesso em: 10 out. 2022.

⁵¹ LEISTER, N. **Transformações no modelo assistencial ao parto**: história oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980. 2011. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011, p. 20. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-17082011-103650/publico/Nathalie_Leister.pdf. Acesso em: 10 out. 2022.

sustentado por Mott, pode-se afirmar que o modelo oficial de assistência ao parto utilizado atualmente teve seu início nos anos de 1970⁵².

Após a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1994, 98% dos partos do Estado de São Paulo foram realizados em ambiente hospitalar⁵³. De acordo com dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) analisados por Lago e Lima, em 2006, no Brasil, 98,4% dos partos eram realizados em hospitais e, especificamente na região Sudeste, esse percentual era de 99,9%⁵⁴.

Ao abordar esse ponto, Mott traz à luz que, em 1973, foi elaborado um relatório, contendo as diretrizes gerais para a Política Estadual de Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde Materno-Infantil em São Paulo. Esse relatório trazia dados importantes, os quais apontavam que, apesar da ampliação do número de partos hospitalares atendidos com a constituição do INPS, as vantagens esperadas não se concretizaram; ao contrário, os percentuais de cesarianas e de mortalidade materna e perinatal foram majorados⁵⁵.

Ao tratar das causas para essa majoração percentual, foram identificadas falhas dos hospitais conveniados ao INPS, pois esses estabelecimentos de saúde nem sempre eram bem equipados com recursos humanos e materiais para disponibilização de um atendimento de qualidade. Todavia, os autores do relatório mencionado contraindicam a realização do parto em domicílio, pois essa assistência “estará sempre envolvida de riscos potenciais a que não escapam os organismos materno e fetal [...] na vigência de déficit de leitos-maternidade, recomenda-se o parto hospitalar seguido de alta precoce”⁵⁶.

⁵² MOTT, M. L. Atendimento ao parto em São Paulo: o serviço obstétrico domiciliar. In: COSTA, C. L.; SCHMIDT, S. P. (org.). **Poéticas e políticas feministas**. Florianópolis: Mulheres; 2004. p. 115. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-422098>. Acesso em: 10 out. 2022.

⁵³ *Ibidem*, p. 116.

⁵⁴ LAGO, T. D. G.; LIMA, L. P. Assistência à gestação, ao parto e ao puerpério: diferenciais regionais e desigualdades socioeconômicas. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009, p. 154. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf. Acesso em: 10 out. 2022.

⁵⁵ MOTT, M. L. *op. cit.*, p. 116.

⁵⁶ MOTT, M. L. Atendimento ao parto em São Paulo: o serviço obstétrico domiciliar. In: COSTA, C. L.; SCHMIDT, S. P. (org.). **Poéticas e políticas feministas**. Florianópolis: Mulheres; 2004. p. 117. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-422098>. Acesso em: 10 out. 2022.

Em sua contribuição analítica, Leister sintetiza que, de acordo com o Anuário Estatístico Brasileiro, em 1976, 28,4% dos partos no Estado de São Paulo eram atendidos pelo INPS e Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural). Três anos depois, essa taxa era de 36%⁵⁷.

Nesse ponto, importa esclarecer que, à época, médicos e hospitais de seguridade social recebiam mais pelo parto cirúrgico do que pelo parto vaginal, o que, posteriormente, se transformou em uma das causas da já mencionada epidemia de cesarianas no Brasil. Visando à contenção do elevado índice de cesarianas, em 1980, todos os partos passaram a receber igual forma de pagamento. Todavia, contra a expectativa, essa taxa permaneceu crescente e, em 1992, 40,5% dos partos no Estado atendidos na rede do SUS correspondiam a cesarianas⁵⁸.

Assimilado, portanto, em linhas gerais, de que forma o processo de hospitalização do parto ocorreu no Brasil, bem como sua acelerada transformação em um procedimento cirúrgico, torna-se possível compreender o processo de humanização do parto e, conseqüentemente, de redução dos índices de cesarianas, que atualmente surge no Brasil em resposta a esse cenário, conforme será analisado a seguir.

1.3. O processo de humanização da assistência ao parto no Brasil

Neste ponto, antes que se analise de que modo a demanda pela humanização da assistência ao parto no Brasil se popularizou, tornando-se tão relevante na sociedade, faz-se necessário definir o conceito de “humanização do parto”, visto que o termo “humanizar” é utilizado há muitas décadas, com diferentes significados⁵⁹.

⁵⁷ LEISTER, N. **Transformações no modelo assistencial ao parto**: história oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980. 2011. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011, p. 23. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-17082011-103650/publico/Nathalie_Leister.pdf. Acesso em: 10 out. 2022.

⁵⁸ Ibidem, p. 23.

⁵⁹ Em sua análise do tema, Carmen Simone Grilo Diniz afirma que “Fernando Magalhães, o Pai da Obstetrícia Brasileira, o empregou no início do século 20 e o professor Jorge de Rezende, na segunda metade do século. Ambos defendem que a narcose e o uso de fórceps vieram humanizar a assistência aos partos (Rezende, 1998).” Cf. DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 10, n. 3, p. 629, set. 2005. DOI: 10.1590/S1413-81232005000300019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JQVbGPcVFfy8PdNkYgJ6ssQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 jul. 2022.

Ainda hoje existe grande confusão nos termos empregados nas várias formas de conceituar um parto; ainda há equívocos importantes no emprego das expressões parto normal, parto natural e parto humanizado.

Parto normal, via de regra, refere-se ao parto vaginal, ou seja, aquele que ocorre de acordo com a programação genética do processo de parturição, fisiologicamente estabelecido e que culmina da forma mais natural possível. Assim sendo, usa-se a expressão parto normal para contrapô-lo à cesariana — o parto cirúrgico — ou ao parto instrumental, realizado por meio da aplicação de fórceps⁶⁰ ou da utilização de vácuo-extração⁶¹.

O parto natural, por seu turno, de acordo com o documento “Assistência ao Parto e Nascimento: uma agenda para o século 21”, elaborado em parceria pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF e pela Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento – REHUNA, é aquele em que nenhum tipo de intervenção externa foi utilizado, mas é também chamado de humanístico, ou parto humanizado. Nesse plano conceitual, frequentemente tratam o parto humanizado e o parto domiciliar como sinônimos, como se apenas no ambiente domiciliar se pudesse oferecer às parturientes os elementos que caracterizam o parto dentro do modelo humanístico. Todavia, não há qualquer relação entre o conceito de parto humanizado e o local em que ele será realizado⁶².

Similarmente, deve-se esclarecer em caráter preliminar que a correlação feita no presente estudo entre a redução das taxas de cesarianas e a humanização da atenção ao parto não tem como objetivo sustentar que apenas o parto vaginal poderá ser humanizado ou, ainda, que o parto cesariano não poderá ser humanizado. Na verdade, tal correlação apenas se sustenta pelo fato de o expressivo percentual de cesarianas no Brasil indicar, como visto anteriormente, um problema de saúde público.

Para o presente trabalho, a conceituação adotada será a proposta por Marsden Wagner, que elenca quatro elementos fundamentais para que a atenção ao parto e nascimento seja

⁶⁰ Cf. nota 28.

⁶¹ Trata-se de método por meio do qual uma ventosa é fixada na cabeça fetal para retirada do nascituro durante o período expulsivo do parto. Cf. NEME, B. **Obstetrícia básica**. 1 ed. São Paulo: Sarvier, 1994, p. 798.

⁶² REHUNA; UNICEF; RATTNER, D. (org.). **Assistência ao parto e nascimento: uma agenda para o século 21**. 1. ed. Brasília: Unicef; Rehuna, 2021, p. 19. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/media/17491/file/assistencia-ao-parto-e-nascimento-uma-agenda-para-o-seculo-21.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2022.

considerada humanizada⁶³: (i) o contexto deve permitir que a mulher seja a pessoa a tomar as decisões; (ii) para gestações sem complicações, deve-se oferecer a ambiência para o parto na atenção primária, reservando-se a atenção secundária para os casos que dela necessitarem; (iii) introduz-se a noção do trabalho colaborativo entre os prestadores de cuidado (médicos obstetras, obstetrizes, enfermeiras, doulas e outros), trabalhando em harmonia numa relação horizontal; e (iv) os serviços de atenção à gestação e à maternidade devem basear seus cuidados em evidências científicas⁶⁴.

Quanto ao processo histórico de desenvolvimento da concepção de humanização do parto e de sua necessidade, deve-se ter em mente que sua gênese está exatamente em uma reação ao que ficou conhecido como o “parto tecnocrático” e ao uso descabido de tecnologia no parto.

Assim, como sintetiza Diniz, iniciou-se um movimento nacional e internacional, com a participação de profissionais de saúde e da área das ciências sociais, ativistas feministas, dentre outros segmentos, pela utilização de tecnologia apropriada ao parto, pela primazia das relações humanas sobre a tecnologia e pela eliminação de intervenções potencialmente danosas na atenção ao parto e ao nascimento.

Desse modo, em que pese ser possível analisar o desenvolvimento do movimento de humanização do parto a partir da perspectiva dos movimentos feministas ou a partir das influências acadêmicas internacionais⁶⁵, no presente estudo, para melhor adequação aos objetivos propostos, o processo histórico de humanização do parto no Brasil será analisado a

⁶³ REHUNA; UNICEF; RATTNER, D. (org.). **Assistência ao parto e nascimento**: uma agenda para o século 21. 1. ed. Brasília: Unicef; Rehuna, 2021, p. 20. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/media/17491/file/assistencia-ao-parto-e-nascimento-uma-agenda-para-o-seculo-21.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2022.

⁶⁴ O cuidado inclui atividades como: acompanhamento pré-natal; controle do bem-estar físico, psicológico, emocional e social da mulher, na gestação, no parto e pós-parto; aconselhamento e atividades educativas durante todo o ciclo gravídico-puerperal; assistência continuada durante o trabalho de parto, no parto e pós-parto imediato; apoio continuado durante o puerpério; uso apropriado de intervenções e tecnologias; identificação e encaminhamento/tratamento das mulheres que requeiram uma atenção especializada, obstétrica ou de outras especialidade. Cf. nota 41.

⁶⁵ Cita-se como exemplo a obra *Pour une Naissance sans Violence* (1974), de Frederick Leboyer e *Bases fisiológicas y psicológicas para el manejo humanizado del parto normal* (1979), de Roberto Caldeyro-Barcia. Cf. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais**: o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares. Brasília: Ministério da Saúde, 2010, p. 28-29. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto_nascimento_domiciliar_parteiras.pdf. Acesso em: 10 set. 2022.

partir das políticas públicas implementadas nesse sentido pelo Ministério da Saúde, as quais, a longo prazo, popularizaram a concepção de parto humanizado e estimularam a busca pela redução do percentual de cesarianas no país.

Explorando o tema, Santos e Araújo assinalam que os temas de saúde materna estavam poucos presentes na agenda de saúde do Brasil até meados da década de setenta, mas que, a partir de 1974, foram formuladas políticas e programas de saúde para as mulheres, como o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil – PNSMI, que tinha o compromisso com as demandas relativas à gravidez e ao parto⁶⁶. Ocorre que, como nota Lima *et al.*, esse programa tinha como pressuposto uma visão restrita da mulher, limitada à dimensão biológica e ao papel social de mãe e dona do lar⁶⁷.

Ao analisarem o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil – PNSMI, Santos e Araújo concluem que o programa se caracterizava pela verticalidade e falta de integração com outros programas e ações governamentais. As metas eram definidas pelo nível central, sem qualquer avaliação das necessidades de saúde das populações locais, cumprindo um papel normativo e prescritivo, cujo resultado foi a fragmentação da assistência ao parto⁶⁸.

Consta do documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes”, do Ministério da Saúde, que, nessa época, as mulheres organizaram-se e reivindicaram sua condição de sujeitos de direito, com necessidades que extrapolam o momento da gestação e parto e demandaram ações que lhes proporcionassem a melhoria das condições de saúde em todos os ciclos da vida, bem como que essas ações contemplassem as particularidades dos diferentes grupos populacionais, considerando as dimensões sociais, econômicas e culturais, necessárias para assistência integral à saúde das mulheres⁶⁹.

⁶⁶ SANTOS, H. F. L.; ARAÚJO, M. M. Políticas de humanização ao pré-natal e parto: uma revisão de literatura. **Revista Científica FacMais**, [S. l], v. 6, n. 2, p. 57, 1º sem. 2016. Disponível em: <https://revistacientifica.facmais.com.br/wp-content/uploads/2016/07/Artigo-6-POL%20TICAS-DE-HUMANIZA%20AO-PR%20NATAL-E-PARTO.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2022

⁶⁷ LIMA, W. S. *et al.* Assistência ao parto e suas mudanças ao longo do tempo no Brasil. **Revista Multidebates**, Palmas, v. 2, n. 2, p. 44, set. 2018. Disponível em: <https://revista.faculdadeitop.edu.br/index.php/revista/article/view/117/87>. Acesso em: 12 jul. 2022

⁶⁸ SANTOS, H. F. L.; ARAÚJO, M. M. *op. cit.*, 60.

⁶⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p. 16. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 24 ago. 2022.

Assim, posteriormente, em 1984, atendendo a essas reivindicações, enquanto, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia um novo conceito que fundamentaria o Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM, que incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, assim como a integralidade e a equidade da atenção.

Ainda assim, Leister destaca que, no contexto do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM, a questão da saúde reprodutiva e, mais especificamente, a assistência à mulher durante o parto constituíam um ponto crítico. As principais falhas na assistência à saúde reprodutiva apontadas eram a baixa cobertura da assistência pré-natal, a alta mortalidade materna, a elevação progressiva das taxas de cesariana e a não disponibilização de métodos contraceptivos seguros⁷⁰.

O REHUNA e o UNICEF, no documento “Assistência ao Parto e Nascimento: uma agenda para o século 21”, elencam que outro marco importante para a humanização do parto no Brasil foi a Conferência sobre Tecnologias Apropriadas para Partos e Nascimentos, realizada pelo escritório europeu da Organização Mundial da Saúde – OMS em Fortaleza, em 1985, com obstetras, obstetras, pediatras, epidemiologistas, sociólogos, psicólogos, economistas, administradores de saúde e mães⁷¹.

Na ocasião, os participantes indicaram a necessidade de revisar o modelo de atenção à gestação e ao parto, uma vez que a medicalização excessiva não permitia que os direitos das mulheres a uma assistência adequada fossem respeitados, pois desconsiderava suas necessidades e expectativas, além de não promover sua autonomia. Em decorrência dessa análise, foram publicadas recomendações para que se utilizasse a tecnologia de forma apropriada, bem como para que se evitassem certas práticas adotadas de forma sistemática até aquele momento.

⁷⁰ LEISTER, N. **Transformações no modelo assistencial ao parto**: história oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980. 2011. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011, p. 30. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-17082011-103650/publico/Nathalie_Leister.pdf. Acesso em: 10 out. 2022.

⁷¹ REHUNA; UNICEF; RATTNER, D.(org.). **Assistência ao parto e nascimento**: uma agenda para o século 21. 1. ed. Brasília: Unicef; Rehuna, 2021, p. 25. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/media/17491/file/assistencia-ao-parto-e-nascimento-uma-agenda-para-o-seculo-21.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2022.

A primeira recomendação, formalizada nesse mesmo evento, foi intitulada “Declaración de Fortaleza 1985” e, segundo a OMS, apresentava orientações aplicáveis aos serviços perinatais em todo o mundo. Dentre as várias sugestões do documento, chama-se especial atenção para as seguintes:

Recomendaciones generales

(...)

Toda la comunidad debe ser informada de los distintos métodos de atención al parto, de modo que cada mujer pueda elegir el tipo de parto que prefiera

(...)

Debe promoverse la formación de parteras o comadronas profesionales. La atención durante el embarazo, parto y puerperio normales debe ser competencia de esta profesión

(...)

La información sobre las prácticas obstétricas en los diferentes hospitales, como la tasa de cesáreas, debe estar al alcance del público.

Recomendaciones específicas

(...)

Algunos de los países con una menor mortalidad perinatal en el mundo tienen menos de un 10 % de cesáreas. No puede justificarse que ningún país tenga más de un 10-15 %⁷².

Conforme evidenciado no excerto, para a Organização Mundial de Saúde, já em 1985, era clara a relação diretamente proporcional entre a realização de cesarianas e o percentual de mortalidade perinatal. No mesmo sentido, à época, a OMS já afirmava a necessidade de que um país não ostentasse indicativos estatísticos superiores a 15% de cesarianas realizadas em todo o país.

Como lembra Diniz, oito anos depois do evento, em 1993, foi fundada a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento – Rehuna, a partir do documento fundador, intitulado Carta de Campinas, que denunciou as circunstâncias precárias e de violência a que são submetidas tanto as parturientes quanto os nascituros no momento do nascimento. Outrossim, a referida carta chamou atenção para o fato de que o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto é inibido pela rotina de interferências obstétricas

⁷² ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Recomendaciones de la OMS sobre el Nacimiento – Declaración de Fortaleza**. Ginebra: WHO, 1985, p. 2-3. Disponível em: <https://www.ascalema.es/wp-content/uploads/2014/10/OMS.-Recomendaciones-de-la-OMS-sobre-el-nacimiento.-Declaraci%C3%B3n-de-Fortaleza-1985.-Recomendaciones-de-la-OMS-para-la-Atenci%C3%B3n-intraparto-1999.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2021.

desnecessárias, as quais transformam o parto em uma patologia que requer a intervenção médica⁷³.

Pouco mencionada como marco significativo no processo de humanização, mas referenciada por Diniz em seu estudo do desenvolvimento da humanização da assistência ao parto no Brasil, foi a fundação, em 1994, no Rio de Janeiro da primeira maternidade pública “autodefinida” como humanizada, que recebeu o nome de Hospital Maternidade Leila Diniz⁷⁴.

Já em 1995, como atentam Santos e Araújo, o Ministério da Saúde, em parceria com a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO, Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS, Fundo de População das Nações Unidas – FNUAP e UNICEF, lançou o Projeto Maternidade Segura com objetivo de elevar a qualidade do atendimento à saúde materno-infantil e reduzir a mortalidade, por meio do credenciamento de instituições que promovessem a assistência integral à saúde da mulher e criança. O Projeto Maternidade Segura contava com a adoção de oito passos: garantir informação sobre saúde reprodutora e direitos da mulher; garantir a assistência durante a gravidez, parto e puerpério, e ao planejamento familiar; incentivar o parto normal e humanizado; ter rotinas escritas para normatizar a assistência; treinar toda a equipe de saúde para implantar as rotinas; ter estrutura adequada ao atendimento materno e perinatal; possuir arquivos de sistema de informação; e avaliar periodicamente os indicadores de saúde materno-infantil⁷⁵.

Além disso, o debate especialmente impulsionado pelos altos índices de parto cesáreos, além de complicações e mortalidade de mulheres e crianças em decorrência dos procedimentos realizados, levou a Organização Mundial de Saúde – OMS, em 1996, a divulgar novas recomendações para atenção ao parto normal. Tais recomendações basearam-se em revisão sistemática de estudos e da aplicação do conceito da Medicina Baseada em Evidências, tendo o documento final classificado as rotinas do parto em quatro categorias:

⁷³ DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 10, n. 3, p. 631, set. 2005. DOI: 10.1590/S1413-81232005000300019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JQVbGPcVFfy8PdNkYgJ6ssQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 jul. 2022.

⁷⁴ Ibidem, p. 631.

⁷⁵ SANTOS, H. F. L.; ARAÚJO, M. M. Políticas de humanização ao pré-natal e parto: uma revisão de literatura. **Revista Científica FacMais**, [S. l.], v. 6, n. 2, p. 60, 1º sem. 2016. Disponível em: <https://revistacientifica.facmais.com.br/wp-content/uploads/2016/07/Artigo-6-POL%20TICAS-DE-HUMANIZA%20O-PR%20NATAL-E-PARTO.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2022

condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas; condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas; condutas sem evidência suficiente para apoiar uma recomendação e que deveriam ser usadas com precaução, até que novas pesquisas comprovem o assunto; e condutas frequentemente utilizadas de forma inapropriada, provocando mais dano que benefício⁷⁶.

Dentre as condutas que deveriam ser estimuladas durante o parto, vale citar a presença de acompanhante, monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher, oferta de líquidos, uso de técnicas não-invasivas para alívio da dor (como massagem, banho e relaxamento) e liberdade de posição no parto, com o encorajamento de posturas verticais.

Em resposta às recomendações da OMS e considerando as elevadas taxas de mortalidade materna e perinatal, bem como que essas taxas se constituíam fator determinante para o incremento da morbimortalidade materna e perinatal, o Ministério da Saúde, por intermédio da Portaria GM/MS nº 2.816, de 29 de maio de 1998, estabeleceu percentual máximo de cesarianas a ser realizado por semestre, entre 1998 e 2000, para recepção de pagamento pelos hospitais, de modo que o que excedesse esse percentual não seria pago, a menos que houvesse uma justificativa.

Nesse mesmo sentido, visando ao estímulo dos serviços que iniciaram a implementação da humanização da assistência ao parto, bem como à incorporação das recomendações da OMS, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS nº 1.406, de 15 de dezembro de 1999, criou o Prêmio Galba de Araújo⁷⁷. Para receberem o prêmio, as instituições deveriam ser integrantes da rede SUS, desenvolver ações para a humanização do atendimento ao parto e ao recém-nascido, e promover incentivos ao parto normal com alojamento conjunto e aleitamento materno⁷⁸.

⁷⁶ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cuidados en el parto normal**: uma guía práctica. Geneva: WHO, 1996, p. 65-72. Disponível em: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0063.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2021.

⁷⁷ O nome do prêmio faz referência ao Dr. José Galba de Araújo, médico obstetra que, por volta dos anos 50, além de ser um dos mais renomados obstetras de Fortaleza, era um forte defensor do parto natural. Cf. LEITE, A. E. B. *et al.* Museu do parto humanizado: Uma homenagem à Galba Araújo. **Revista Encontros Universitários da UFC**. Fortaleza, v. 3, n. 1, p. 1, out. 2018. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/eu/article/view/37525>. Acesso em: 12 jul. 2022.

⁷⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 1.406, de 15 de dezembro de 1999**. Aprova o Regulamento do Prêmio Nacional Galba de Araújo. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. Disponível em:

Outra estratégia adotada pelo Ministério da Saúde no mesmo ano foi a publicação da Portaria GM/MS nº 985, de 5 de agosto de 1999, por meio da qual foi criado o Centro de Parto Normal como parte integrante do Sistema Único de Saúde⁷⁹. O objetivo do órgão era reduzir a mortalidade materna e perinatal e, também, humanizar a assistência à gravidez, ao parto e ao puerpério no âmbito do SUS.

O Centro de Parto Normal, nesse sentido, deveria funcionar como uma unidade de saúde capaz de prestar atendimento humanizado e de qualidade exclusivamente ao parto normal sem distócias, devendo estar inserido no sistema de saúde local, atuando de maneira complementar às unidades de saúde existentes.

Ademais, outra medida relevante adotada pelo Ministério da Saúde foi a instituição, por intermédio da Portaria GM/MS nº 569, de 1º de junho de 2000, do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento – PHPN, que foi estruturado nos princípios de que toda mulher tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; e direito à assistência ao parto e ao puerpério, bem como a que este seja realizado de forma humanizada e segura⁸⁰.

Na opinião de Diniz, o PHPN, pela ênfase em garantir um padrão mínimo na assistência, como número de consultas e controle de imunizações, e seu registro, não incorporou as críticas do movimento pela humanização da assistência ao parto no que se

http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_espeelho_consulta.cfm?id=3606487&highlight=&tipoBusca=post&slcOrigem=0&slcFonte=0&sqlcTipoNorma=&hdTipoNorma=&buscaForm=post&bkp=pesqnorma&fonte=0&origem=0&sit=0&assunto=&qtd=10&tipo_norma=&numero=1406&data=&dataFim=&ano=1999&pag=1.

Acesso em: Acesso em: 12 jul. 2022.

⁷⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 985, de 5 de agosto de 1999**. Cria o Centro de Parto Normal-CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, para o atendimento à mulher no período gravídico-puerperal. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: <https://www.diariodasleis.com.br/busca/exibelink.php?numlink=1-92-29-1999-08-05-985>. Acesso em: 12 jul. 2022.

⁸⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 569, de 1º de junho de 2000**. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000.html. Acesso em: 12 jul. 2022.

refere à técnica desumanizada e não baseada em evidências científicas utilizada pela medicina obstétrica, o que o transformou em um instrumento de gestão⁸¹.

Como elencado no documento “Saúde Brasil 2011”, um importante marco internacional que influenciou a atuação do Ministério da Saúde foi a definição dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – ODM pela Organização das Nações Unidas – ONU, no ano 2000. Tais objetivos tornaram-se compromissos dos países-membros da ONU, sendo o Brasil um desses membros⁸².

Dois dos oito compromissos tocavam diretamente o assunto em questão, quais sejam, o ODM nº 4, que se refere à redução da mortalidade infantil, e o ODM nº 5, que trata do dever de melhorar a saúde materna. Em razão da fixação desses objetivos, o Brasil teria que reduzir, até o ano de 2015, os indicadores de mortalidade infantil e materna.

Já por intermédio da Portaria GM/MS nº 466, de 14 de junho de 2000, o Ministério da Saúde instituiu o Pacto Nacional pela Redução das Cesáreas, por meio do qual estabeleceu como competência dos estados e do Distrito Federal a definição de limite, por hospital, do percentual máximo de cesarianas em relação ao número total de partos realizados, bem como definiu diferentes estratégias para a obtenção de redução desses procedimentos no âmbito dos estados⁸³.

Além disso, por meio da Portaria GM/MS nº 693, de 5 de julho de 2000, o Ministério da Saúde aprovou a Norma de Orientação para a implantação do Método Canguru, consistente em um tipo de assistência neonatal que implica o contato pele a pele precoce entre a mãe e o recém-nascido de baixo peso, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser

⁸¹ DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 10, n. 3, p. 631, set. 2005. DOI: 10.1590/S1413-81232005000300019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JQVbGPcVFfy8PdNkYgJ6ssQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 jul. 2022.

⁸² BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012, p. 392. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/12834/1/CAPITULO_CesarianasNoBrasil.pdf. Acesso em: 25 jun. 2022.

⁸³ BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 466, de 14 de junho de 2000**. Estabelece como competência dos estados e do Distrito Federal a definição de limite, por hospital, de percentual máximo de cesarianas em relação ao número total de partos realizados e ainda a definição de outras estratégias para a obtenção de redução destes procedimentos no âmbito do estado. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <https://www.abenforj.com.br/site/arquivos/outsros/Portaria%20466.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2022.

prazeroso e suficiente, permitindo, dessa forma, uma maior participação dos pais no cuidado ao seu recém-nascido⁸⁴.

A implementação do Método Canguru apresentava as vantagens de reduzir o número de recém-nascidos em unidades de cuidados intermediários, devido à maior rotatividade de leitos, bem como de minimizar a infecção hospitalar e diminuir o tempo de permanência hospitalar desses recém-nascidos.

Na manutenção desses esforços, em 2003, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS nº 653, de 28 de maio de 2003, que fixou que o óbito materno deveria ser considerado evento de notificação compulsória para a investigação dos fatores determinantes e das possíveis causas destes óbitos, assim como para a adoção de medidas que possam evitar novas mortes maternas⁸⁵.

Nessa mesma linha, no ano seguinte, em consideração aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio da ONU, já mencionados, o Ministério da Saúde lançou o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal a fim de promover a melhoria da atenção obstétrica e neonatal com participação dos gestores das três esferas de governo e da sociedade em amplo diálogo. Também em 2004 foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM, em parceria com diversos setores da sociedade.

Santos e Araújo, ao analisarem a PNAISM, elucidam que essa política refletia o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuíssem para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzissem a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis. Destacam que a PNAISM encorpou o enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores, buscando consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no

⁸⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 693, de 5 de julho de 2000.** Aprova a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0693_05_07_2000.html. Acesso em: 12 jul. 2022.

⁸⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 653, de 28 de maio de 2003.** Estabelece o óbito materno como evento de notificação compulsória. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=185373>. Acesso em: 12 jul. 2022

planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual⁸⁶.

Por intermédio da publicação da Portaria MS/GM nº 3.136, de 24 de dezembro de 2008, o Ministério da Saúde adotou contundente medida em favor da humanização da assistência ao parto, haja vista que a portaria mencionada definiu repasse de incentivo financeiro aos Hospitais Maternidade de Referência no Sistema Único de Saúde, para que estes pudessem se adequar aos requisitos de ambiência e humanização para a atenção ao parto e ao nascimento estabelecidos na Resolução de Diretoria Colegiada nº 36, de 3 de junho de 2008, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para funcionamento dos serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal⁸⁷.

No ano seguinte, em estratégia de controle de dados, o Ministério da Saúde expediu a Portaria MS/SVS nº 116, de 11 de fevereiro de 2009, que regulamentava a coleta de dados, o fluxo e a periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde⁸⁸. O proveito dessa medida residia no fato de que, a partir da Declaração de Nascido Vivo, poderia ser realizado o monitoramento epidemiológico das indicações de cesárea.

Em 2011, por meio da Portaria MS/GM nº 1.456, de 24 de junho de 2011, o Ministério da Saúde instituiu a Rede Cegonha, composta por um conjunto de medidas para garantir a todas as brasileiras atendimento adequado, seguro e humanizado desde a confirmação da gravidez, passando pelo pré-natal e o parto, até os dois primeiros anos de vida do bebê. Com isso, desde a descoberta da gravidez até o parto, as gestantes teriam um acompanhamento da Rede Cegonha, tomando o posto de saúde como referência e sabendo, com antecedência, onde

⁸⁶ SANTOS, H. F. L.; ARAÚJO, M. M. Políticas de humanização ao pré-natal e parto: uma revisão de literatura. **Revista Científica FacMais**, [S. l], v. 6, n. 2, p. 61, 1º sem. 2016. Disponível em: <https://revistacientifica.facmais.com.br/wp-content/uploads/2016/07/Artigo-6-POL%c3%8dTICAS-DE-HUMANIZA%c3%87%c3%83O-AO-PR%c3%89-NATAL-E-PARTO.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2022

⁸⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria MS/GM nº 3.136, de 24 de dezembro de 2008**. Define o repasse de incentivo financeiro aos Hospitais Maternidade de Referência do Sistema Único de Saúde, para se adequarem aos requisitos de ambiência e humanização para atenção ao parto e ao nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt3136_24_12_2008.html. Acesso em: 12 jul. 2022

⁸⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria MS/SVS nº 116, de 11 de fevereiro de 2009**. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/prt0116_11_02_2009.html. Acesso em: 12 jul. 2022

dariam à luz, além de terem o direito a um auxílio para se deslocarem até os postos de saúde para realizar o pré-natal e à maternidade na hora do parto⁸⁹.

Em 2016, o Ministério da Saúde, perseguindo o objetivo de redução das cesarianas no âmbito do SUS, por meio da Portaria MS/SAS nº 306, de 28 de março de 2016, aprovou as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana, elaboradas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC⁹⁰.

Como destaca Carmen Schönborn, o referido relatório foi elaborado pela CONITEC em parceria com diversas entidades públicas e privadas relacionadas com área da saúde e mais especificamente da especialidade de obstetrícia, incluindo a ANS e a Anvisa, sendo também objeto de consulta pública. Esse relatório contém o protocolo para atendimento a gestante com foco na melhoria do atendimento ao parto normal e na redução das cesáreas desnecessárias, com base nas evidências científicas⁹¹.

Além disso, o documento possui amplo embasamento científico e prevê atualizações periódicas para a revisão das práticas que se demonstrarem prejudiciais e/ou obsoletas. Também foram inseridas no relatório práticas que não são mais recomendadas no atendimento ao parto e que, no entanto, ainda são amplamente empregadas.

Em atenção aos Objetivos de Desenvolvimento da Agenda 2030, estabelecidos pela Assembleia da Organização das Nações Unidas, o Ministério da Saúde publicou a Resolução

⁸⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria MS/GM nº 1.456, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 12 jul. 2022

⁹⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria MS/SAS nº 306, de 28 de março de 2016**. Aprova as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt0306_28_03_2016.html. Acesso em: 12 jul. 2022

⁹¹ SCHÖNBORN, C. L. P. S. **Análise das Políticas Públicas da ANS, MS e Anvisa para reduzir a taxa de cesáreas no Brasil**. 2019. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) – Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2019, p. 28. Disponível em <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/28547/201908%20R4%20PDF%20%20-%20DISSERTA%C3%87O%20MAP%202017%20%202V.pdf?sequence=1&isAllwed=y>. Acesso em: 27 ago. 2021

GM/MS/CIT nº 42, de 13 de dezembro de 2018, que aprovou diretrizes e estratégias para elaborar um plano para a redução da mortalidade materna e infantil⁹².

Entre as diversas estratégias para reduzir a mortalidade materna e infantil está implementação do Projeto Parto Cuidadoso, inspirado no Projeto Parto Adequado da ANS. A pretensão do Projeto Parto Cuidadoso é o fortalecimento do monitoramento da atenção ao parto e nascimento, com a finalidade de reduzir o uso de cesáreas de forma desnecessária. Para Carmen Schönborn, o Projeto Parto Cuidadoso não trouxe maiores novidades além do monitoramento online das cesáreas, que ainda não teve os seus resultados divulgados⁹³.

Verifica-se, desse modo, que o Ministério da Saúde possui um vasto histórico de medidas adotadas visando à promoção de políticas públicas capazes de reduzir a taxa de cesáreas no Brasil e, especificamente, de medidas implementadas a partir da publicação de legislação infralegal especializada fundamentada em conhecimentos científicos e dirigida principalmente aos gestores do Sistema Único de Saúde.

Apesar de não ter sido mencionado acima, o Ministério da Saúde também empreendeu esforços visando à redução das cesarianas por meio da disseminação informativa tanto popular quanto científica a respeito dos riscos envolvendo a operação cesariana, bem como capitaneou diversas campanhas nesse sentido, como fica evidente na tabela abaixo⁹⁴.

Ano	Iniciativa do Ministério da Saúde
-----	-----------------------------------

⁹² BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução GM/MS/CIT nº 42, de 13 de dezembro de 2018**. Aprova as diretrizes e estratégias para elaboração do plano de enfrentamento da Mortalidade Materna e na Infância, no contexto da agenda 2030 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, e dá outras providências. Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0042_28_11_2018.html#:~:text=Aprova%20as%20diretrizes%20e%20estrat%C3%A9gias,Sustent%C3%A1vel%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAsncias. Acesso em: 12 jul. 2022

⁹³ SCHÖNBORN, C. L. P. S. **Análise das Políticas Públicas da ANS, MS e Anvisa para reduzir a taxa de cesáreas no Brasil**. 2019, p. 32. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) – Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2019. Disponível em <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/28547/201908%20R4%20PDF%20-%20DISSERTA%C3%87%20MAP%202017%20202V.pdf?sequence=1&isAllwed=y>. Acesso em: 27 ago. 2021

⁹⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012, p. 394-7. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/12834/1/CAPITULO_CesarianasNoBrasil.pdf. Acesso em: 25 jun. 2022.

1998	Campanha popular – Lançamento da campanha “Natural é Parto Normal”, em parceria com o Conselho Federal de Medicina, o Unicef e a sociedade civil.
2000	Publicação técnica – Publicação dos manuais: “Urgências e Emergências Obstétricas” e “Gestação de Alto Risco”.
2000	Publicação técnica – Publicação dos livros “Trabalhando com Parteiras Tradicionais” e o “Livro da Parteira”.
2000	Publicação técnica – Publicação do guia “Atenção ao Parto Normal: Um guia prático” (tradução da publicação da OMS: <i>Care in Normal Birth: a practical guide</i>).
2000	Publicação popular – Publicação do guia “Agenda da gestante”.
2003	Publicação popular – Publicação do documentário “Um Dia de Vida”
2004	Realização de conferência – I Conferência de Políticas para as Mulheres, que estabeleceu o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres como uma de suas prioridades, no qual foi fixada a necessidade de promoção da atenção obstétrica.
2004 a 2006	Realização de evento – Seminários de Atenção Obstétrica e Neonatal Humanizada e Baseada em Evidências Científicas: foram realizados 30 seminários para 1.857 profissionais de 457 estabelecimentos de saúde.
2006	Publicação técnica – Publicação do manual “Pré-Natal e Puerpério: Atenção qualificada e humanizada”.
2006	Publicação popular – Publicação de cartazes e pôsteres para profissionais e para a população: “Parto humanizado e presença de acompanhante são direitos de toda mulher”
2006	Campanha popular – Lançamento de campanha pelo parto normal, humanizado com presença de acompanhante.
2008	Campanha popular – Lançamento de campanha pelo parto normal, humanizado com presença de acompanhante.
2009	Publicação popular – Publicação do guia “Conversando com a gestante”.
2010	Publicação técnica – Publicação do manual “Gestação de Alto Risco”
2010	Publicação técnica – Publicação do manual “Parto e Nascimento Domiciliar Assistidos por Parteiras Tradicionais: O Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e Experiências Exemplares”.
2012	Publicação popular – Publicação do guia “Protocolo de bolso: uso do misoprostol”.
2012	Publicação técnica – Publicação do manual “Parto e Nascimento Domiciliar

Assistidos por Parteiras Tradicionais: O Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e Experiências Exemplares”

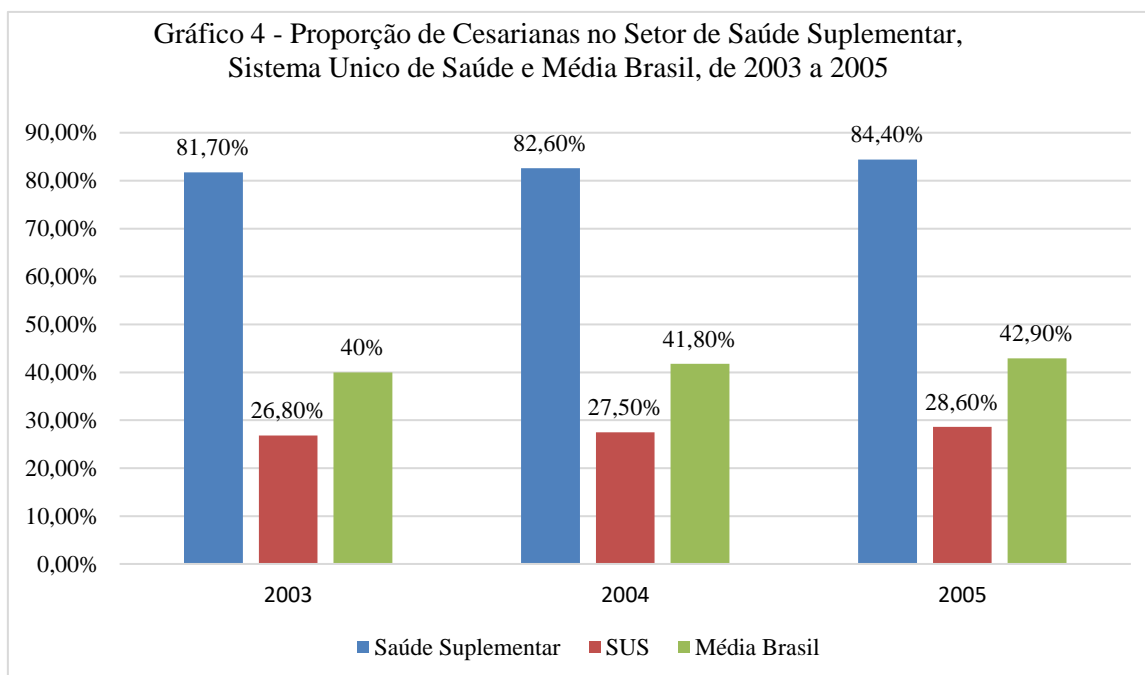
Fonte: SVS/MS

Desse modo, como resultado dos esforços empreendidos, o processo de humanização da assistência ao parto — e, conseqüentemente, a tarefa de reduzir os índices de cesarianas realizadas — ganhou espaço no debate público e se transformou em uma pauta popular na sociedade.

Ademais, o Ministério da Saúde não só popularizou o processo de humanização da atenção ao parto, mas apresentou à sociedade meios eficazes para diminuição das taxas de cesarianas no âmbito do SUS, o que pôs em discussão a qualidade da atenção ao parto oferecida pela saúde suplementar, a qual, na contramão da saúde pública, ostentava percentuais crescentes de cesarianas realizadas, conforme se demonstrará no tópico seguinte.

1.4. A inércia da Agência Nacional de Saúde Suplementar frente ao processo de humanização da atenção ao parto no Brasil

Neste momento, deve-se observar que a adoção das medidas e políticas públicas aqui delineadas tinham como escopo, principalmente, a realização de partos no âmbito da saúde pública, a qual demonstrou considerável redução da quantidade de cesarianas realizadas. Por essa razão, a mesma lógica não pode ser aplicada à realização de partos no âmbito da saúde suplementar, que não só não reduziu a quantidade de partos abdominais como aumentou expressivamente essas estatísticas ano após ano.



Fonte: Setor da Saúde Suplementar – SIP/ANS; SUS – DATASUS / AIH. Total Brasil – DATASUS/SINASC (ano de 2005 = estimativa)

A partir do gráfico acima, verifica-se que os esforços empreendidos pelo Ministério da Saúde para redução das cesarianas no âmbito do SUS não foram acompanhados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar a partir de sua instituição⁹⁵, apesar de sua competência legal para tanto.

Nesse aspecto, deve-se rememorar que a ANS possui competência legal para o desenvolvimento de medidas e ações relacionadas às políticas públicas dirigidas à redução das cesáreas desnecessárias, conforme previsto no artigo 4º, incisos V, XV, XXIV, XXV, XXVI, XXVII, XXIX, XXX, XXXVI, XXXVII e XLI, alíneas “a”, “b”, “f” e “g”, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000⁹⁶.

⁹⁵ Evidentemente, tendo em vista que a Agência Nacional de Saúde Suplementar só foi instituída no ano 2000, não se poderia esperar que a agência tivesse o mesmo largo histórico de iniciativas adotadas pelo Ministério da Saúde. Todavia, essa justificativa não tem o condão de desonerar a agência daquilo que lhe cabe.

⁹⁶ Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, artigo 4º: “Compete à ANS:

(...)

V - estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras;

(...)

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;

(...)

Os dispositivos legais mencionados tratam, de modo geral, da garantia de atendimento com qualidade e segurança, o que inclui a realização de procedimentos com riscos potenciais, somente quando necessário, seja por motivos clínicos, seja porque outros métodos menos invasivos e mais seguros não funcionaram. Para tanto, a ANS poderá propor políticas públicas, modelos assistenciais que promovam maior satisfação às beneficiárias, além de qualidade e segurança, considerando o equilíbrio econômico-financeiro das operadoras de planos de saúde.

Destaque-se, ainda, a competência da ANS de fiscalizar as ações das operadoras de planos de saúde e dos prestadores de serviços aos quais se vinculam. Essa fiscalização pode ser realizada de forma direta ou indireta, bem como podem ser aplicadas punições previstas em espécies normativas.

A despeito de sua competência e dos percentuais alarmantes de cesarianas realizadas no setor suplementar, a agência reguladora não apresentou, até o ano de 2004, qualquer iniciativa visando à contenção desses percentuais.

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;

(...)

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;

(...)

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;

(...)

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:

a) conteúdos e modelos assistenciais;

b) adequação e utilização de tecnologias em saúde;

(...)

f) normas de aplicação de penalidades;

g) garantias assistenciais, para cobertura dos planos ou produtos comercializados ou disponibilizados;”

Todavia, como apontado no documento da ANS intitulado “O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas”, por ser a agência uma das signatárias do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal — lançado no Brasil pelo Governo Federal em atenção aos compromissos estabelecidos pela ONU, em 2000 —, a autarquia especial em questão instituiu, no ano de 2004, o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar⁹⁷.

O programa foi constituído com o intuito de monitorar o desempenho de cada uma das operadoras que comercializam planos de saúde e do setor como um todo, visando à divulgação e à publicação periódica dos resultados para o mercado e sociedade em geral, a fim de estimular a melhoria da qualidade e do desempenho na saúde suplementar⁹⁸.

Para tanto, alguns indicadores foram agrupados entre quatro dimensões, quais sejam: (i) avaliação da qualidade da atenção à saúde; (ii) avaliação da qualidade econômico-financeira; (iii) avaliação da qualidade da estrutura e operação; e (iv) avaliação da satisfação dos beneficiários⁹⁹.

Especificamente na primeira dimensão de avaliação, em consideração à problemática das cesarianas, foi incluído o indicador de “Taxa de Parto Cesáreo”, a fim de que, com o monitoramento da proporção de operações cesarianas realizadas por uma operadora, fosse atribuída uma pontuação que, junto aos demais indicadores, pudesse avaliar o desempenho de uma operadora privada de planos de assistência à saúde.

Ocorre que, apesar de sua existência, o indicador relativo à taxa de parto cesáreo coexiste com outras dezenas de indicadores na mesma dimensão de modo que sua avaliação negativa não impacta o resultado da avaliação de uma operadora. Em outras palavras, o

⁹⁷ BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil**: cenários e perspectivas. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2008, p. 10. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_parto_web.pdf. Acesso em: 16 set. 2022.

⁹⁸ BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Qualificação da Saúde Suplementar**: uma nova perspectiva no processo de regulação. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2004, p. 7. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualificacao_saude_sup/pdf/completo.pdf. Acesso em: 27 ago. 2021

⁹⁹ Ibidem, p. 7.

monitoramento desse indicador não representou qualquer efeito sobre a pontuação recebida pelas operadoras monitoradas.

Por essa razão é que, como se verá mais adiante, a instituição da Política de Qualificação da Saúde Suplementar não pôde provocar qualquer efeito sobre o número de cesarianas realizadas no âmbito da saúde privada, o que, *per si*, evidenciava a necessidade de reformulação do gerenciamento dos indicadores para aferição de desempenho das operadoras.

Ademais, a partir de 2004, a agência reguladora passou a fomentar a discussão sobre as elevadas taxas de partos cirúrgicos no setor suplementar de saúde no Brasil. Contudo, como destaca Shönborn, as medidas adotadas pela ANS em relação aos percentuais de cesarianas foram no sentido de sensibilizar o setor a partir da disseminação de informações atinentes ao tema e da discussão da realidade obstétrica, visando a engajar os agentes por meio da promoção de eventos com especialistas na área.

Assim, foram elaborados materiais educativos e com informações sobre experiências exitosas na redução da taxa de cesáreas e melhoria da qualidade da assistência ao parto¹⁰⁰. Ocorre que essas campanhas não tiveram impacto sobre o elevado índice de cesarianas praticadas no âmbito da saúde suplementar.

Desse modo, diante do expressivo quantitativo de partos abdominais realizados no âmbito da saúde suplementar e, ainda, do posicionamento da comunidade científica internacional a respeito do tema, após autuação de Representação formulada por participantes da Rede Parto do Princípio junto ao Ministério Público Federal de São Paulo, o cenário epidêmico de cesarianas transformou-se em uma demanda do *Parquet*. Por meio dos instrumentos extraprocessuais e processuais de sua atribuição, a referida Instituição trouxe significativas contribuições para a humanização do parto no âmbito da assistência suplementar, as quais serão analisadas no presente estudo.

¹⁰⁰ SCHÖNBORN, C. L. P. S. **Análise das Políticas Públicas da ANS, MS e Anvisa para reduzir a taxa de cesáreas no Brasil**. 2019. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) – Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2019, p. 32. Disponível em <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/28547/201908%20R4%20PDF%20-%20DISSERTA%C3%87%C3%83O%20MAP%202017%20%202V.pdf?sequence=1&isAllwed=y>. Acesso em: 27 ago. 2021

CAPÍTULO II – A ATUAÇÃO EXTRAJUDICIAL E JUDICIAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL EM FAVOR DA REDUÇÃO DE CESARIANAS NO ÂMBITO DA SAÚDE SUPLEMENTAR

A partir da breve compreensão teórica dos instrumentos à disposição do Ministério Público Federal para tutela de direitos coletivos, cumpre agora realizar uma análise do Procedimento Administrativo nº 1.34.001.004458/2006-98, que teve como objeto o elevado número de cesarianas no âmbito da saúde suplementar. Posteriormente, no presente capítulo, analisar-se-á a Ação Civil Pública nº 0017488-30.2010.4.03.6100, proposta pelo Ministério Público Federal em face da Agência Nacional de Saúde Suplementar a partir do apurado no procedimento administrativo suprarreferenciado.

2.1. Aspectos iniciais: a autuação da Representação nº 1.34.001.004458/2006-98

Em 28 de julho de 2006, três participantes da Rede Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa, cujo propósito é promover os benefícios do parto humanizado, formularam Representação junto ao Ministério Público Federal a fim de apresentar ao *Parquet* o cenário epidêmico de cesarianas no âmbito da saúde suplementar, ocasionado, segundo as representantes, pelo predomínio de interesses corporativistas e pela omissão da ANS diante desse panorama.

Nesse intuito, as representantes trouxeram ao conhecimento do Ministério Público Federal a informação de que, de acordo com dados levantados no Sistema de Nascidos Vivos – Sinasc do Ministério da Saúde, em 2004, 41,8% dos partos realizados no Brasil foram cirúrgicos. Todavia, apontam que a saúde suplementar alcançou, nesse mesmo ano, o percentual de 79% de partos realizados por meio de cesarianas.

Ponto interessante trazido à Representação é a consideração de que muitas mulheres, de fato, escolhem a cesariana, contudo, não por livre escolha, mas por temerem o parto normal ou por influência da opinião dos médicos obstetras.

Ao tratarem das diferenças percentuais entre os partos realizados no SUS e os partos realizados na saúde suplementar, as Representantes apontam que essa diferença — de quase

50% — deveria levantar suspeitas acerca dos motivos pelos quais as mulheres que possuíam carteira de convênio fossem exatamente as mulheres que mais eram submetidas à cesarianas.

Em seguida, as representantes identificam causas, ao seu ver, para o que chamaram de “banalização da cesariana” na saúde suplementar, quais sejam: a preferência médica pela cesariana, visto que o procedimento pode ser planejado e controlado; a valorização da formação cirúrgica do médico obstetra; indicação médica da cesariana, a fim de evitar ajuizamento de ações; o excesso de intervenções desnecessárias e procedimentos desaconselhados pela OMS; a realização de cesariana para realização de laqueadura conjunta; e, finalmente, cesarianas a pedido.

Por fim, após pontuarem as principais razões para indicação da cesariana pelos médicos e indicarem a falta de fundamento dessas razões, as Representantes sustentam que a principal razão para o alto índice de cesarianas no âmbito da saúde suplementar é a conveniência médica.

Diante dos elementos de prova que instruíam a representação, como dezenas de artigos científicos e pesquisas estatísticas, em 31 de julho de 2006, foi comunicado às representantes a autuação da Representação, a qual foi convertida em Procedimento Administrativo, podendo este também ser identificado como Inquérito Civil¹⁰¹¹⁰².

¹⁰¹ Atualmente, na vigência da Resolução CNMP nº 174, de 4 de julho de 2017, que disciplina no âmbito do Ministério Público, a instauração e a tramitação da Notícia de Fato e do Procedimento Administrativo, é possível distinguir com exata precisão a diferença entre o Inquérito Civil e o Procedimento Administrativo. De acordo com o art. 8º, da Resolução CNMP nº 174/2007, o Procedimento Administrativo tem natureza residual em relação ao Inquérito Civil e não tem caráter de investigação cível ou criminal de determinada pessoa, em função de um ilícito específico e serve, mais especificamente, para: I – acompanhar o cumprimento das cláusulas de termo de ajustamento de conduta celebrado; II – acompanhar e fiscalizar, de forma continuada, políticas públicas ou instituições; III – apurar fato que enseje a tutela de interesses individuais indisponíveis; IV – embasar outras atividades não sujeitas a inquérito civil. Todavia, à época do Procedimento Administrativo analisado no presente estudo, as diferenças entre esses instrumentos extraprocessuais não eram cristalinas. Nesse sentido, a resolução vigente à época, a Resolução CNMP nº 87, de 3 de agosto de 2006, tratava os termos “inquérito civil” e o “procedimento administrativo” como identificações intercambiáveis para o mesmo instrumento. Por essa razão, no presente estudo, tais expressões serão tratadas como intercambiáveis.

¹⁰² Neste trabalho, o procedimento analisado será identificado como “Procedimento Administrativo”, que constitui gênero do qual Procedimento Preparatório é espécie, que é, efetivamente, a categoria em que este apuratório está incluído atualmente.

Corolário da função investigativa do *Parquet* na tutela coletiva, o inquérito civil é, de acordo com o conceito de Hugo Nigro Mazzilli¹⁰³, uma investigação administrativa¹⁰⁴ prévia, comandada pelo Ministério Público, cuja finalidade é, em suma, reunir elementos de convicção que permitam ao órgão ministerial verificar a presença de circunstâncias que motivem o eventual ajuizamento de ação civil pública.

Inicialmente, observe-se que, apesar de o artigo 129, inciso III, da Constituição da República ter incluído o inquérito civil no rol das funções institucionais do *Parquet*, a Lei Complementar nº 75, de 20 de maio de 1993 (Lei Orgânica do Ministério Público da União)¹⁰⁵, adotando técnica mais apurada, discerniu acertadamente o que constitui função institucional — como a defesa do regime democrático e do patrimônio público e social — e o que consiste em instrumento de atuação ministerial na concretização de suas funções¹⁰⁶. Assim, o inquérito civil deve, mais precisamente, ser estudado como técnica extraprocessual de tutela coletiva pelo Ministério Público, e não como uma de suas funções institucionais.

Dessarte, trata-se, na verdade, de um instrumento de grande utilidade para a consecução dos objetivos constitucionais do *Parquet*, uma vez que permite investigações autônomas, de cunho civil, alheias à intervenção do juiz ou até mesmo de autoridades policiais, como bem aponta Eduardo Vicente Gomes¹⁰⁷.

Entre as matérias passíveis de investigação via inquérito civil, isto é, as que constituem seu objeto, estão aquelas aptas a ensejarem o ajuizamento de ação civil pública. Dentre elas, destacam-se a defesa de interesses relativos ao meio ambiente, ao consumidor, ao patrimônio cultural, à proteção de determinados grupos vulneráveis — como idosos e portadores de deficiência, por exemplo —, à ordem econômica e ao patrimônio público e social, entre

¹⁰³ MAZZILLI, H. N. **O inquérito civil**: investigações do Ministério Público, compromissos de ajustamento e audiências públicas. 4. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2015. p. 45.

¹⁰⁴ A título de esclarecimento, o procedimento administrativo é conceituado por Celso Antônio Bandeira de Mello como uma “sucessão itinerária e encadeada de atos administrativos que tendem, todos, a um resultado final e conclusivo”. Cf. MELLO, C. A. B. **Curso de direito administrativo**. São Paulo: Malheiros, 2010. p. 487.

¹⁰⁵ As normas da LOMPU são aplicáveis subsidiariamente aos Ministérios Públicos dos Estados. Cf. BRASIL, Lei nº 8.625 de 12 de fevereiro de 1993, artigo 80.

¹⁰⁶ As funções institucionais e instrumentos de atuação do Ministério Público estão arrolados respectivamente nos artigos 5º e 6º da LOMPU. Cf. BRASIL, Lei Complementar nº 75 de 20 de maio de 1993, artigos 5º e 6º.

¹⁰⁷ GOMES, E. V. **Inquérito civil público**: atribuição para instauração. 2014. 57 f. Monografia (Graduação em Direito) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2014. p. 11. Disponível em: <<http://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/37586/37.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 18 ago. 2022.

outras. Genericamente, combinando-se as previsões do artigo 129, inciso III, da Constituição com as da Lei nº 7.347, de 24 de julho de 1985 (Lei da Ação Civil Pública) e as da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor), percebe-se que o inquérito civil tem como finalidade investigar possíveis lesões aos direitos de quaisquer categorias de pessoas que compartilhem interesses difusos, coletivos ou individuais homogêneos.

O inquérito civil possui traços marcantes, como a inexistência de um procedimento contraditório e a presença de considerável grau de informalidade. Tampouco há qualquer rigor quanto à ordem das diligências a serem realizadas ou das provas a serem colhidas, embora isso não signifique que o instrumento em questão não deva observar as disposições legais referentes à sua instauração, tramitação e arquivamento, fases de um determinado itinerário a ser percorrido.

Por essa razão, a instauração do inquérito civil revela-se proveitosa quando o órgão ministerial não dispõe ainda de peças de informação — representação, cópia de autos judiciais ou administrativos etc. — suficientes para ensejar a propositura de ação civil pública acerca de eventual violação a interesses coletivos. Nessa situação, surge para o Ministério Público a necessidade de obter mais elementos informativos que lhe permitam verificar a ocorrência ou possibilidade de lesão a um dos interesses tuteláveis por meio de ação civil pública. Se, ao examinar as peças de informação à sua disposição, o membro da Instituição averigua não ser possível ainda o seu arquivamento e tampouco o ajuizamento imediato da correspondente ação judicial, ele tem o dever de instaurar inquérito — ou procedimento preparatório para eventual instauração de inquérito — para investigar os fatos com maior afinco. Nesse sentido, a atuação do Ministério Público é obrigatória e indisponível, como ressalta Mazzilli¹⁰⁸.

Assim, o inquérito civil poderá ser instaurado de ofício pelo membro do Ministério Público ou a partir de requerimento, petição ou representação encaminhados ao órgão por

¹⁰⁸ O referido autor aponta que a instauração do inquérito civil só é dispensável quando as peças de informação de que dispõe o membro do Ministério Público são suficientes para identificar que não houve a lesão ou ameaça ao direito tutelado ou quando esses elementos informativos já lhe trazem todos os dados necessários para constatar a ocorrência da lesão ou ameaça. Caso não se verifiquem essas hipóteses, o *Parquet* tem o dever de proceder à instauração do inquérito civil — ou de procedimento preparatório à sua instauração —, que se torna, portanto, obrigatória. Cf. MAZZILLI, H. N. **O inquérito civil: investigações do Ministério Público, compromissos de ajustamento e audiências públicas**. 4. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2015, p. 59-60.

pessoa física ou jurídica. Por meio de portaria ou despacho, o membro da Instituição manifesta sua decisão de apurar fatos que possam eventualmente motivar o ajuizamento de ação civil pública, determinando a instauração do inquérito.

Sobre as formas de se provocar o *Parquet* a instaurar inquérito civil, merece ser realçado que a petição está sujeita a deferimento ou indeferimento, enquanto a representação apresenta-se mais como meio de comunicação de um fato cuja apuração incumbe à autoridade destinatária. No entanto, independentemente da maneira pela qual é provocado, o Ministério Público deve, ao identificar possível lesão a interesse coletivo ou difuso, obedecer ao princípio da obrigatoriedade, que impõe sua atuação mesmo quando não lhe tenha sido formulado nenhum requerimento formal.

Essa lógica fica bastante evidente no caso que ora se analisa, uma vez que as representantes precisamente noticiaram um fato ao *Parquet* para que este o apurasse e tomasse as providências cabíveis, as quais foram adotadas conforme se verá a seguir.

2.2. A fase de instrução do Procedimento Administrativo nº 1.34.001.004458/2006-98

No caso sob exame, após a autuação da Procedimento Administrativo nº 1.34.001.004458/2006-98 e a análise de seu conteúdo, foi iniciada a fase de instrução do procedimento. Nesse aspecto, é preciso lançar foco sobre as fases seguintes da tramitação do referido instrumento, quais sejam, a instrução e o arquivamento ou o ajuizamento de Ação Civil Pública, para que se entenda as estratégias adotadas pelo *Parquet* no procedimento administrativo referenciado.

Nesse sentido, importa ter clareza quanto ao fato de que o órgão do Ministério Público que deflagra o curso do inquérito civil também possui poderes instrutórios gerais inerentes à atividade inquisitiva, podendo, a princípio, produzir quaisquer meios de prova em direito admitidos, em especial a documental, a pericial e a testemunhal. Dessa maneira, pode também realizar inspeções, diligências investigatórias e vistorias diretas, valendo-se de notificações,

requisições e, segundo Hugo Nigro Mazzilli, até mesmo da condução coercitiva auxiliada pela força policial¹⁰⁹.

O *Parquet* pode, por exemplo, requisitar informações, exames, perícias e documentos de autoridades da Administração Pública direta ou indireta, requisitar documentos e informações de entidades privadas, expedir ofícios, notificações e intimações necessárias às investigações e notificar testemunhas, requisitando inclusive sua condução coercitiva em caso de ausência injustificada.

Vale lembrar que, segundo o artigo 10 da Lei da Ação Civil Pública¹¹⁰, recusar, retardar ou omitir dados técnicos indispensáveis à propositura da ação civil pública, quando requisitados pelo Ministério Público, constitui crime.

Outro ponto importante diz respeito à dispensabilidade do contraditório na fase instrutória do inquérito civil. Isso se justifica pelo fato de que esse instrumento não possui natureza de processo, e sim de mero procedimento, de modo que por meio dele não se criam, não se modificam nem se extinguem direitos, e tampouco se cominam sanções. Todavia, nada impede que o Ministério Público, no curso das apurações, promova a oitiva do investigado, inclusive viabilizando que ele indique provas a serem produzidas conforme for conveniente à investigação. Igualmente prescindível na lógica do inquérito é a ampla defesa, já que nele não há precisamente acusações e tampouco sanções, como salienta Gavronski¹¹¹.

Diante do silêncio da Lei nº 7.347, de 24 de julho de 1985 (Lei da Ação Civil Pública) quanto ao prazo para que o inquérito civil seja concluído, cabe a atos regulamentares locais estipulá-lo. A Resolução nº 23, de 17 de setembro de 2007, do Conselho Nacional do Ministério Público, por exemplo, fixou em seu artigo 9º¹¹² o prazo de um ano para a

¹⁰⁹ MAZZILLI, H. N. **A defesa dos interesses difusos em juízo:** meio ambiente, consumidor, patrimônio cultural, patrimônio público e outros interesses. 29. ed. rev., ampl. e atual. São Paulo: Saraiva, 2016. p. 545.

¹¹⁰ BRASIL, Lei nº 7.347 de 24 de julho de 1985, artigo 10.

¹¹¹ GAVRONSKI, A. A. **Técnicas extraprocessuais de tutela coletiva:** a efetividade da tutela coletiva fora do processo judicial. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010. p. 301.

¹¹² O referido dispositivo estipula o seguinte: "*O inquérito civil deverá ser concluído no prazo de um ano, prorrogável pelo mesmo prazo e quantas vezes forem necessárias, por decisão fundamentada de seu presidente, à vista da imprescindibilidade da realização ou conclusão de diligências, dando-se ciência ao Conselho Superior do Ministério Público, à Câmara de Coordenação e Revisão ou à Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. Parágrafo único. Cada Ministério Público, no âmbito de sua competência administrativa, poderá estabelecer prazo inferior, bem como limitar a prorrogação mediante ato administrativo do Órgão da Administração Superior*

conclusão do inquérito, admitindo a prorrogação por igual período quantas vezes forem necessárias, desde que por decisão fundamentada do órgão ministerial respectivo.

Valendo-se dessas características do inquérito civil é que, no caso que é objeto do presente estudo, especificamente no curso da instrução do inquérito, o órgão do Ministério Público Federal responsável pelo procedimento em questão expediu ofícios com as mais variadas requisições a diversas entidades e órgãos da Administração Pública, bem como a entidades privadas¹¹³.

Na fase inicial do inquérito, por exemplo, o Procurador por ele responsável à época, em uma estratégia preambular de levantamento de informações, primeiro acerca de estatísticas quanto à realização de partos cesarianos e, segundo, de políticas públicas e medidas tomadas em relação a essa problemática, expediu ofícios ao Ministério da Saúde, à Agência Nacional de Saúde Suplementar, ao Conselho Federal de Medicina, ao Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e ao Conselho Federal de Enfermagem.

Importante chamar atenção para o fato de que, apesar do caráter incipiente do inquérito naquele momento, o *Parquet* pôde, ainda em sede de adoção de medidas preliminares, envolver todas as entidades que de alguma forma estavam relacionadas à materialização do problema trazido pelas representantes.

Nesse ponto, é de valor lançar luz especialmente para o conteúdo trazido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar ao inquérito. Em síntese, ao expedir ofício à ANS, o MPF requisitou que a agência reguladora prestasse informações sobre: (i) os planos para redução do índice de cesarianas na rede privada; (ii) a regulamentação sobre os limites máximos de pagamentos de cesarianas no sistema de saúde suplementar; (iii) a existência de proposta de reavaliação dos valores pagos por partos normais e cesarianas; (iv) o percentual de partos

competente" (grifos nossos). Cf. BRASIL. Conselho Nacional do Ministério Público. **Resolução nº 23, de 17 de setembro de 2007**. Regulamenta os artigos 6º, inciso VII, e 7º, inciso I, da Lei Complementar nº 75/93 e os artigos 25, inciso IV, e 26, inciso I, da Lei nº 8.625/93, disciplinando, no âmbito do Ministério Público, a instauração e tramitação do inquérito civil. Disponível em: <<http://www.cnmp.mp.br/portal/images/Resolucoes/Resolu%C3%A7%C3%A3o-0231.pdf>>. Acesso em: 1 nov. 2017.

¹¹³ Nesse ponto, importa esclarecer que, sem a pretensão de apresentar uma análise cronológica da condução do inquérito — dada sua extensão e limitações formais do trabalho que se apresenta —, esse tópico se pautará em uma análise temática a partir de ações tomadas pelo *Parquet*.

realizados por enfermeiras obstetras nos últimos cinco anos; (v) medidas tomadas para a aplicação do artigo 11, inciso I, alínea “i”, da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que prevê a possibilidade de realização de partos normais por enfermeiros obstetras; (vi) a existência de plano para a criação do programa de casas de parto no setor privado; (vii) medidas acerca da aplicação da Lei do Acompanhante; (viii) a existência de política pública relativa ao parto domiciliar; (ix) informações estatísticas a respeito dos partos normais e cesarianas nos últimos cinco anos em atenção ao recomendado pela OMS; e (xi) a existência de programa ou campanha oficial destinada a prover informação adequada à parturiente, notadamente com o fim de esclarecer sobre quais as hipóteses de real necessidade de realização de cesariana.

Em resposta, a Agência Nacional de Saúde Suplementar, resumidamente, apontou a promoção da redução do número de cesarianas no país por meio do desenvolvimento da "Política de Qualificação da Saúde Suplementar", a qual teria sido criada para promover a qualificação das operadoras por meio de avaliação de desempenho e do desencadeamento de ações que visassem a corrigir ou auxiliar na superação dos problemas detectados. Tal avaliação de desempenho, como explicado pela agência, é feita pela análise de diversos indicadores por parte das operadoras, sendo que 50% da pontuação total se refere às medidas por elas tomadas que traduzem "Atenção à Saúde". Nesse sentido, dentre os quatro critérios avaliados para compor a pontuação no âmbito da "Atenção à Saúde", um deles se refere à "Saúde Materno-neonatal". Este, por sua vez, é subdividido em sete outros critérios, sendo um deles correspondente ao indicador "Proporção de Partos Cesáreos".

Além disso, a ANS apontou a celebração de parceria com o Ministério da Saúde a fim de elaborar material educativo destinado a promover o parto natural, o qual já teria sido distribuído em alguns encontros promovidos com as operadoras, tendo também comunicado que pretendia distribuí-los a todas as operadoras registradas junto à autarquia, bem como aos hospitais registrados como rede prestadora de tais operadoras. Informou, ainda, o desenvolvimento de sítios virtuais, no âmbito da página da ANS, com informações atualizadas sobre ações e estratégias de estímulo ao parto natural no setor suplementar.

Ademais, mencionou o desenvolvimento de pesquisas e de trabalhos de campo acerca do assunto *in commento*, com vistas a subsidiar estratégias da ANS na regulamentação e controle das cesarianas no âmbito dos serviços de saúde suplementar, além do

desenvolvimento, em conjunto com o Ministério da Saúde, da campanha designada "O normal é ter parto natural", promovida na mídia.

Apesar do valor das medidas mencionadas pela agência reguladora, como se verá mais adiante, muito pouco se poderia afirmar em favor da eficácia dessas providências, o que serviu de pano de fundo para a manutenção do apuratório pelo Ministério Público Federal e, posteriormente, para o ajuizamento da já mencionada Ação Civil Pública nº 0017488-30.2010.4.03.6100.

Outra estratégia relevante adotada pelo Ministério Público Federal foi a convocação de audiência pública para que fosse discutido o excessivo número de cesarianas na rede privada de saúde.

No plano infraconstitucional, com amparo expresso no artigo 27, parágrafo único, inciso IV, da Lei nº 8.625, de 12 de fevereiro de 1993¹¹⁴, a audiência pública é um instrumento de atuação extrajudicial do Ministério Público Federal usado para colher subsídios para a instrução de procedimentos ou inquéritos civis. O membro do MPF convoca uma audiência pública para que todas as partes interessadas, assim como representantes da sociedade civil, exponham suas posições sobre um determinado assunto. Nas palavras de Gregório Assagra de Almeida:

O mecanismo da audiência pública é um forte canal de ampliação e de fortalecimento da legitimação social do Ministério Público, seja por permitir um diálogo mais direto com a sociedade, seja por permitir que a Instituição estabeleça seu programa de atuação funcional a partir das propostas e reclamações da própria sociedade.¹¹⁵

Ao tratar do tema, Hugo Nigro Mazzilli, por sua vez, assevera que:

¹¹⁴ Art. 27, parágrafo único, IV, da Lei 8.625, de 12 de fevereiro de 1993: "Cabe ao Ministério Público exercer a defesa dos direitos assegurados nas Constituições Federal e Estadual, sempre que se cuidar de garantir-lhe o respeito: [...] Parágrafo único. No exercício das atribuições a que se refere este artigo, cabe ao Ministério Público, entre outras providências: IV — promover audiências públicas e emitir relatórios, anual ou especiais, e recomendações dirigidas aos órgãos e entidades mencionadas no *caput* deste artigo, requisitando ao destinatário sua divulgação adequada e imediata, assim como resposta por escrito".

¹¹⁵ ALMEIDA, G. A. O Ministério Público no Neoconstitucionalismo: perfil constitucional e alguns fatores de ampliação de sua legitimação social. **Revista do Ministério Público do Rio de Janeiro**: MPRJ, n. 53, p. 27, jul./set., 2014. Disponível em: <https://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistajuridicafafibe/sumario/5/14042010170607.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2022.

Além do membro do Ministério Público, que a presidirá, dos funcionários desta instituição, que darão suporte e apoio ao primeiro, e das pessoas que forem nominalmente convidadas para o evento, ainda poderão participar da audiência, sem caráter taxativo: a) representantes de associações civis interessadas; b) as autoridades públicas interessadas ou que tenham competência para analisar a questão em exame; c) as entidades sindicais relacionadas com o objeto da audiência; d) as universidades ou faculdades, bem como entidades acadêmicas que tenham conhecimento técnicos sobre o tema em questão; e) especialistas, peritos e técnicos, que compareçam sob convite ou espontaneamente; f) qualquer pessoa que tenha interesse geral na questão objeto da audiência.¹¹⁶

No caso em tela, cento e quarenta e quatro ofícios foram expedidos pelo Ministério Público Federal a fim de convidar diversos representantes das entidades e instituições relacionadas ao tema para participação de audiência pública, dentre os quais vale mencionar: organizações pró humanização da assistência ao parto — como a Rede Parto do Princípio e o Rehuna —, o Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, a ANS, Conselhos Federais e Regionais de Medicina e Enfermagem, o Procon, Senadores, Vereadores e Deputados, Diretores de Hospitais e Presidentes de Operadoras de Planos de Saúde, além de outras entidades representantes da classe médica e, especialmente, de ginecologistas e obstetras.

A importância da audiência pública, nesse caso, é que ela funciona como um instrumento capaz de materializar a premissa adotada pelo Procurador responsável pelo procedimento-objeto deste estudo, o qual, anteriormente, em uma Reunião Técnica sobre a atenção ao Parto Humanizado na Rede Privada de Recife, organizada pelo Grupo Curumim, pontuou que compreendia que a resolução da problemática passava por reunir as instituições envolvidas para promoção de um diálogo consensual.

Essa compreensão foi reiterada pelo Representante do Ministério Público Federal por ocasião da Audiência Pública, realizada em 26/09/2007. De acordo com o Procurador, a prioridade do Ministério Público Federal era evitar a judicialização da problemática, visto que o processo de obtenção de um termo por atos unilaterais é demasiadamente complexo, de modo que a melhor alternativa viria do consenso e encaminhamento conjuntos.

¹¹⁶ MAZZILLI, Hugo Nigro. **O inquérito civil**: investigações do Ministério Público, compromissos de ajustamento e audiências públicas. 4. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2015. p. 330.

A Ata dessa Audiência Pública revela o esforço envidado pelo Representante do *Parquet* de apurar as principais formas de atenuação do elevado índice de cesarianas no âmbito da saúde suplementar de modo que as soluções contempladas partissem da saúde do binômio materno-fetal como critério norteador.

A partir dos discursos resumidos na Ata, pode-se notar duas principais tendências entre os seus participantes. Por parte da representante da ANS, a todo tempo, era afirmado o caráter conjunto que a solução da problemática deveria assumir, visto que a agência reguladora não possuiria meios de provocar mudanças no cenário epidêmico de cesarianas, além dos esforços já empenhados no sentido de conscientizar os atores envolvidos na assistência ao parto acerca da superioridade do parto normal em relação ao parto abdominal.

Essa tendência também pode ser encontrada no discurso dos representantes do Conselho Federal de Medicina e Conselho Regional de São Paulo, os quais, além de repetirem a concepção da representante da ANS acerca do caráter conjunto das medidas a serem tomadas, repisam seu posicionamento contrário à adoção de medidas coercitivas para solução da problemática, enquanto sustentam a necessidade de persuadir a classe médica — profissionais que têm sua atuação pautada pela autonomia — acerca dos prejuízos relacionados à excessiva realização de cesarianas.

A segunda tendência, não correspondida na audiência pública, pode ser observada nas representantes das organizações pró-humanização da assistência ao parto no Brasil, as quais, traziam à audiência pública perguntas específicas sobre a problemática, bem como propostas singulares de atuação, mas eram respondidas com comentários vagos e genéricos acerca das causas e medidas a serem adotadas.

Nesse ponto, importa frisar que é de nossa opinião que o cenário epidêmico de cesarianas no Brasil, de fato, não pode ser atribuído a apenas uma causa ou entidade. Por óbvio, um momento que envolve médicos, enfermeiros — e, conseqüentemente, ambos os Conselhos profissionais que representam essas categorias —, hospitais, operadoras de planos privados de saúde, uma agência reguladora e um Ministério do Estado, além da própria gestante, com suas convicções pessoais, não pode ter, em uma análise superficial, a identificação de apenas um fator gerador.

Ocorre que, se, por um lado, esse raciocínio é viciado por superficialidade e pobreza analítica, por outro, a defesa genérica e abstrata da concepção de que vários atores envolvidos estão contribuindo para esse imbróglio — e, assim, devem contribuir para sua solução — falha em, de fato, materializar soluções para um problema de saúde pública reconhecido por comunidades científicas nacionais e internacionais.

Em outras palavras, se, por um lado, deve-se defender o caráter conjunto das soluções a serem tomadas, por outro, apenas afirmá-lo conduz à criação de uma massa cinzenta não identificável, que, funcionando como um bode expiatório, acolhe todas as culpas e não pode oferecer solução.

Todavia, apesar de a Ata da Audiência Pública apenas indicar que a maior parte dos envolvidos buscaram atribuir culpa a uma coletividade intangível, diversos encaminhamentos foram elencados como conclusão do debatido na audiência. Dentre eles: (i) a retomada de campanhas de divulgação informacional sobre o parto normal e a cesariana, inclusive com a elaboração de cartilha a ser direcionada às operadoras, hospitais, médicos e usuários dos serviços; (ii) a articulação de meios capazes de assegurar a prerrogativa das enfermeiras obstetras de realizarem parto normal; (iii) a capacitação do médico na assistência ao parto com base nas evidências científicas; (iv) a transparência dos dados pelos prestadores de serviço; (v) o estabelecimento de discussão com as operadoras para melhor remuneração do parto normal e definição de teto pecuniário para cesarianas; e (vi) a busca de mecanismos para estímulo e viabilização do parto domiciliar.

No seguimento da instrução do procedimento que ora se examina, em atenção ao deliberado na audiência pública, a Agência Nacional de Saúde Suplementar encaminhou ao Ministério Público Federal a notícia de lançamento de campanha em favor da realização de partos naturais promovida pela agência reguladora. De acordo com o conteúdo da notícia, a ANS divulgaria manual informativo desenvolvido pelo Ministério da Saúde, composto por um cartaz e dois pôlderes com conteúdo relativo ao parto natural, além do Manual de Utilização da Caderneta da Criança, que funcionaria como instrumento de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantis.

Por essa razão, o Ministério Público Federal encaminhou novo ofício à ANS pontuando o caráter louvável da realização de campanhas educativas e informativas, mas acentuando,

todavia, o seu caráter ineficaz, visto que a alteração da situação fática dependeria de medidas atinentes à regulação e fiscalização do setor de saúde suplementar, que são de competência da agência reguladora.

O *Parquet*, em sua comunicação, frisou, ainda, que foi exatamente o engajamento estatal que provocou considerável redução dos índices de cesariana no âmbito da saúde pública, o que deveria funcionar de modelo para atuação mimética da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Nesse mesmo sentido, o MPF pontua que possuía conhecimento acerca da atuação regulatória da agência, a qual havia culminado na edição da Resolução Normativa nº 167, de 9 de janeiro de 2008, responsável por instituir a obrigação dos planos de saúde de remunerarem o atendimento das enfermeiras obstétricas em partos normais. Também consigna estar ciente dos esforços adotados com vistas à obtenção de regulamentação por parte da Anvisa acerca das condições físicas propícias ao parto normal, tais como a existência de salas de pré-parto, parto e pós-parto.

No entanto, apesar desses esforços, o MPF salienta que, em razão da gravidade da situação, essas providências estariam aquém do que a ANS poderia e deveria fazer para impactar os índices de partos cirúrgicos, os quais estavam diretamente relacionados à falta de disponibilidade e interesse dos médicos no incentivo ao parto normal. Segundo o órgão ministerial, tal conduta era acompanhada pelos hospitais e convênios de saúde, que se mantinham omissos em relação ao problema.

Considerando esse cenário, nesse ofício, o representante do Ministério Público Federal expõe que não tinha conhecimento de qualquer medida tomada pela ANS no sentido de regulamentar e fiscalizar os elevados índices de cesarianas no âmbito da saúde suplementar. Por isso, requisitou que a ANS (i) informasse quais medidas regulatórias e fiscalizatórias estavam sendo adotadas em face da problemática, bem como (ii) se manifestasse expressamente sobre as propostas de atuação indicadas pelo *Parquet*, a saber: a fixação de limites para o reembolso de partos cirúrgicos pelas operadoras; melhores remunerações do parto normal em relação aos partos abdominais; a obrigatoriedade de informação dos índices de cesarianas dos hospitais e obstetras, a pedido dos usuários dos planos de saúde; a cobertura de partos domiciliares; o descredenciamento de hospitais e médicos com altos índices de

cesarianas; e a certificação de operadoras e hospitais que adotassem medidas e obtivessem resultados na redução do número de cesarianas.

Sem fazer referência à requisição ministerial, a ANS manifestou-se, novamente, nos autos do procedimento, informando que a agência reguladora estava articulando um amplo movimento de incentivo ao parto normal, com o *slogan* “Parto Normal está no meu Plano”. De acordo com a ANS, era de seu interesse a formação de um Grupo Técnico composto por representantes de órgãos governamentais, bem como da sociedade civil organizada, de operadoras de planos de saúde e entidades de ensino e pesquisa, além do Ministério Público Federal, para discussão, aprofundamento das propostas e pactuação para execução das recomendações constantes no relatório final da pesquisa “Causas e Consequências das Cesarianas Desnecessárias”, financiada pela ANS e conduzida por pesquisadores da Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP, da Fundação Oswaldo Cruz.

Na reunião proposta pela ANS, realizada em 28 de março de 2008, as seguintes propostas foram feitas: (i) a realização de campanhas educativas sobre as vantagens e desvantagens dos diversos tipos de parto e sobre as práticas assistenciais disponíveis; (ii) a implantação do cartão da gestante nos serviços do sistema de saúde suplementar, como forma de aumentar a informação e o controle da mulher sobre a sua gestação; (iii) a implantação de equipes plantonistas (obstetras e/ou enfermeiras obstetras) nos hospitais/maternidades, permitindo ao profissional utilizar essa equipe como apoio para o atendimento às gestantes que necessitassem de assistência continuada; e (iv) o financiamento de estudos que avaliassem o impacto financeiro (custos) e na saúde da população (morbimortalidade) do modelo de assistência ao parto no sistema de saúde suplementar.

Além das propostas mencionadas, foram elencados também (v) a inclusão da participação de partos acompanhados por enfermeiras obstetras (multidisciplinar) e do acompanhante no pré-parto, parto e pós parto imediato; (vi) o incentivo aos hospitais que integram o sistema de saúde suplementar para que adotassem medidas que favorecessem a implantação de práticas consideradas humanizadoras da assistência ao parto; (vii) a implementação de diretrizes para assistência ao pré-natal, ao parto e ao recém-nato, baseadas em evidências científicas; (viii) a elaboração de publicação, direcionada a todos os profissionais que atuam no sistema de saúde suplementar, como meio de divulgação de evidências científicas sobre as boas práticas; (ix) o estabelecimento de estratégias de auditoria

e divulgação de dados sobre o assunto; e (x) a avaliação e implementação de formas diferenciadas de remuneração e de organização de modelos assistenciais para o assunto em questão.

Em consideração, o MPF pontuou as sugestões já encaminhadas à ANS e reiterou a relevância da adoção das medidas elencadas pela agência, bem como se colocou à disposição da ANS para o que fosse necessário.

Posteriormente, fazendo referência ao ofício outrora encaminhado pelo MPF, a ANS expediu ofício ao *Parquet*, expressando compreender que um longo processo de maturação cultural havia resultado no modelo de assistência ao parto vigente à época. Assim, para seu desfazimento, outro processo de maturação longo seria necessário, visto que, caso a agência editasse normas sem a concordância dos alvos dessas normas, estas não teriam o impacto almejado.

Assentou, ademais, que a ANS tinha adotado outras medidas em relação à problemática. Em síntese, todas partiam da ideia nuclear do dever de informação a respeito do parto normal e da cesariana em cartas encaminhadas aos beneficiários, bem como da disponibilização de informações nos sítios eletrônicos da ANS e do lançamento de campanha na mídia, além de publicação técnica sobre o tema.

Finalmente, já no segundo semestre de 2009, o MPF expediu novo ofício à Agência Nacional de Saúde Suplementar pontuando que, de fato, diversos ofícios haviam sido encaminhados e estudos haviam sido efetuados, além de reuniões e campanhas de esclarecimento à população, sem que houvesse qualquer impacto prático no número de cesáreas. Ao contrário, o quantitativo de cesarianas estava aumentando cada vez mais no curso de mais de três anos do procedimento, o que demonstrava que as estratégias utilizadas até o momento não surtiam o efeito esperado e, por isso, precisavam ser revistas.

Reportando-se, mais uma vez, à ANS, o MPF requisitou que a Agência Reguladora utilizasse seus poderes-deveres regulatórios a fim de reduzir o elevado índice de cesarianas no âmbito da saúde suplementar. Na ocasião, o MPF reiterou as propostas de medidas a serem tomadas, as quais eram as mesmas medidas elencadas pelo Grupo Técnico de Trabalho

organizado pela própria ANS, e informou que estava considerando requerer sua efetivação em Juízo, caso as medidas propostas não fossem adotadas administrativamente.

Em resposta, a ANS informou que, dada a complexidade do problema e a hegemonia médica na assistência ao parto no país, a ANS estava buscando o aprofundamento do debate acerca do tema junto ao CFM e à Associação Médica Brasileira – AMB, bem como que havia firmado convênio com esta última para elaboração de diretrizes e protocolos prioritários.

Mencionou, ainda, a criação da Comissão de Parto Normal para discussão da problemática junto ao CFM, à FEBRASGO e à Sociedade Brasileira de Pediatria – SBP, com o intuito de incentivar a realização de partos normais. Aduz a ANS que, no âmbito da Comissão de Parto Normal, foi aprovado um projeto de intervenção, que teria como objetivo sensibilizar as operadoras e outros atores do setor de saúde suplementar a aderirem ao movimento.

Por fim, a ANS acentuou, também, que financiaria novo estudo para avaliação das características dos modelos exitosos de assistência ao parto no setor público de saúde, o qual seria realizado pela Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP, da Fundação Oswaldo Cruz.

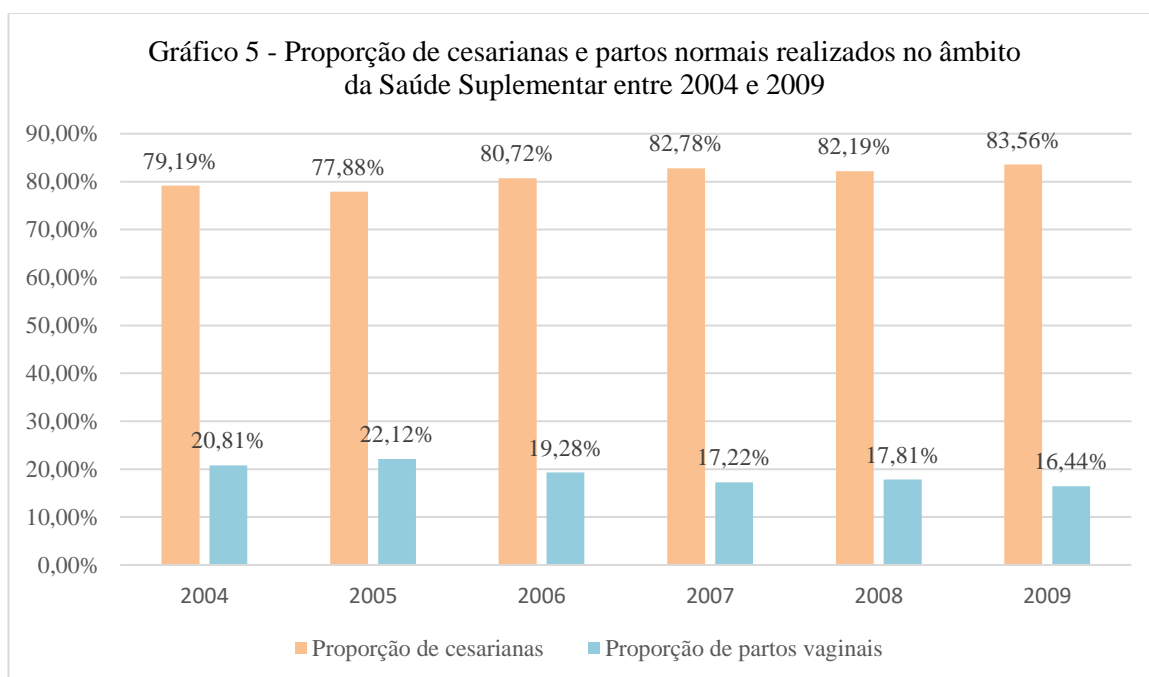
2.3. A propositura da Ação Civil Pública nº 0017488-30.2010.4.03.6100: um resumo de sua fase preambular

Como se pode notar a partir do tópico anterior, os ofícios trocados entre o Ministério Público Federal e a Agência Nacional de Saúde Suplementar mostram, antes de tudo, divergências de pontos de vista acerca de como a agência reguladora deveria atuar para impactar o elevado número de cesarianas realizadas no setor suplementar de saúde.

Por um lado, considerando que as atitudes empreendidas não estavam surtindo os efeitos esperados, o Ministério Público Federal compreendia que a ANS deveria atuar mais incisivamente, de forma regulatória e fiscalizatória. Por sua vez, a ANS entendia que, primeiro, deveria haver uma mudança de concepção acerca do tema por parte de todos os atores envolvidos na temática, para que, só então, fosse expedida norma. Trocando em miúdos, a autarquia defendia que deveria, primeiro, convencer os alvos das normas, para depois coagi-los.

Foi essa divergência de ponto de vista que fez com que os repetidos ofícios expedidos pelo Ministério Público Federal não impulsionassem a atuação da agência reguladora; esta já tinha seu próprio posicionamento sobre a demanda. O que causa estranheza, no entanto, é que, muito embora a ANS tenha trazido ao procedimento o resultado dos esforços do Grupo de Trabalho Técnico contratado pela própria agência para que fossem elencadas medidas a serem tomadas para a solução do cenário epidêmico de cesarianas, nenhuma das medidas foi executada pela ANS.

Diante da inércia da Agência Nacional de Saúde Suplementar, e considerando que, no curso do Procedimento Administrativo nº 1.34.001.004458/2006-98, o percentual de cesarianas apenas se elevou — conforme se deduz do gráfico abaixo —, em 17/08/2010, o Ministério Público Federal propôs ação civil pública em face da ANS.



Fonte: Elaboração própria a partir de dados informados pela ANS nos autos da Ação Civil Pública nº 0017488-30.2010.4.03.6100.

De acordo com o artigo 1º da Lei nº 7.347, de 24 de julho de 1985, a ação civil pública pode ser manejada com vistas à responsabilização por danos causados ao meio ambiente, ao consumidor, a bens e direitos de valor artístico, estético, histórico, turístico, paisagístico, por infração da ordem econômica e outros interesses difusos e coletivos.

Para Tarcísio Valente, depois de enumerar, de forma exemplificativa, os vários tipos de interesses que podem ser defendidos por meio da ação civil pública, resta patente que a lei permite a defesa de qualquer outro interesse difuso ou coletivo, de modo que não há que se falar em taxatividade na defesa judicial de interesses metaindividuais, podendo ser defendido em Juízo pelo Ministério Público e demais colegitimados relacionados no artigo 5º da Lei da Ação Civil Pública e no artigo 82 do Código de Defesa do Consumidor¹¹⁷.

Para fins de conceituação, deve-se lembrar que os direitos transindividuais ou metaindividuais são aqueles agrupados em três categorias no parágrafo único do artigo 81 do Código de Defesa do Consumidor. Nos casos em que titulares determináveis compartilham interesses divisíveis, decorrentes de origem comum, está a se falar em interesses individuais homogêneos (inciso III). Se, de outro modo, os titulares são determináveis, mas unidos por relação jurídica base de caráter indivisível, verificam-se interesses coletivos em sentido estrito (inciso II). E, por fim, quando os titulares são indetermináveis, ligados por circunstâncias de fato que produzem dano de natureza indivisível, se está diante de interesses difusos (inciso D)¹¹⁸.

Valendo-se dessas características, por ocasião da propositura da Ação Civil Pública nº 0017488-30.2010.4.03.6100, o Procurador responsável pelo caso expôs, em sua exordial, que a tramitação do Procedimento Administrativo nº 1.34.001.004458/2006-98 evidenciou, sinteticamente, que: (i) as taxas de cesariana no setor de saúde suplementar estão muito acima das recomendações médicas a respeito; (ii) a realização da cesárea sem indicação médica implica em aumento de risco de morte, dentre outros, para mãe e bebê; (iii) todos os atores envolvidos no assunto reconhecem a existência e importância do problema¹¹⁹; (iv) todas as políticas adotadas até aquele momento estavam sendo ineficazes; e (v) a maioria dos obstetras que realizam partos pelos planos de saúde não pratica partos normais.

¹¹⁷ VALENTE, T. R. **Ação Civil Pública**: A tutela dos direitos difusos, coletivos e individuais homogêneos na esfera trabalhista. 2001. Dissertação (Mestrado em Direito do Trabalho) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001, p. 31. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/teste/arqs/cp040969.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2022.

¹¹⁸ BRASIL, Lei nº 8.078 de 11 de setembro de 1990, artigo 81, parágrafo único.

¹¹⁹ Nas palavras do Procurador, “restou patente, ao longo do trabalho investigativo, que o problema da excessividade do número de cesarianas é reconhecido pelo poder público, assim como todos os demais setores envolvidos. Nenhum órgão ou entidade compareceu aos autos, aos eventos e reuniões ou apresentou documentos para defender a legitimidade ou o benefício em se manter a taxa de cesárea do setor suplementar de saúde em 80% dos nascimentos.”

A partir desse pano de fundo, o *Parquet* elencou as medidas que considerava imprescindíveis para a atenuação dos índices de cesarianas relativos ao setor privado, quais sejam:

a) Garantia do direito à informação: entende o MPF 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 serviços de atenção obstétrica. A prática demonstra que a grande maioria dos obstetras apresenta às suas pacientes o discurso do parto normal, mas ao final da gravidez colocam um motivo justificador da realização da cesariana. Tal providência possibilitará aos consumidores de plano de saúde o direito previsto no art. 6º, inciso III, da Lei n.º 8078/90 "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 apresentem". Ademais, possibilitará o controle da qualidade dos serviços de atendimento ao parto, uma vez que os médicos e hospitais/maternidades se esforçarão para reduzir suas taxas de partos cirúrgicos caso tais índices sejam divulgados com facilidade. A estratégia pode ser implementada por regulamentação da ANS. exercendo suas competências de regulamentação assistencial, com fulcro Lei 9.961/00, artigo 4º, nos seguintes incisos XV, XXIII, XXIV, XXXVII.

b) Adoção do partograma como documento obrigatório: A medida pode ser implementada por meio de regulamentação da ANS, prevista no art. 4º, incisos XV, XXIV, XXXVII, e fundamentada no art. 6º, III, do CDC. Medida imprescindível na documentação do ocorrido durante o trabalho de parto, possibilitando inclusive a posterior avaliação da correta indicação da cesariana, bem como ao poder público o estudo estatístico dos fatos como diretriz para medidas futuras.

c) Implantação do cartão da gestante obrigatório: medida importante para aumentar a informação e consciência da mulher sobre sua gestação e parto, possibilitando ainda o fornecimento de informações mais adequadas à assistência, se houver necessidade. por outros profissionais que não o médico que acompanhou o pré-natal. A medida pode ser implementada por meio de regulamentação da ANS, prevista no art. 4º, incisos XV, XXIV, XXXVII e fundamentada no art. 6º, III, do CDC.

d) Partos acompanhados por enfermeiras: o trabalho conjunto entre enfermeiras e obstetras, bem como o acompanhamento de parturientes de baixo risco exclusivamente por enfermeira, são medidas salutares na redução das cesáreas, uma vez que a principal causa do número abusivo é a falta de disponibilidade do profissional médico em acompanhar todo o trabalho de parto, que muitas vezes pode se prolongar por horas e até mesmo dias. O atual rol de procedimentos prevê a cobertura de assistência ao parto por enfermeira obstetra, mas a efetivação da medida dependerá da autorização por parte dos estabelecimentos de saúde de tal prática. Necessária, portanto, regulamentação da ANS explicitando que os estabelecimentos não poderão obstar o atendimento ao parto por enfermeiras obstetras se esta for a escolha da gestante. A medida pode ser implementada por meio de regulamentação da ANS, prevista no art. 4º, incisos XV, XXIV, XXXVII, conjugados com art. 11 da Lei n.º 7498/86.

e) Incentivo a práticas humanizadoras: a ANS possui a Política de Qualificação em Saúde Suplementar, e um dos indicadores é a proporção de cirurgia cesariana. Ocorre, porém, que mesmo com a valorização de tal indicador ante aos demais, o resultado final ainda é um peso pequeno ante a gravidade do problema e importância do tema. Propõe-se, desta forma, que a ANS, com fulcro no art. 4º, incisos V, XV, XXIV e XXXVII, da Lei n.º 9961/00 crie indicadores e notas de qualificação específicos para a redução no número de partos cirúrgicos.

f) Formas diferenciadas de remuneração: de acordo com a sistemática atual, as operadoras de saúde remuneram os honorários médicos pelo mesmo valor, seja o parto normal, seja cesárea. Isso, todavia, gera desvantagem para o médico que atende 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. Essa situação leva a uma clara preferência dos médicos pela cesariana, independentemente da existência de indicação médica para realizá-la. O artigo 4º, inciso XLII, da Lei n.º 9.961/00 determina que a ANS estipule "índices e demais condições técnicas sobre investimentos e outras relações patrimoniais a serem observadas pelas operadoras de planos de assistência à saúde". Pretende-se, desta forma, que a ANS estipule a remuneração aos profissionais de saúde pelo parto normal em patamar consideravelmente superior à da cesárea, tornando-o realisticamente viável em termos financeiros para os médicos

De acordo com a exordial do *Parquet*, o primeiro pedido, referente ao fornecimento dos índices de cesárea dos obstetras e hospitais, está embasado no direito do consumidor à informação clara sobre os serviços que pretende contratar, conforme o artigo 6º, inciso III, do CDC¹²⁰, bem como nas competências regulatórias da ANS de estabelecer critérios de controle de qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras, exercer o controle e avaliação da garantia de acesso, a manutenção e qualidade dos serviços prestados direta ou indiretamente pelas operadoras e zelar pela qualidade dos serviços de assistência suplementar, consoante incisos XV, XXIV e XXXVII do artigo 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000¹²¹.

Aduz o *Parquet* que a falta de informações adequadas sobre o atendimento ao parto por parte dos obstetras faz com que muitas mulheres deixem de parir normalmente por acreditar que o médico que lhe acompanha está disposto a atender-lhe no parto normal, quando, na verdade, não está.

A compreensão ministerial é de que, com essa medida, os consumidores serão subsidiados com informações claras dos serviços de que pretendem usufruir. Na prática, as beneficiárias gestantes teriam como saber previamente se o médico escolhido por seu plano de saúde exerce a obstetrícia de forma compatível com o discurso favorável ao parto normal — comum ao acompanhamento do pré-natal — ou se o profissional, apesar do discurso em favor do parto vaginal, não possuía histórico de assistência a partos desse tipo.

¹²⁰ Art. 6º, III, do CDC: "São direitos básicos do consumidor: a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade, tributos incidentes e preço, bem como sobre os riscos que apresentem;"

¹²¹ Art. 4º, XV, XXIV e XXXVII, da Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000: "Compete à ANS: 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; 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; 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;"

No tocante ao pedido de regulamentação da adoção do partograma como documento obrigatório, a fundamentação indicada pelo *Parquet* foi a mesma apontada para o primeiro pedido quanto ao previsto no artigo 4º, incisos XV, XXIV e XXXVII, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000¹²². Segundo o órgão ministerial, somente com informações detalhadas acerca do ocorrido durante o trabalho de parto seria possível avaliar, após o parto, se a indicação médica da cirurgia cesariana havia sido correta, ou seja, se se tratava de uma cesariana necessária.

Importa esclarecer que o partograma é um documento a ser preenchido pela equipe de saúde responsável pelo atendimento obstétrico, no qual se anota a evolução e intercorrências do trabalho de parto, registrando todo o ocorrido durante o nascimento.

De acordo com estudo realizado pela OMS mencionado pelo órgão ministerial, o uso de partograma resulta no "menor uso de ocitócitos, menor proporção de partos prolongados, menor proporção de partos cesarianos e partos a fórceps, menor natimortalidade intraparto e menor número de sépsis pós-parto"¹²³.

Ademais, defendeu o Ministério Público Federal que esse pedido estaria fundamentado no direito do consumidor à informação (artigo 6º, inciso III, do CDC), pois sem esse registro de todas as ocorrências do trabalho de parto não seria possível aos beneficiários ter ciência e documentação dos motivos que ensejaram a realização da cesárea. Ressaltou, também, que essa coleta dos dados detalhados aproveitaria também ao Poder Público como uma fonte de informações padronizadas a nortear as políticas de atendimento ao parto, com vistas ao direito à saúde.

Quanto ao pedido de implantação da obrigatoriedade do uso do cartão da gestante, o fundamento apresentado pelo MPF estaria no direito do consumidor à informação (artigo 6º, inciso III, do CDC), além das obrigações da ANS de controlar, avaliar e zelar pela qualidade dos serviços prestados, consoante artigo 4º, incisos XV, XXIV e XXXVII, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, já mencionados anteriormente.

¹²² Cf. nota 125.

¹²³ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. World Health Organization Partograph in Management of Labour: Maternal Health and Safe Motherhood Programme. *Lancet*, [S. l.], v. 343, i. 8910, p. 1400, jun. 1994. DOI: 10.1016/S0140-6736(94)92528-3. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(94\)92528-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(94)92528-3/fulltext). Acesso em: 12 ago. 2022.

Cumpra esclarecer que o cartão da gestante serve para o registro de todo o acompanhamento pré-natal, possibilitando que o profissional que for prestar assistência ao parto tenha conhecimento de todas as condições de saúde daquela gestante, contribuindo para um atendimento mais adequado.

A medida é especialmente importante quando da realização do parto normal sem agendamento, visto que, nesse caso, o trabalho de parto pode ser iniciado mesmo nos momentos em que o obstetra que fez o acompanhamento pré-natal não esteja disponível. Assim, o atendimento ao parto por profissional diverso daquele que fez o acompanhamento pré-natal poderá ocorrer de forma adequada a partir dos dados constantes do cartão da gestante.

O pedido referente ao parto realizado por enfermeiras fundamenta-se, segundo o MPF, em primeiro lugar, no artigo 11, inciso II, alíneas “g”, “h” e “i”, e parágrafo único, alíneas “a”, “b” e “c”, da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986,¹²⁴ que regulamenta o exercício da enfermagem, conferindo habilitação a esse profissional para o atendimento ao parto normal sem distocia.

Nesse pedido, o MPF salienta, inclusive, que a ANS já tinha reconhecido a possibilidade de realização de parto normal por enfermeiros, incluindo, por intermédio de sua Resolução Normativa nº 167, de 9 de janeiro de 2008, no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde a cobertura obrigatória pelas operadoras do acompanhamento de trabalho de parto e parto por enfermeira obstétrica¹²⁵.

¹²⁴ Art. 11, inciso II, alíneas “g”, “h” e “i”, e parágrafo único, alíneas “a”, “b” e “c”, da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986: "O enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:

II -como integrante da equipe de saúde:

(...)

g) assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera;

h) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;

i) execução do parto sem distocia;

(...)

Parágrafo único. Às profissionais referidas no inciso II, do Art. 6º, desta Lei incumbe, ainda:

a) assistência à parturiente e ao parto normal;

b) identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;

c) realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária."

¹²⁵ Art. 16, da Resolução Normativa nº 167, de 9 de janeiro de 2008: "O Plano Hospitalar com Obstetrícia compreende toda a cobertura definida no Art. 15 desta Resolução, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, observadas as seguintes exigências:

Para reforçar seu argumento, o representante do órgão ministerial pontua que, com a atuação das enfermeiras obstétricas nos moldes pedidos, a atenção ao parto seria equiparada à prestada no setor público de saúde, nos Centros de Parto Normal e Casas de Parto, nos quais o parto sem complicações é atendido por enfermeiros, de forma que o médico só é demandado se houver necessidade. Nessa hipótese, também haveria equiparação ao modelo de atenção ao parto oferecido na maioria dos países europeus, onde a cultura local não enxerga o parto como um evento médico, fazendo com que todo o pré-natal e parto de baixo risco sejam realizados por enfermeiras ou parteiras, cabendo aos médicos apenas o atendimento a complicações.

Assim, de acordo com a exordial, cumpriria à ANS regulamentar a obrigatoriedade das maternidades privadas em permitir o atendimento ao trabalho de parto e parto sem distocia exclusivamente por enfermeiros, se essa for a escolha da gestante. Essa providência, de acordo com o MPF, fundamenta-se nas obrigações da ANS já citadas na fundamentação dos pedidos anteriores.

A quinta medida, relativa ao incentivo de práticas humanizadoras do nascimento por parte da ANS, teria como objetivo a criação de indicadores e notas de qualificação específicos para a redução do parto cirúrgico, estando fundada na competência da agência para estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras, com base no artigo 4º, inciso V, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000¹²⁶.

Nesse aspecto, o MPF salienta que, muito embora a ANS possua a Política de Qualificação em Saúde Suplementar, que atribui nota às operadoras de acordo com diversos critérios, dentre eles a proporção de cesarianas, sua importância acaba sendo extremamente diluída entre todos os fatores envolvidos. Por essa razão, a gravidade e importância do tema reclamam uma certificação específica, ou seja, que se dê visibilidade à questão, permitindo

(...)

Parágrafo Único. Para fins de cobertura do parto normal listado no Anexo I, este procedimento poderá ser realizado por Enfermeiro Obstétrico, habilitado de acordo com as atribuições definidas pela Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que rege o exercício profissional do Enfermeiro, regulamentada pelo Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, conforme disposto no artigo 5º desta Resolução Normativa.”

¹²⁶ Art. 4º, V, da Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000: “Compete à ANS estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras;”

aos consumidores o acesso a informações mais claras quanto às práticas adotadas em relação ao parto, no momento da escolha do plano de saúde e da maternidade em que desejam ter seus filhos.

Por fim, o pedido referente a formas diferenciadas de remuneração entre parto normal e cesárea fundamenta-se, de acordo com o MPF, na atribuição da ANS de estipular índices sobre investimentos e outras relações patrimoniais a serem observadas pelas operadoras de planos de assistência à saúde, conforme preconizava o artigo 4º, inciso XLII, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000.

Como defende o *Parquet*, o acompanhamento de um parto normal é consideravelmente mais demorado do que a realização de uma cesárea. Resta evidente, portanto, a desvantagem financeira do profissional que se dispõe a atender partos normais, recebendo por uma média de oito horas de trabalho o mesmo que um médico obstetra que só realize cesáreas agendadas, as quais duram, cada uma, cerca de uma hora.

Nesse ponto, o *Parquet* sustenta que, embora a melhor remuneração, por si só, não tenha o condão de reverter essa preferência médica pela cirurgia cesariana, essa mudança pode ser entendida como um incentivo dentro do conjunto de estratégias adotadas.

Para esse argumento, o *Parquet* traz à baila que, entre os documentos apresentados pelo Conselho Federal de Medicina no bojo do Procedimento Administrativo nº 1.34.001.004458/2006-98, se encontra um artigo no qual o Diretor do CFM, Pedro Pablo Magalhães Chacel, afirma:

que para o Conselho a solução possível para a diminuição da incidência de cesarianas é que os honorários para o atendimento dos partos normais sejam quatro vezes maiores do que os do parto cesáreo", visto que "a atenção a um parto ocorre em momento imprevisível e tem assistência e duração de tempo variável, enquanto uma cesariana com hora marcada demora cerca de uma hora, o que permite marcar e executar duas ou três no mesmo período.

Importante frisar que, apesar da extensão das medidas propostas pelo MPF, este, reconhecendo a complexidade da problemática, assenta, já na exordial, que não pretendia, com tais medidas, esgotar a questão, e tampouco entendia que sua adoção resolveria o cenário epidêmico de cesarianas no setor suplementar.

Após o trâmite regular da exordial e o cumprimento do procedimento judicial, tendo sido devidamente citada, a Agência Nacional de Saúde Suplementar apresentou sua contestação.

Em sua contestação, em sede preliminar, a ANS sustentou o litisconsórcio passivo necessário com o Conselho Federal de Medicina, visto que os pedidos quanto (i) à disponibilização dos percentuais de cesarianas pelas operadoras de planos de saúde, (ii) à obrigatoriedade do uso do partograma e (iii) à determinação da utilização do cartão gestante seriam de competência da autarquia de fiscalização profissional.

Ademais, preliminarmente, alegou a inadequação da via eleita, com base na afirmação de que, para ajuizamento de ação civil pública, se faz necessária a comprovação de danos causados ao consumidor. Segundo a ANS, o *Parquet* não teria comprovado, em sua exordial, os danos causados aos consumidores.

A Agência Reguladora aduziu, também, a impossibilidade jurídica do pedido, dado que o caso violaria a discricionariedade da Administração, bem como o princípio da separação dos poderes, caso o Judiciário impelisse a agência a elaborar ato normativo, conforme requerido pelo MPF.

No que se refere ao mérito da demanda, em sua defesa, a agência reguladora pontuou que, ao contrário do afirmado pelo MPF, já em 2004, a ANS se dedicava à redução das elevadas taxas de partos operatórios no setor da saúde privada no Brasil, o que podia ser demonstrado nas discussões iniciadas pela agência no ano mencionado entre os diversos setores envolvidos, para que todos apresentassem sua contribuição acerca da temática.

Na manutenção desse movimento, a ANS informou que teria formado um Grupo Técnico em parceria com o Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas – DAPE, do Ministério da Saúde, e com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa.

De acordo com a ANS, o objetivo do grupo era a apreciação das recomendações constantes no relatório final da pesquisa “Causas e Consequências das Cesarianas Desnecessárias”, financiada pela referida agência, a partir da qual teria sido destacada a

importância do desenvolvimento de estratégias voltadas para os diversos atores envolvidos: mulheres, operadoras, médicos, serviços de atenção obstétrica e neonatal e gestores públicos.

Ademais, a ANS teria, em parceria com o DAPE, se reunido com a Anvisa e com o CFM, em 2008, para discussão da problemática, a partir de quando a ANS estaria atuando na redução das cesarianas desnecessárias por meio da sensibilização de todos os atores da saúde suplementar, da participação em eventos para discussão do tema, da divulgação de materiais educacionais, da integração da Comissão do Parto Normal e do lançamento do movimento “Parto Normal está no meu Plano”.

Especificamente sobre os pedidos do MPF, a ANS aduziu que, para realização do pedido quanto à disponibilização do número de cesarianas realizadas pelos hospitais e obstetras, a participação do CFM seria essencial, visto que poderiam estar implicadas questões de sigilo e de direito médico.

Similarmente, quanto ao pedido de imposição do uso do partograma, a ANS sustentou que o CFM deveria se manifestar acerca da questão, visto que a ANS não teria competência para vinculação da prática médica e, assim, não poderia impor aos médicos o preenchimento de certo documento.

Sobre a requisição de que o parto fosse acompanhado por enfermeiras, a ANS postulou que tal pedido já teria sido sanado por sua Resolução Normativa nº 167, 9 de janeiro de 2008, que incluiu no rol de procedimentos de cobertura obrigatória da agência a cobertura de parto acompanhado por enfermeira obstétrica.

Da mesma forma, a ANS pontuou que o pedido quanto ao incentivo de práticas humanizadoras já teria sido atendido por meio do Programa de Qualificação das Operadoras, o qual avaliava positivamente operadoras que apresentassem proporção de cesarianas progressivamente menores.

Finalmente, quanto à fixação de remuneração diferenciada para partos normais, a ANS apenas consignou que “apesar de algumas experiências mostrarem que esta ação, de forma isolada, não é capaz de alterar o número de cesáreas, continuaremos estudando a melhor forma de indução.”

Impende mencionar que, no curso do processo, visando à deliberação de tomada de decisões capazes de solucionar a problemática, o Juiz responsável pelo caso designou a realização de audiência pública, na qual, após debates entre os envolvidos na demanda, fixou o prazo de 60 (sessenta) dias para que a ANS apresentasse minuta de propostas efetivas sobre o que estava sendo requerido na exordial do órgão ministerial.

Assim, posteriormente, a ANS manifestou-se no sentido da dar conhecimento ao Juízo acerca de medidas adotadas pela Autarquia em atendimento ao determinado na audiência pública.

Nesse sentido, informou a agência que havia constituído, por intermédio da Portaria nº 3, de 14 de agosto de 2014, um Grupo de Trabalho com intuito de elaborar uma proposta de estudos para ações regulatórias que possibilitassem aos consumidores de planos privados de assistência à saúde a obtenção adequada da prestação de serviços médicos obstétricos, o qual, depois de algumas reuniões, teria concluído a redação das minutas de duas resoluções normativas que contemplavam a regulamentação dos pontos questionados pelo Ministério Público Federal.

Ainda de acordo com a ANS, essas minutas teriam sido submetidas à sua Diretoria Colegiada, em atenção ao regramento previsto no artigo 15 da Resolução Administrativa nº 49, de 13 de abril de 2012¹²⁷, bem como à Consulta Pública.

Trazidas essas informações aos autos, a ANS juntou à sua manifestação as minutas das resoluções discutidas, as quais, após as deliberações das consultas públicas, foram convertidas em uma só resolução, a saber, a Resolução Normativa nº 368, de 6 de janeiro de 2015.

Em continuidade, a ANS pugnou pelo reconhecimento da perda superveniente do interesse processual quanto às matérias regulamentadas, tendo em vista que atendiam parte expressiva do pedido deduzido pelo Ministério Público Federal, bem como que o pedido

¹²⁷ Art. 15, da Resolução Administrativa nº 49, de 13 de abril de 2012: “A DICOL poderá aprovar a minuta somente para a realização de Câmara Técnica, Consulta ou Audiência Públicas, disciplinadas pela RN nº 242, de 7 de dezembro de 2010, com a finalidade de promover a participação da sociedade civil e dos agentes regulados, no processo de edição de normas e tomada de decisão da ANS.”

quanto à regulamentação sobre indicadores de qualificação para operadoras específicas para a questão da redução das cesarianas já existia. Em suma, a autarquia pleiteava o reconhecimento da desnecessidade de provimento jurisdicional para atingir objetivo já alcançado pela atuação administrativa.

Impende acentuar que o MPF, em resposta, pontuou que, diversamente do que sustentava a ANS, não teria havido a perda superveniente do interesse processual, mas o reconhecimento jurídico do pedido, o que ensejaria a extinção do processo com julgamento do mérito e consequente sentença de procedência, haja vista que, ao expedir a Resolução Normativa nº 368, de 6 de janeiro de 2015, a ANS teria reconhecido que parte da pretensão era fundada.

Ora, o MPF manifestou-se dessa maneira por temer que, uma vez extinto o processo sem resolução do mérito, a ANS, após a prolação da sentença, expedisse novo ato normativo revogando a Resolução Normativa nº 368, de 6 de janeiro de 2015, o que tornaria inócuo todo o trabalho dispensado ao logo dos cinco anos de tramitação da demanda judicial.

Desse modo, para o *Parquet*, ainda remanesciam controvertidos os outros três pedidos: (i) a obrigatoriedade de credenciamento de enfermeiros obstetras ou obstetrizes, (ii) a adoção de indicadores específicos para a redução do número de cesarianas e (iii) o estabelecimento de honorários médicos em proporção maior para o parto normal.

Cumprir trazer à luz que, em 29/01/2015, a ANS se manifestou nos autos da Ação Civil Pública nº 0017488-30.2010.4.03.6100 a fim de dar ciência ao Juízo acerca do Acordo de Cooperação Técnica firmado entre a Autarquia, o IHI - Institute For Healthcare Improvement e a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein, em 24/10/2014.

O projeto, conforme informado pela agência reguladora, consistia em um processo de médio prazo, mas que poderia gerar resultados mais consistentes e duradouros, sendo, portanto, a estratégia mais efetiva para o atendimento do requerido Ação Civil Pública ajuizada pelo órgão ministerial.

2.4. A sentença e suas consequências nos autos da Ação Civil Pública nº 0017488-30.2010.4.03.6100

Após a maturação do processo, em 30/11/2015, foi exarada sentença nos autos da Ação Civil Pública nº 0017488-30.2010.4.03.6100, na qual, ao longo de cinquenta páginas, o Juiz Federal Victorio Giuzio Neto, da 24ª Vara Federal Cível da 1ª Subseção Judiciária do Estado de São Paulo, acentuou o caráter relevante da ação, bem como deu razão ao pleito do Ministério Público Federal.

Por essa razão é que acolheu *in totum* os pedidos formulados pelo *Parquet* e determinou que a ANS procedesse à regulamentação, no prazo de 60 (sessenta) dias, no sentido de:

- a) determinar às operadoras de planos privados 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 obstetras no acompanhamento de trabalho de parto e do próprio parto, mantendo atualizada a relação e 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 e cesarianas é 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 imo, o triplo do valor atribuído à cesariana, cujo montante será definido pela ANS, segundo seus critérios técnicos.

Ao interpor seu recurso de apelação, a ANS requereu a anulação da decisão de primeiro grau, visto que o Juízo, ao determinar na sentença que “a remuneração dos honorários profissionais a serem pagos pelas operadoras ao parto normal de, no mínimo, o triplo do valor atribuído à cesariana”, teria falhado ao fixar o *quantum* remuneratório. De acordo com a ANS, não teria sido produzida qualquer prova na instância originária que tivesse aferido corretamente o critério para diferenciação de pagamento entre o parto cesáreo e o parto normal, de modo que a exasperação feita na sentença não teria se baseado em qualquer prova pericial ou documental.

Assim, segundo a ANS, na ausência de fundamentação técnica de suporte, o que iria de encontro ao inciso IX do artigo 93 da CRFB/1988, a sentença deveria ser anulada para realização de prova pericial quanto ao pedido deduzido pelo MPF.

Outrossim, a ANS, em raciocínio recursal, sustentou que a remuneração dos profissionais de saúde não era estabelecida em razão das disposições constantes da Resolução CFM nº 1673, de 26 de agosto de 2003, a qual adotou a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos como padrão mínimo e ético de remuneração dos procedimentos médicos para o Sistema de Saúde Suplementar e atribuiu à Comissão Nacional de Honorários Médicos e às Comissões Estaduais ou Regionais de Honorários Médicos as deliberações acerca dos valores relativos aos portes de procedimentos¹²⁸.

Nesse ponto, alegou, também, que as disposições do inciso XLII do artigo 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000¹²⁹, na verdade, referiam-se a aspectos econômico-financeiros das operadoras, e não a questões remuneratórias envolvendo operadoras e rede credenciada, uma vez que tal previsão interferiria diretamente na liberdade contratual das partes, que devem pactuar livremente os termos de suas relações jurídicas.

No mesmo sentido, a ANS aduziu que na fase instrutória e na sentença não houve qualquer consideração acerca dos impactos econômico-financeiros que as operadoras de planos de saúde sofreriam — o que, segundo estimado pela autarquia, acarretaria um aumento de, no mínimo, trezentos por cento de sua despesa com honorários por parto normal — caso o *decisum* fosse acatado.

¹²⁸ Art. 1º- Adotar como padrão mínimo e ético de remuneração dos procedimentos médicos, para o Sistema de Saúde Suplementar, a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, incluindo suas instruções gerais e valores.

Art. 2º- Os valores relativos aos portes de procedimentos deverão ser determinados pelas entidades médicas nacionais, por intermédio da Comissão Nacional de Honorários Médicos.

Parágrafo único – As variações, dentro das bandas determinadas nacionalmente, serão decididas pelas Comissões Estaduais ou Regionais de Honorários Médicos, levando-se em conta as peculiaridades regionais.

¹²⁹ Art. 4º, inciso XLII, da Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000: “Compete à ANS:

(...)

XLII - estipular índices e demais condições técnicas sobre investimentos e outras relações patrimoniais a serem observadas pelas operadoras de planos de assistência à saúde.”

Por último, alegou que a tentativa de aumento da remuneração do parto normal já havia sido implementada por uma cooperativa médica. Todavia, a experiência não teria sido exitosa na diminuição dos índices de cesarianas praticados.

Ademais, quanto ao não acolhimento do pedido de reconhecimento da perda superveniente do interesse processual, a ANS sustentou que essa decisão deixou de considerar que a cristalização de tais instrumentos regulatórios por decisão judicial, sem qualquer espécie de ressalva, impediria que a ANS pudesse adotar, no futuro, medidas de atualização das normas. Dessa forma, a autarquia argumentou que a sentença deveria ser reformada para que lhe conferisse a possibilidade de atualizar tais instrumentos regulatórios.

Quanto ao credenciamento de enfermeiras obstétricas, a ANS alegou que a sentença seria *extra petita*, uma vez que o pedido do MPF teria sido apenas no sentido de possibilitar a atuação dos enfermeiros obstétricos no acompanhamento de trabalho de parto e parto, enquanto o *decisum* teria determinado o credenciamento para atuação tanto de enfermeiros obstétricos quanto de obstetizes.

Ademais, a autarquia alegou que a Resolução Normativa nº 387, de 28 de outubro de 2015, responsável por atualizar o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde — mantendo o disposto acerca do tema na Resolução Normativa nº 167, de 9 de janeiro de 2008 —, já contemplava a atuação do enfermeiro obstétrico para realização do parto normal, dentro de suas competências profissionais, o que ensejaria o reconhecimento da perda do objeto acerca desse pedido.

Contudo, a ANS também ressaltou que, embora pudesse assegurar normativamente que o enfermeiro atuasse na realização de partos sem complicações, a autarquia não poderia compelir as operadoras de planos de saúde a credenciarem enfermeiros obstetras como componentes de sua rede de prestadores de serviço à disposição dos beneficiários dos planos de saúde, uma vez que para tal iniciativa se fazia necessária a prévia aferição da existência de mão-de-obra em número e com capilaridade suficientes. Segundo a ANS, a instrução probatória não teria aferido o número de enfermeiros com especialização em obstetrícia e tampouco sua distribuição no Brasil, o que colocaria em dúvida a viabilidade da constituição de uma rede obrigatória de enfermeiros obstétricos em todo o país.

Quanto ao pedido referente à criação de indicadores e notas de qualificação para operadoras de planos de saúde e prestadores de serviço, também foi postulado o reconhecimento da perda do objeto. Para a autarquia, esse pedido encontrava sua satisfação no Programa de Qualificação da Saúde Suplementar.

Finalmente, ainda em sua apelação, a ANS postulou que fosse trazido aos autos o entendimento da 2ª Turma do Superior Tribunal de Justiça – STJ acerca da interferência do Judiciário na atuação das agências reguladoras, exarado no julgamento do Recurso Especial nº 572.070/PR¹³⁰, cujo Relator foi o Ministro João Otávio de Noronha¹³¹. Assim requereu a ANS por entender que a compreensão adotada pelo Juízo na sentença não teria o condão de sobrepujar o entendimento da agência reguladora, que dispunha de conhecimento técnico sobre o mercado de saúde suplementar.

Cumpre salientar que, dois dias após a interposição do recurso de apelação, a autarquia apresentou o pedido de Suspensão de Liminar nº 0000858-50.2016.4.03.0000 junto ao Presidente do Tribunal Regional Federal da 3ª Região – TRF-3¹³², a fim de que fossem suspensos os efeitos quanto aos pedidos referentes (i) ao credenciamento de enfermeiras obstétricas e obstetrizes, (ii) à criação de indicadores e notas de qualificação para operadoras e hospitais e (iii) à majoração de remuneração pela realização de partos normais.

¹³⁰ STJ. RECURSO ESPECIAL: REsp 572070 PR 2003/0128035-1. Relator: Ministro João Otávio de Noronha. DJ: 16/03/2004. STJ Jus, 2004. Disponível em: <https://processo.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/toc.jsp?livre=%28RESP.clas.+e+%40num%3D%22572070%22%29+ou+%28RESP+adj+%22572070%22%29.suce>. Acesso em: 12 ago. 2022.

¹³¹ Segundo o Ministro, “ao adentrar no mérito das normas e procedimentos regulatórios que inspiraram a atual configuração das “áreas locais” estará o Poder Judiciário invadindo seara alheia na qual não deve se imiscuir. Se a prestadora de serviços deixa de ser devidamente ressarcida dos custos e despesas decorrentes de sua atividade, não há, pelo menos no contexto das economias de mercado, artifício jurídico que faça com que esses serviços permaneçam sendo fornecidos com o mesmo padrão de qualidade. O desequilíbrio, uma vez instaurado, vai refletir, diretamente, na impossibilidade prática de observância do princípio expresso no art. 22, caput, do Código de Defesa do Consumidor, que obriga a concessionária, além da prestação contínua, a fornecer serviços adequados, eficientes e seguros aos usuários.” Cf. nota 134.

¹³² A apresentação do pedido de suspensão de liminar formulado pela ANS encontra-se fundamentado no artigo 4º, caput e §1º, da Lei nº 8.437, de 30 de junho de 1992, que dispõe sobre a concessão de medidas cautelares contra atos do Poder Público. *In verbis*: “Compete ao presidente do tribunal, ao qual couber o conhecimento do respectivo recurso, suspender, em despacho fundamentado, a execução da liminar nas ações movidas contra o Poder Público ou seus agentes, a requerimento do Ministério Público ou da pessoa jurídica de direito público interessada, em caso de manifesto interesse público ou de flagrante ilegitimidade, e para evitar grave lesão à ordem, à saúde, à segurança e à economia públicas.

§ 1º Aplica-se o disposto neste artigo à sentença proferida em processo de ação cautelar inominada, no processo de ação popular e na ação civil pública, enquanto não transitada em julgado.”

Acerca do primeiro pedido, o Desembargador Presidente do TRF-3 pontuou que o argumento utilizado pela ANS não tinha adequação com a decisão judicial, uma vez que esta não colocava o credenciamento como exigência nos cenários em que não existissem tais servidores, de modo que não havia sido imposta cláusula impossível, devendo o alistamento ocorrer se, quando e onde fosse viável.

Quanto à criação de indicadores e de notas de qualificação, o Presidente do TRF-3 acentuou que a ANS, sem prejuízo das providências já adotadas, deveria redigir nota técnica, em linguagem acessível para leigos com a descrição dos riscos relacionados aos partos normal e cesáreo para as mães e as crianças, para apresentação e entrega obrigatórias pelos médicos para as pacientes, em três consultas distintas, no curso do processo de acompanhamento da gestação.

Além disso, o Presidente do TRF-3 estipulou que essa nota técnica deveria ser encaminhada ao Conselho Federal de Medicina para que este cuidasse da observância e da fiscalização do procedimento de informação compulsória pela classe médica, como já ocorria em relação a outros casos similares de conscientização e assunção de riscos pelos pacientes.

Por último, quanto ao pedido de majoração dos honorários pagos pela realização de partos normais, o Presidente do TRF-3 entendeu que a impugnação da ANS nesse aspecto era razoável, visto que deveria haver cautela na interferência judicial sobre o equilíbrio econômico da relação entre o consumidor e a operadora, pois se tratava de um serviço remunerado pelos consumidores. Para o Desembargador, essa medida era uma iniciativa econômica com grave repercussão e de questionável eficácia, razões pelas quais não deveria subsistir.

Portanto, dos três pedidos apresentados pela ANS, apenas um foi acolhido na Suspensão de Liminar nº 0000858-50.2016.4.03.0000, de forma que a execução da sentença foi suspensa em relação ao pedido de majoração da remuneração fixada para realização de partos normais no âmbito da saúde suplementar.

Em seguida, em consideração ao decidido pelo Presidente do TRF-3, a ANS manifestou-se nos autos da Ação Civil Pública pela juntada da Resolução Normativa nº 398,

de 5 de fevereiro de 2016, para atendimento do definido acerca do credenciamento das enfermeiras obstétricas.

Outrossim, a ANS juntou aos autos ofício e nota técnica encaminhados ao CFM para cumprimento da decisão do Desembargador Presidente quanto ao fornecimento compulsório de nota técnica à gestante em três consultas distintas, procedimento que deveria ser fiscalizado pela autarquia de fiscalização profissional.

O Ministério Público Federal, por sua vez, em atenção ao despacho¹³³ do Presidente do TRF-3, interpôs agravo interno¹³⁴ sob o fundamento de que deveriam ser restabelecidos os efeitos da tutela antecipada concedida na sentença, para que fosse regulamentada a majoração dos honorários profissionais referentes a partos normais. Para o *Parquet*, a elevação dos honorários seria a "medida para salvaguardar a vida da gestante e de seu filho, melhorando a qualidade do atendimento", além de "estabelecer parâmetros remuneratórios muito mais justos e adequados".

Ocorre que o Órgão Especial do Tribunal Regional Federal da 3ª Região, por maioria, negou provimento ao agravo interno, conforme a seguinte ementa:

AGRAVO REGIMENTAL. SUSPENSÃO DE LIMINAR OU ANTECIPAÇÃO DE TUTELA. ANS. PLANO DE SAÚDE. PARTO NORMAL. MAJORAÇÃO DE HONORÁRIOS PROFISSIONAIS. RISCO À SAÚDE E À ECONOMIA PÚBLICAS. AGRAVO IMPROVIDO.

I - Presença do requisito de grave lesão à saúde. Possibilidade de que a exasperação dos honorários incentive profissionais da saúde a optarem pelo parto normal, ainda que não recomendado no caso concreto.

II - Presença do requisito de grave lesão à economia pública. A aplicação da remuneração diferenciada e superior para o parto normal coloca em risco o equilíbrio econômico da relação entre os consumidores e as operadoras de planos de saúde.

III - Agravo regimental improvido.

Oportuno mencionar que, posteriormente, o Ministério Público Federal se manifestou nos autos da ação requerendo que a Nota Técnica apresentada pela ANS incluísse a

¹³³ De acordo com o artigo 4º, *caput*, da Lei nº 8.437, de 30 de junho de 1992, a decisão pela suspensão de medida liminar contra o Poder Público deverá ser exarada pelo Presidente do Tribunal por intermédio de despacho fundamentado. Cf. nota 140.

¹³⁴ A interposição do Agravo Interno nesse caso encontra-se fundamentado no artigo 4º, § 3º, da Lei nº 8.437, de 30 de junho de 1992. *In verbis*: “Do despacho que conceder ou negar a suspensão, caberá agravo, no prazo de cinco dias, que será levado a julgamento na sessão seguinte a sua interposição.”

informação, ainda não presente, de que as cesarianas triplicavam o risco de morte materna, bem como que cerca de 25% dos óbitos neonatais e 16% dos óbitos infantis no Brasil estavam relacionados à prematuridade, sob pena de não ser plenamente satisfeito o intuito do Tribunal Regional Federal da 3ª Região. Além disso, o MPF protocolou as suas contrarrazões de apelação.

Em seguida, a ANS manifestou-se nos autos da Ação Civil Pública para informar que, em atendimento ao solicitado pelo MPF, havia promovido a alteração da referida Nota Técnica por concordar com o afirmado pelo MPF.

2.5. A permanência da Apelação nº 0017488-30.2010.4.03.6100 no âmbito da segunda instância do Tribunal Regional Federal da 3ª Região

Neste tópico, deve-se fazer especial observação, haja vista que, muito embora a apelação da ANS tenha sido interposta em 2016, até o presente momento, não houve julgamento do recurso pelo Juízo de segunda instância. Todavia, nada estaria mais longe da verdade do que a afirmação de que, nesses seis anos, o processo esteve sem andamento. Ao contrário, os autos dessa Ação Civil Pública contaram com significativa movimentação processual, especialmente até o final do ano de 2019.

Isso porque, apesar de a ANS se manifestar nos autos da Apelação requerendo a perda do objeto da ação por suposto sucesso da implementação do Projeto Parto Adequado e o MPF se posicionar pedindo o julgamento da apelação, a Relatora do caso, a Desembargadora Federal Consuelo Yoshida, afastou a possibilidade de julgamento da apelação quando, em seu despacho, afirmou a necessidade de realização de audiência pública visando à discussão da viabilidade do cumprimento de algumas das determinações da sentença, para que se alcançasse o incremento gradual do número de partos normais realizados em hospitais privados.

Sob essa razão, foram realizadas cinco audiências públicas, além de reuniões programadas pelo Grupo de Trabalho constituído pela Desembargadora por ocasião da segunda audiência pública realizada.

Alguns pontos devem ser analisados acerca das audiências públicas. O primeiro é o motivo pelo qual a Desembargadora optou pela utilização desse instrumento, e não pelo julgamento propriamente dito da apelação. Na primeira audiência pública, realizada em 23/10/2018, a Relatora do feito, em seu discurso de abertura, pontuou que:

a finalidade da audiência pública é verificar como cada setor aqui representado vê o problema e como pode contribuir para que, de forma gradual, possa crescer, em hospitais privados, o número de atendimentos de partos normais. Devemos discutir uma forma em que outra solução econômico-financeira seja viável, não apenas pelo lado do médico, de receber a mais por um parto normal, que é mais trabalhoso e que leva mais tempo. Tem que existir realmente uma proposta dos administradores dos hospitais privados em confronto com as entidades de seguro-saúde para viabilizar, de forma gradual, a implantação dos partos normais em maior escala.

A leitura da ata dessa audiência pública permite a conclusão de que, apesar dos diferentes posicionamentos dos atores envolvidos, houve certo consenso acerca da amplitude e complexidade que envolve a questão da redução das cesarianas. De certo modo, há quase consentimento total entre os envolvidos de que, embora seja uma questão econômica, a cesariana também é uma questão cultural no Brasil.

Posteriormente, a Desembargadora Relatora do feito designou a realização de outra audiência pública, que veio a ocorrer em 04/12/2018. Nessa ocasião, diferentemente da primeira audiência pública, percebe-se a ênfase da maioria dos envolvidos na relevância da atuação das enfermeiras obstétricas e obstetrites para redução da taxa de cesarianas no âmbito da saúde suplementar.

Após a manifestação de todos os participantes, a Desembargadora Federal Relatora proferiu despacho constituindo Grupo de Trabalho com a incumbência de discutir e apresentar propostas na audiência pública seguinte, designada para o dia 12/02/2019.

Assim, nessa terceira audiência pública, o Grupo de Trabalho constituído pela Relatora do feito apresentou o estudo analítico realizado. Em sua apresentação são feitas as seguintes considerações:

A redução das cesáreas desnecessárias é uma urgência em termos de Saúde Pública, pois hoje sabemos que, além dos riscos maternos aumentados, os nascidos por cesárea têm uma maior chance de serem prematuros ou imaturos, de apresentarem problemas da transição fetal-neonatal, mais problemas respiratórios, hipoglicemia, infecções, internação em UTI neonatal, e problemas com amamentação e risco de morte neonatal. No longo prazo, estudos robustos recentes comprovam que os

nascidos de cesárea apresentam maiores chances de doenças crônicas na infância e na idade adulta, como obesidade, asma, diabetes, doenças inflamatórias e problemas cognitivos. A redução da cesárea desnecessária, por meio da regulação assistencial e da oferta de uma assistência ao parto baseada em evidências e humanizada, pode ser um dos melhores investimentos na saúde das próximas gerações, e na sustentabilidade dos sistemas de saúde.

O estudo analítico, intitulado “Proposta de Regulação e Indução de Indicadores de Qualidade a serem adotados pelo Sistema de Saúde Privado, visando à redução eficiente dos índices de cesáreas no país”, contava com seis propostas principais, quais sejam: (i) a criação de indicadores a serem adotados pelas maternidades, tendo como referência os indicadores da Rede Cegonha, do Programa Parto Adequado e do Projeto Apice ON¹³⁵ do Ministério da Saúde; (ii) o estabelecimento de metas e prazos para cumprimento de todos os indicadores propostos; (iii) a definição dos integrantes das equipes multidisciplinares para a atenção obstétrica e neonatal; (iv) a promoção de atividades de educação continuada na área de atenção obstétrica e neonatal; (v) a introdução da exigência gradual do credenciamento, nas operadoras de planos de saúde com cobertura obstétrica e nas instituições de assistência ao parto, de médicos capacitados para assistência pré-natal, ao parto e nascimento baseada em evidências; e, por último, (vi) a promoção de ações educativas e de divulgação sobre os direitos das mulheres e bebês no parto e nascimento, bem como dos benefícios do parto normal para mulheres e crianças, desde o pré-natal.

Todavia, nessa terceira audiência pública, depois de o estudo elaborado pelo Grupo de Trabalho ter sido discutido, um entrave foi trazido à luz, a saber, a não participação do Conselho Federal de Medicina – CFM e da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS na elaboração do estudo supramencionado. De acordo com a Relatora, o projeto não poderia ter sido concebido sem a cooperação dessas autarquias.

Ocorre que, segundo esclarecido pelo MPF, o estudo havia sido encaminhado para ambas as autarquias, sendo que nenhuma delas apresentou qualquer resposta ou oferta de contribuições. A esse respeito, o representante da ANS declarou, durante a audiência pública

¹³⁵ Trata-se do Projeto de Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia – Apice ON, instituído pelo Ministério da Saúde em agosto de 2017, visando a impulsionar movimentos de mudança no modelo de formação e atenção nessas especialidades, assim como na gestão dos processos de atenção em hospitais de ensino. Cf. MENDES, Y. M. M. B.; RATTNER, D. Estrutura e práticas de hospitais integrantes do Projeto Apice ON: estudo de linha de base. **Revista de Saúde Pública**: [S. l.], v. 54, p. 15, jun. 2020. DOI: 10.11606/s1518-8787.2020054001497. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/166405>. Acesso em: 14 jul. 2022.

em questão, que teria estado de férias, comunicando, entretanto, que, em quinze dias, poderia apresentar seu posicionamento.

No mais, a ata da audiência pública mostra que os temas das duas audiências anteriores foram apenas repisados.

Desse modo, ao final desse terceiro encontro, em atenção ao conteúdo do estudo analítico, a Relatora do feito emitiu despacho afirmando ter restado evidente nas audiências públicas que, para a alteração em larga escala dessa cultura de predomínio excessivo das cesarianas em relação ao parto natural, era inviável a adoção de medidas tópicas e isoladas, restritas à regulação pela ANS, o que tornava indispensável a adoção de um conjunto de providências por múltiplos setores.

Tendo isso em vista, determinou a intimação para adoção de providências preparatórias a serem diligenciadas por todos os setores envolvidos, dentre eles, a ANS, a Anvisa, o CFM e o Ministério da Educação, cada qual no âmbito de suas competências. Além disso, estipulou que os resultados dessas providências fossem apresentados na audiência pública seguinte, que foi designada para o dia 30/04/2019.

As providências preparatórias determinadas pela Relatora foram: (i) a análise geral do estudo; (ii) a elaboração de proposta de implementação diferenciada, regionalizada e com metas de curto, médio e longo prazos dos indicadores de qualidade e segurança da atenção ao parto natural, aplicáveis às diferentes categorias de maternidades da rede suplementar, segundo levantamento e classificação a ser sugerida pela ANS e pelos demais setores pertinentes; (iii) a formulação de proposta de regulamentação, baseada nas diretrizes e recomendações já existentes, para observância obrigatória e geral das hipóteses de cesárea eletiva/agendada.

Também determinou-se (iv) a idealização de proposta, com metas de curto, médio e longo prazos, de credenciamento junto às operadoras de planos de saúde das equipes de plantão multidisciplinares para a atenção obstétrica e neonatal, de acordo com a categoria das maternidades, baseadas em planejamento orçamentário; e de formas de reembolso e (v) a apresentação de protocolo de atenção e cuidados à gestante e ao bebê na fase pré-natal, no início, durante e após o parto, pelos integrantes da equipe multidisciplinar.

Ocorre que a opção da Relatora pelo não julgamento da apelação, mas pela busca da resolução da problemática por meio da convocação de audiências públicas, foi questionada pelo representante do Ministério Público Federal.

Depois da terceira audiência pública, o órgão ministerial manifestou-se no processo para informar que não mais participaria das audiências públicas e que, em paralelo, buscaria a execução provisória da sentença prolatada, por concluir que a ANS não indicava qualquer postura no sentido de buscar um acordo. Segundo o MPF, a agência teria ignorado diversas de suas tentativas de comunicação, inclusive em ocasião na qual o *Parquet* lhe enviou, para edição, o estudo intitulado “Proposta de Regulação e Indução de Indicadores de Qualidade a serem adotados pelo Sistema de Saúde Privado, visando a redução eficiente dos índices de cesáreas no país”.

Dessa forma, por ocasião da abertura da quarta audiência pública, em 30/04/2019, a Relatora informou que o MPF não mais participaria das audiências, prosseguindo, então, para a discussão dos assuntos previamente definidos.

Nessa ocasião, a ANS, que havia se comprometido a apresentar seu posicionamento sobre o estudo elaborado pelo Grupo de Trabalho constituído pela Relatora, na verdade, apresentou novo documento, intitulado “Sumário de propostas de regulamentação de saúde, a serem implementadas em conjunto com instituições ou isoladamente pela ANS”, o qual foi analisado nessa mesma reunião.

De acordo com a representante da ANS, a complexidade do problema deveria ser admitida, pois, mesmo com todas as medidas já adotadas, inclusive as posteriores à sentença, não teria havido uma redução significativa do percentual de partos cesáreos no Brasil, o que justificava a necessidade de um escalonamento do sistema para introdução gradativa de programas menores. Por essa razão, foram propostas cinco medidas: (i) o fortalecimento do Programa Parto Adequado, investindo-se em construção coletiva com as mulheres e com os hospitais na gestão do projeto; (ii) o aumento do envolvimento das operadoras para melhoria do sistema, como por meio da implementação de um modelo de certificação ou de selo para as operadoras que se destacassem dentro do projeto; e (iii) a redução do número de indicadores apontados pelo Grupo de Trabalho, pois sua extensão atrapalharia a clareza das informações.

Também foram propostas (iv) a inclusão no rol de procedimentos da ANS da cobertura obrigatória de pré-natal com enfermeira obstetra/obstetrix, compondo a equipe multidisciplinar de assistência ao parto, para facilitar a implementação da Resolução Normativa nº 398, de 5 de fevereiro de 2016¹³⁶, em conjunto com a criação de uma Diretriz de Utilização Técnica – DUT nesse sentido, e (v) a regulamentação do agendamento de cesariana por intermédio da criação de uma DUT que dificultasse o agendamento de cesarianas desnecessárias.

Sobre a questão da remuneração do parto normal, que constituía aspecto caro ao órgão ministerial, a Dra. Rita de Cassia Sanchez, responsável pelo Programa de Parto Adequado, da ANS, propôs, nessa audiência pública, que fosse iniciado o processo de remuneração efetiva das enfermeiras obstetras e obstetrixes no pré-natal, pois assim poderia haver uma real diminuição de cesáreas a pedido. Segundo a responsável pelo programa, essas profissionais teriam arcabouço técnico para explicar às gestantes o funcionamento do trabalho de parto, contudo, sem a perspectiva patológica imputada pelos médicos.

Ademais, a profissional também apresentou o Modelo de Remuneração pelo Valor como alternativa ao modelo de remuneração predominante no Brasil, conhecido como *Fee-For-Service*, no qual os pagamentos são baseados apenas no volume de procedimentos realizados. O Modelo de Remuneração pelo Valor (*Fee-For-Value*), ao contrário, parte da concepção de que a atribuição de valor pecuniário está atrelada a indicadores que medem a pertinência do cuidado, a eficiência, os resultados clínicos (desfechos) e a segurança do paciente.

As premissas do modelo de remuneração proposto pela Dra. Rita de Cassia Sanchez são: (i) a remuneração igual para as duas modalidades de parto, pois a remuneração três vezes maior do parto cesáreo, como determinado na sentença, forçaria, de uma forma incorreta, a realização de partos vaginais; (ii) o estabelecimento de um plano de redução de cesáreas; e, por último, (iii) a fixação de um plano de redução de cesáreas precoces, ou seja, a realização do procedimento cirúrgico antes das 39 semanas de gestação.

¹³⁶ Dispõe sobre a Obrigatoriedade de Credenciamento de Enfermeiros Obstétricos e Obstetrixes por Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e Hospitais que Constituem suas Redes e sobre a Obrigatoriedade de os Médicos Entregarem a Nota de Orientação à Gestante.

Sobre o documento elaborado anteriormente pelo Grupo de Trabalho constituído pela Relatora, esta assentou, nessa audiência pública, que, dada a competência dos envolvidos em sua elaboração, o documento deveria ser chancelado como referência de pesquisa e considerado, em termos teóricos, o parâmetro ideal a ser utilizado em pesquisas de indicadores. Todavia, tendo a implementação como alvo, o documento a ser utilizado deveria ser o estudo apresentado pela ANS.

Ao final dessa quarta audiência pública, a Relatora emitiu despacho designando audiência pública para o dia 28/05/2019 e determinando que: (i) fosse dado prosseguimento às tratativas para que se iniciasse a terceira fase do Programa Parto Adequado, referente à expansão, em grande escala, do número de partos naturais e à redução dos partos cesáreas; (ii) os envolvidos apresentassem, na audiência pública seguinte, (ii.i) proposta de antecipação em seis meses do início da terceira fase do Programa Parto Adequado e (ii.ii) proposta de antecipação da implementação de norma congênere, até que fosse finalizado o processo regular de inclusão no rol de procedimentos da DUT relativa à cobertura obrigatória de pré-natal com enfermeiros obstetras, bem como da DUT de agendamento de cesarianas, coincidindo com o início da terceira fase do Programa Parto Adequado.

Além disso, a Relatora constituiu novo Grupo de Trabalho para implementação do que havia determinado, nele incluindo a participação do Grupo de Trabalho do Cosaúde – Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde, da ANS, conforme requerido pela própria agência, bem como designou sua primeira reunião para o dia 21/05/2019.

Sucedeu-se que, novamente, o representante do Ministério Público Federal se manifestou no processo para questionar as condutas adotadas pelas ANS e o rumo dado à ação civil pública pela Desembargadora.

Para o representante do *Parquet*, o estudo produzido pelo Grupo de Trabalho, que reunia o que de mais moderno se apresentava em termos de regulação a nível nacional, havia sido completamente ignorado pela ANS, a qual não só deixou de se manifestar sobre o documento, como também o suplantou, ao apresentar outro em seu lugar. Nas palavras do Dr. Sérgio Lauria Ferreira, Procurador Regional da República que atuou no feito:

Mas a atitude diversiva da ANS não constituiu surpresa ao MPF, que vem constatando, tanto nas audiências públicas realizadas no 1º grau, como ao longo de todas as fases do processo, que já se arrasta por mais de 10 anos, seu comportamento refratário para com qualquer proposta que efetivamente enfrente o problema dos altos índices de cesáreas no país.

Outrossim, o referido membro do *Parquet* questionou as providências fixadas pela Relatora na quarta audiência pública, pois teria ocorrido uma mudança na metodologia adotada pela Desembargadora. Para o Procurador, as audiências públicas, que deveriam ter natureza informativa, passaram a assumir um caráter executivo, visando à implementação de uma política pública, pautada especificamente no início da terceira fase do Programa Parto Adequado.

Nesse aspecto, o representante do Ministério Público Federal afirmou que o caso apresentava um problema de ordem jurídico-processual, primeiro porque o Tribunal deveria estar adstrito aos limites do pedido recursal, sob pena de julgamento *extra petita* ou supressão de instância, e, segundo, porque o emprego de audiências públicas pelo Poder Judiciário estaria sendo severamente criticado no meio acadêmico, justamente porque, ou se transformam em meros instrumentos de legitimação de posições já firmadas pelo Relator do processo, ou não vêm acompanhadas da transparência de procedimentos e propósitos necessários para sua realização.

O Procurador, inclusive, mencionou que o primeiro estudo analítico teria sido apenas relegado ao segundo plano, sem explicações contundentes para que, em seu lugar, fosse utilizado o estudo trazido pela ANS, o qual não tinha sido objeto de discussão, precisamente porque essa seria a posição já previamente firmada pela Relatora.

Por essas razões, o MPF requereu o chamamento do processo à ordem, com a suspensão da audiência pública designada para o dia 28/05/2019 e da reunião do novo Grupo de Trabalho agendada para o dia 21/05/2019, bem como que fossem acordadas, pelos envolvidos, as regras sobre os procedimentos e propósitos das audiências públicas.

Contudo, a Relatora, em despacho posterior, fez questão de consignar que considerava a posição do representante do *Parquet* intransigente, visto que não contemplava os resultados promissores das medidas obtidas consensualmente nas audiências públicas. O *Parquet* buscou

a reconsideração da Relatora, mas esta em nada reviu seu posicionamento quanto ao pedido, mantendo tanto a audiência pública quanto a reunião do segundo Grupo de Trabalho.

A partir da leitura dos autos, nota-se que essa divergência entre o Representante do Ministério Público Federal e a Relatora do feito pode ser explicada a partir de suas diferentes concepções acerca do feito.

A Relatora, em oposição ao sustentado pelo Ministério Público Federal, compreendia que a problemática da ação não poderia ser resolvida meramente com o cumprimento da sentença por entender que a ANS não poderia, isoladamente, inverter a lógica das cesarianas no âmbito da saúde suplementar. Ao contrário, defendia que tanto a Anvisa quanto o CFM deveriam estar no polo passivo da ação.

O Ministério Público Federal, por sua vez, embora reconhecesse que o cumprimento da sentença não poderia resolver toda a problemática, sustentava que sua satisfação integral poderia impactar razoavelmente o percentual de cesarianas. Além disso, em oposição ao entendimento da Relatora, o MPF compreendia que a problemática só não estava sendo contornada pelo fato de a ANS nutrir uma postura refratária durante todo o processo.

Essas diferenças ficam bastante evidentes no despacho da Relatora, em que afirma:

As audiências públicas contam com a participação de vários atores públicos e privados relevantes para o avanço e ampliação, em larga escala e em âmbito nacional, do número de partos naturais realizados em hospitais e maternidades da rede privada, sendo fundamental neste processo a integração das federações e demais entidades que congregam as operadoras de planos de saúde.

Referidas audiências públicas buscam suprir e ampliar os restritos limites da ação civil pública ajuizada pelo Órgão Ministerial, e impulsionar a política pública do Parto Adequado, instituída em razão do ajuizamento da ação e de implantação gradual.

E, ainda:

Todos são testemunhas dos importantes avanços que estão se sucedendo com a realização das audiências públicas, sendo o principal resultado a antecipação da terceira fase do Projeto Parto Adequado, projeto que surgiu em razão desta exitosa ação civil pública.

Na ocasião da reunião do segundo Grupo de Trabalho constituído pela Relatora, foi discutido, em síntese, o caráter histórico da sentença no que se refere ao seu aspecto remuneratório, muito embora suas estipulações a esse respeito não fossem aplicáveis, razão pela qual a Desembargadora determinou que fosse analisado um modelo de melhoria da remuneração dos médicos, para que estes fossem incentivados a integrarem o Programa Parto Adequado.

Por ocasião da quinta audiência pública, foram discutidos, em resumo, de que modo funcionaria o cronograma de implementação da terceira fase do Projeto Parto Adequado, inclusive com a possibilidade de inclusão dos hospitais públicos na campanha, bem como quais seriam as formas de realização de testagem do modelo de remuneração pelo valor, a fim de que fosse verificada sua eficácia. Ao término dessa audiência pública, a Relatora proferiu despacho designando reunião do Cosaúde para o dia 26/06/2019, depois da qual seria convocada a sexta audiência pública para definição das próximas atividades conjuntas.

A pedido da ANS, a reunião teve sua data modificada para o dia 1º/07/2019¹³⁷, quando foram realizadas as discussões técnicas relativas à criação de DUT para as cesarianas e para as consultas realizadas com profissional de enfermagem obstétrica na saúde suplementar. Foi discutido, também, o embasamento legal para realização de partos por enfermeiros obstétricos, bem como os critérios que precisariam ser comprovados para cobertura pelos planos de saúde do parto cesariano.

Posteriormente, a Relatora proferiu despacho determinando que a ANS apresentasse os resultados da primeira reunião do Cosaúde e demais desdobramentos, bem como que a Dra. Rita de Cássia Sanchez informasse as providências adotadas após a audiência pública anterior, voltada à implementação da terceira fase do Projeto Parto Adequado.

A ANS, em resposta, apenas esclareceu que a elaboração das duas Diretrizes de Utilização Técnica estava avançando no setor. A Dra. Rita de Cássia Sanchez, por sua vez, em 28/10/2019, atendeu ao despacho da Relatora encaminhando o andamento da terceira fase do Programa Parto Adequado.

¹³⁷ Consta do processo que essa reunião teve sua continuação nos dias 06/08/2019 e 17/09/2019.

Em 17/02/2020, já no contexto da pandemia de SARS-CoV-2, a ANS, para comprovação do prosseguimento das medidas administrativas voltadas à edição de norma que contemplasse a inclusão do procedimento “Acompanhamento pré-natal por enfermeiro obstetra ou obstetrix” e a criação de DUT para a cesariana, informou à Relatora que nova reunião técnica seria realizada pela agência em 19/03/2020, convidando a Relatora para tal ocasião.

Finalmente, em 18/03/2021, a ANS manifestou-se nos autos para noticiar publicação da Resolução Normativa nº 465, de 24 de fevereiro de 2021, que atualizou o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e estabeleceu a cobertura assistencial obrigatória a ser garantida nos planos privados de assistência à saúde.

Com essa atualização, foram incluídas as Diretrizes de Utilização Técnica nº 135, que versam sobre consulta com enfermeiro obstetra ou obstetrix, e a de nº 145, que versa sobre parto cesariano e busca desestimular os partos cesarianos realizados sem um imperativo clínico, materno ou fetal.

Nessa mesma manifestação, a ANS frisou que as medidas técnicas adotadas até aquele momento eram o método adequado para a redução das cesarianas no âmbito da saúde suplementar, e não as medidas impostas na sentença recorrida.

Finalmente, o Representante do Ministério Público Federal, dirigindo-se à Desembargadora Federal Diva Malerbi, que se tornara Relatora do feito, manifestou-se nos autos para sinalizar que a atuação da ANS ao longo do processo estaria sendo marcada por absoluta reticência quanto ao efetivo cumprimento de medidas eficazes no combate ao problema, como seriam as estipuladas na sentença.

Para comprovar a ineficácia das medidas adotada até aquele momento, o Representante do *Parquet* trouxe aos autos a Recomendação nº 11, de 7 de maio de 2021, do Conselho Nacional de Saúde – CNS. Na recomendação, o CNS, primeiro, consigna que:

Considerando o alto índice de cesáreas no Brasil, com destaque para os serviços privados de saúde, nos quais os índices de partos cesáreos são de 85%, na contramão da comunidade científica internacional, que, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), considera que taxas superiores a 10%-15 não estão associadas à redução de mortalidade materna e neonatal

(...)

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

(...)

Considerando que o Brasil não atingiu a meta de desenvolvimento do milênio relacionada à redução da mortalidade materna e que, de acordo com dados do Ministério da Saúde, 93% das mortes maternas no Brasil se dão por causas evitáveis; Considerando que as cesarianas sem indicação clínica aumentam o risco de desfechos adversos para a mulher e para o recém-nascido;

Após estabelecer essas noções, o documento recomenda medidas a serem adotadas pela ANS no tocante ao Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde para que as práticas preconizadas nos documentos “Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal” e “Diretrizes de Atenção à Gestante: a Operação Cesariana”, do Ministério da Saúde, fossem observadas no setor suplementar, bem como para que a ANS fizesse modificações na apresentação dos indicadores referentes à atenção obstétrica no âmbito da saúde privada.

Desde então, não houve qualquer manifestação do atual Relator do feito, o Desembargador Federal Dr. Mairan Maia, de modo que o processo permanece sem o julgamento da apelação, assim como sem a adoção de qualquer providência, em contraste com a maneira como foi anteriormente conduzido pela Desembargadora Consuelo Yoshida.

CAPÍTULO III – RESULTADOS DA ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL

Após breve exposição da assistência ao parto no âmbito da saúde suplementar e de seu processo de humanização na esfera pública — que criou o pano de fundo para o questionamento da atenção ao parto na saúde suplementar —, bem como do curso do Procedimento Administrativo nº 1.34.001.004458/2006-98 e da Ação Civil Pública nº 0017488-30.2010.4.03.6100, a qual foi subsidiada pelo referido procedimento e empregada pelo Ministério Público como técnica processual destinada à proteção dos interesses coletivos referentes ao caso, é fundamental partir para um exame das contribuições da atuação extrajudicial e judicial do Ministério Público Federal em favor da redução dos índices de cesarianas no setor privado de saúde.

Importa esclarecer que a análise dessas contribuições será feita cronologicamente, a partir do curso do procedimento administrativo e da ação civil pública supramencionados, de modo que, separadamente, se poderá observar de que forma o Ministério Público Federal impulsionou a atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

3.1. Contribuições alcançadas no curso do Procedimento Administrativo 1.34.001.004458/2006-98

Conforme já esboçado no presente estudo, no fim de julho de 2006, foi autuada, no âmbito do Ministério Público Federal, a Representação nº 1.34.001.004458/2006-98 para apuração das causas dos elevados número de cirurgias cesarianas na rede privada de saúde, bem como para obtenção de medidas visando à reversão desse quadro.

Pode-se afirmar que, no curso do procedimento mencionado, precipuamente o Ministério Público Federal buscou o levantamento de quais medidas vinham sendo adotadas pela ANS para o combate da problemática e, além disso, perseguiu o impulsionamento da referida agência reguladora para que essa adotasse medidas mais eficazes para atenuação do percentual de cesarianas no setor privado.

3.1.1. Lançamento do movimento “Parto normal está no meu plano”

Em atenção ao procedimento instaurado pelo Ministério Público Federal de São Paulo, a ANS lançou, em 2008, o movimento “Parto normal está no meu plano”, a partir do qual diversas medidas primariamente informativas foram adotadas pela autarquia.

No contexto desse movimento, com o intuito de informar as mulheres sobre os benefícios do parto normal e os riscos das cesarianas, a ANS formalizou uma carta, intitulada “Carta de Informação à Gestante¹³⁸” para envio às operadoras, as quais a encaminhariam para as beneficiárias de planos médico-hospitalares com cobertura obstétrica, sendo o público-alvo as mulheres de quinze a quarenta e nove anos¹³⁹.

Além disso, a ANS criou um espaço de destaque na página inicial de seu sítio eletrônico com divulgação permanente de informações sobre atenção ao parto, entre as quais constava lista de operadoras que já tinham aderido ao movimento em favor do parto normal¹⁴⁰.

Na mesma época, a ANS também publicou, em parceria com o Ministério da Saúde, ampla campanha de mídia intitulada “Parto normal: deixe a vida acontecer naturalmente”, para mobiliário urbano, rádio e televisão, além de cartazes e pôsteres para distribuição entre profissionais de saúde e mulheres¹⁴¹¹⁴².

Considerando a realidade acadêmica, a ANS publicou, em 2008, o livro “O modelo de atenção obstétrica no setor de saúde suplementar no Brasil: cenários e perspectivas¹⁴³”, que é considerado o primeiro material técnico produzido no contexto do projeto “Parto normal está no meu plano”. O intuito dessa publicação era divulgar evidências científicas atuais sobre atenção ao parto e ao nascimento que pudessem subsidiar as operadoras e prestadores de serviço na elaboração de estratégias para a redução das cesarianas desnecessárias. A

¹³⁸ O documento encontra-se disponível para visualização em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/consumidor/parto-na-saude-suplementar/parto-carta-pdf>. Acesso em: 15 set. 2022.

¹³⁹ Cf. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Parto normal está no meu plano. **ans.gov.br**, [S.l.], 28 jan. 2008, 03:00. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/parto-normal-esta-no-meu-plano>. Acesso em: 15 set. 2022.

¹⁴⁰ Informação trazida aos autos do Procedimento Administrativo nº 1.34.001.004458/2006-98 pela Gerente-Geral Técnico-Assistencial dos Produtos, da ANS, por intermédio do Ofício nº 2252/2008/GGTAP/DIPRO/ANS, em 10/06/2008.

¹⁴¹ Ibidem.

¹⁴² O material encontra-se disponível para visualização em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/folder/parto_normal_deixe_vida_acoeter.pdf. Acesso em: 16 set. 2022.

¹⁴³ O material encontra-se disponível para visualização em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/modelo_atencao_obstetrica.pdf. Acesso em: 16 set. 2022.

importância dessa medida é que ela, de fato, auxiliou no combate ao problema da Medicina não baseada em evidências científicas, que é apontada como uma das causas da elevada taxa de cesarianas¹⁴⁴.

Por último, porém não menos importante, a ANS também formou um Grupo Técnico composto por representantes de órgãos governamentais, órgãos da sociedade civil organizada, operadoras de planos de saúde e entidades de ensino e pesquisa, tais como ANS, Ministério da Saúde, Anvisa, FEBRASGO, Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiros Obstetras – ABENFO, COFEN, Associação Brasileira de Planos de Saúde – ABRAMGE, União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS, Federação Nacional de Saúde Suplementar – FENASAÚDE e o próprio MPF, para discussão e aprofundamento das propostas e pactuação para execução das recomendações constantes no relatório final da pesquisa "Causas e Consequências das Cesarianas Desnecessárias", financiada pela ANS e conduzida por pesquisadores da Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz¹⁴⁵.

Muito embora a eficácia dessas medidas possa ser questionada, a importância da disseminação de informações relativas aos benefícios do parto normal deve ser reconhecida. Isso porque afirmar que uma medida isoladamente não possa solucionar por completo um problema não significa o mesmo que sustentar que a medida não deva ser implementada.

Por óbvio, fica evidente no presente estudo o caráter multifatorial da problemática que se observa, de modo que seu enfrentamento deverá contar, também, com medidas multifacetadas. E, em sendo a questão das cesarianas um problema cultural, não se pode desprezar o valor de campanhas informativas que popularizem uma concepção positiva acerca do parto normal.

¹⁴⁴ BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil:** cenários e perspectivas. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2008, p. 11-12. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_parto_web.pdf. Acesso em: 16 set. 2022.

¹⁴⁵ BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil:** cenários e perspectivas. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2008, p. 11. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_parto_web.pdf. Acesso em: 16 set. 2022.

3.1.2. Publicação da Resolução Normativa nº 167, de 9 de janeiro de 2008

Também no ano de 2008, em consideração às diligências empreendidas pelo Ministério Público Federal no bojo do Procedimento Administrativo nº 1.34.001.004458/2006-98, a ANS, por meio da publicação da Resolução Normativa nº 167, de 9 de janeiro de 2008¹⁴⁶, incluiu no rol de procedimentos de cobertura obrigatória da agência a cobertura de parto acompanhado por enfermeira obstétrica.

A resolução supramencionada atualizou o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para a cobertura assistencial nos planos privados de assistência à saúde, e, na seção que trata do Plano Hospitalar com Obstetrícia, inseriu um parágrafo único no artigo 15, com a seguinte previsão:

Parágrafo Único. Para fins de cobertura do parto normal listado no Anexo I, este procedimento poderá ser realizado por Enfermeiro Obstétrico, habilitado de acordo com as atribuições definidas pela Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que rege o exercício profissional do Enfermeiro, regulamentada pelo Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, conforme disposto no artigo 5º desta Resolução Normativa.

Importante ressaltar que, de acordo com Jamile de Castro e Maria Clapis, estudos realizados nos Estados Unidos e na Inglaterra evidenciaram que os partos assistidos pelas enfermeiras obstetras apresentam menores índices de cesarianas, de uso de fórceps, de indução do parto, controle eletrônico do foco e menor frequência do uso de medicação, o que reflete no nascimento de bebês apresentando melhores índices de Apgar¹⁴⁷¹⁴⁸.

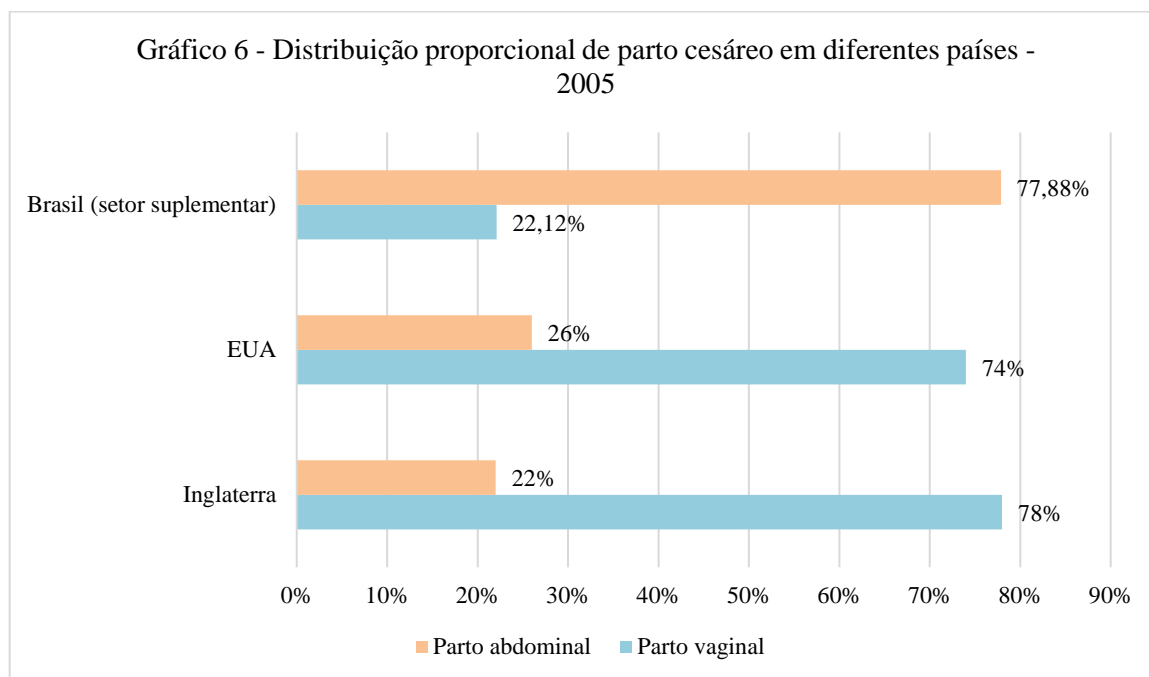
Nesses países, os enfermeiros assistem ao parto normal de modo que o médico só é chamado em caso de complicações em que provavelmente será necessária uma cesárea.

¹⁴⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretoria Colegiada. **Resolução Normativa nº 167, de 9 de janeiro de 2008**. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, fixa as diretrizes de Atenção à Saúde e dá outras providências. Brasília: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2008. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rol_procedimentos_eventos_saude.pdf. Acesso em: 15 jun. 2022.

¹⁴⁷ Boletim de Apgar refere-se ao recurso disponível para avaliação das condições vitais do nascimento de um recém-nascido, podendo a manifestação dessas condições vitais determinar a qualidade de vida do nascituro. O boletim de Apgar é elaborado a partir da atribuição de notas a cinco sinais vitais: frequência cardíaca, esforço respiratório, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor. Cf. NEME, B. **Obstetrícia básica**. 1 ed. São Paulo: Sarvier, 1994, p. 170.

¹⁴⁸ CASTRO, J. C.; CLAPIS, M. J. Parto Humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. **Revista Latino-Americana Enfermagem**: [S. l.], v. 13, n. 6, p. 962, nov./dez., 2005. DOI: 10.1590/S0104-11692005000600007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/Knt68fNqyMHvLfw5wRks8tH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 jul. 2022.

Conforme fica demonstrado no gráfico abaixo, a assistência ao parto pelas enfermeiras obstétricas impacta sobremaneira o percentual de cesarianas nos países mencionados:



Fonte: Brasil: MS e ANS, 2005. Demais Países: Health at Glance OECD Indicators, 2005.

Ademais, nessa atualização do Rol de Procedimento e Eventos em Saúde, também foi adicionada a exigência de que os planos hospitalares com cobertura obstétrica prestassem a “cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato”.

Todavia, essa previsão não representou qualquer novidade normativa pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, visto que, desde 2005, está em vigência a Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005¹⁴⁹, conhecida como a Lei do Acompanhante, segundo a qual:

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

§ 1º O acompanhante de que trata o *caput* deste artigo será indicado pela parturiente.

¹⁴⁹ BRASIL. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, 7 de abr. 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm. Acesso em: 11 set. 2022.

Assim, observa-se que essa inclusão nada mais reflete senão um atraso normativo da ANS em materializar os direitos das mulheres, especialmente em um momento de significativa fragilidade.

3.1.3. Participação na Comissão de Parto Normal do Conselho Federal de Medicina

Já em 2009, outra medida adotada pela ANS foi o estabelecimento de parceria com o CFM, resultando na criação da Comissão de Parto Normal, que também incluiu a participação da FEBRASGO e da SBP, para discussão de ações específicas direcionadas aos médicos¹⁵⁰.

Ao longo do primeiro semestre de 2009, a Comissão de Parto Normal reuniu-se mensalmente para a elaboração de um projeto de intervenção em relação à epidemia de cesarianas e, em 18 de junho de 2009, publicou o documento intitulado “Projeto de intervenção para melhorar a assistência obstétrica no setor suplementar de saúde e para o incentivo ao parto normal¹⁵¹”.

A meta final do projeto era a redução progressiva da proporção de partos cesáreos do setor suplementar de saúde no Brasil para o patamar de 35%. Dentre os caminhos indicados pelo documento para a perseguição dessa meta, vale destacar:

Modelar formas alternativas de organização e remuneração do trabalho médico que favoreçam a realização de partos normais sensibilizando as operadoras de planos privados de assistência à saúde e serviços privados de atenção obstétrica e neonatal a aderirem a tais práticas para a estruturação e gestão da atenção obstétrica, incentivando a remuneração do período ativo do trabalho de parto, do parto propriamente dito, do puerpério patológico até a alta da paciente;
(...)

Incentivar as maternidades a adotarem uma ambiência favorável à evolução fisiológica do parto normal e a organizarem o processo de trabalho de modo a favorecer o parto normal; (...)¹⁵²

¹⁵⁰ COMISSÃO DE PARTO NORMAL; VINAGRE, J. F. M. (org.). **Projeto de intervenção para melhorar a assistência obstétrica no setor suplementar de saúde e para o incentivo ao parto normal**. 2009, p. 2. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/projeto_intervencao_melhorar_obstetrica_suplementar.pdf. Acesso em: 11 set. 2022.

¹⁵¹ O documento encontra-se disponível para visualização em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/projeto_intervencao_melhorar_obstetrica_suplementar.pdf. Acesso em: 11 set. 2022.

¹⁵² COMISSÃO DE PARTO NORMAL; VINAGRE, J. F. M. (org.). op. cit., p. 4-5.

Destacam-se esses métodos indicados pelo documento, uma vez que estes já apontam para a organização do trabalho e para as formas de remuneração do médico como frentes a serem enfrentadas para que se pudesse alcançar a redução das cesarianas no âmbito da saúde suplementar.

Outrossim, o documento, ao tratar da metodologia e desenvolvimento do projeto, indica como medidas a serem praticadas, inclusive, o reforço e a divulgação de normas sobre o uso obrigatório do cartão da gestante e do partograma para acompanhamento da gestante.

Nesse sentido, é surpreendente que, em 2009, o CFM já estivesse reconhecendo a necessidade da materialização da obrigatoriedade do uso do cartão da gestante e do partograma, utilizados no setor público, enquanto a Agência Nacional de Saúde Suplementar apenas veio a expedir normatização com essa finalidade em 2015, conforme se verá adiante.

3.2. Contribuições alcançadas no curso da Ação Civil Pública nº 0017488-30.2010.4.03.6100

A partir do tópico anterior, pode-se perceber que, impulsionada pelo Ministério Público Federal, a ANS empreendeu esforços no sentido de gerar diálogo entre os órgãos e entidades ligados à problemática, buscando também o enfrentamento do aspecto cultural da valorização de cesarianas por meio da produção de informações, seja no ramo acadêmico e profissional, seja no campo dos consumidores.

Todavia, em que pese tais medidas sejam valiosas, sua adoção de forma isolada seria incapaz de repercutir sobre um problema de saúde pública, que é essa epidemia de cesarianas no setor privado do Brasil. Como dito anteriormente, por essa razão é que o MPF optou pelo ajuizamento de ação civil pública em face da ANS, tendo como base o apuratório administrativo.

Desde da propositura a Ação Civil Pública nº 0017488-30.2010.4.03.6100, em 17/08/2010, a ANS vem sendo provocada de maneira cada vez mais incisiva pelo *Parquet* a promover uma atuação mais ampla em favor da redução das cesarianas no âmbito da saúde suplementar, tendo, posteriormente, sido compelida por vias judiciais para tal finalidade, conforme restará ainda mais explícito a seguir.

3.2.1. Publicação da Resolução Normativa nº 368, de 6 de janeiro de 2015

Como explicado no capítulo anterior, após a realização de audiências públicas, em observância ao prazo de sessenta dias fixado judicialmente, ainda em primeira instância, no bojo da Ação Civil Pública nº 0017488-30.2010.4.03.6100, para que apresentasse minutas de propostas efetivas sobre o que estava sendo requerido no feito, a ANS publicou a Resolução Normativa nº 368, de 6 de janeiro de 2015.

A resolução mencionada dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar, de modo que suas disposições materializam três pedidos do MPF na exordial da ação civil pública ajuizada.

Imperioso chamar atenção para o conteúdo do artigo 2º da resolução supramencionada, que prevê:

Art. 2º Sempre que for solicitado por uma de suas beneficiárias ou seu representante legal, a Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde deverá disponibilizar o percentual de cirurgias cesáreas e de partos normais, da própria operadora, estabelecimentos de saúde e médicos nominados pela beneficiária ou seu representante legal.¹⁵³

A importância dessa disposição normativa reside no fato de que ela torna possível o acesso à informação acerca das proporções estatísticas de realização de partos normais e cesarianas para as mulheres e, conseqüentemente, previne que a mulher inicie o seu pré-natal com um médico que supostamente defende a realização de partos normais, mas que, ao longo do pré-natal, busca dissuadir a gestante, induzindo-a a realizar uma cesariana.

¹⁵³ BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretoria Colegiada. **Resolução Normativa nº 368, de 6 de janeiro de 2015**. Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar. Brasília: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2015. Disponível em: https://www.ahseb.com.br/wp-content/uploads/2015/05/RN_N%C2%BA368.pdf. Acesso em: 15 jun. 2022.

Essa questão toca diretamente na liberdade da mulher, uma vez que a liberdade sem as devidas informações não pode ser exercida corretamente. Assim, se uma mulher escolhe a cesariana, afigura-se inegavelmente mais apropriado que ela o faça a partir de informações abrangentes e fidedignas sobre ambas as modalidades de parto, e não por estar sendo vítima da manipulação de dados e riscos por parte de médicos assistentes que selecionam, dentro um limitado espaço amostral, aquelas informações às quais a paciente terá acesso, subtraindo-lhe o pleno gozo da liberdade.

Por outro ângulo, a transparência desses dados também coloca os estabelecimentos de saúde sob certa vigilância, sujeitando-os a constante observação sobre se estão a incentivar uma cultura cesarista na ambiência hospitalar e entre seus profissionais. Dessa forma, o aumento das taxas de realização de parto normal torna-se, naturalmente, um objetivo a ser perseguido, na medida em que mulheres passam a desistir de realizarem seus partos em certas maternidades, por nutrirem uma percepção negativa do estabelecimento de saúde em questão acerca desse ponto.

Quanto ao Cartão da Gestante e ao partograma, a Resolução Normativa nº 368, de 6 de janeiro de 2015 assenta que:

Art. 6º O Cartão da Gestante é um instrumento de registro das consultas de pré-natal que contém os principais dados de acompanhamento da gestação, devendo permanecer em posse da gestante e ser apresentado em todos os estabelecimentos de saúde que utilizar durante a gestação e na maternidade quando for admitida em trabalho de parto.

(...)

Art. 8º O partograma é um documento gráfico onde são feitos os registros do desenvolvimento do trabalho de parto, das condições maternas e fetais e deverá conter, no mínimo, as informações indicadas pela Organização Mundial da Saúde - OMS, conforme o Anexo III, desta RN, podendo ser utilizado qualquer modelo de partograma, desde que contenha os dados mínimos indicados pela OMS.¹⁵⁴

¹⁵⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretoria Colegiada. **Resolução Normativa nº 368, de 6 de janeiro de 2015**. Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar. Brasília: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2015. Disponível em: https://www.ahseb.com.br/wp-content/uploads/2015/05/RN_N%C2%BA368.pdf. Acesso em: 15 jun. 2022.

A relevância desses documentos também está atrelada à proteção da mulher no que se refere à condução do parto, condição em que a mulher é tecnicamente hipossuficiente em relação ao médico obstetra.

Se por um lado, o preenchimento desses documentos garante à mulher a possibilidade de questionamento, até mesmo pela via judicial, da conduta adotada por seu obstetra no parto, por outro lado, o médico, na obrigação de preenchê-los e sabendo que tanto o Cartão da Gestante quanto o partograma podem servir de provas contra sua atuação em eventual processo judicial, não pode, de acordo com os ditames da própria consciência e sem justificativa clínica razoável, impor a realização de cesarianas desnecessárias.

Chama-se especial atenção, ainda, para o artigo 9º da referida resolução, uma vez que este condiciona o recebimento da remuneração pelo médico ao preenchimento do partograma, de modo que o médico não poderá esquivar-se de preenchê-lo, sob pena de colocar em risco o recebimento de sua remuneração pelo serviço prestado.

Nos casos de cesariana realizada a pedido da gestante, de acordo com a ANS, o relatório médico, que substituirá o partograma, deverá conter um Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido (TCLE) assinado pela beneficiária. Esse TCLE deverá conter: a definição do procedimento, suas possíveis indicações, riscos e possíveis complicações, listados de maneira clara; a identificação do médico assistente pelo nome completo, número do registro profissional e assinatura; e a identificação da paciente pelo nome completo, número de documento de identificação válido e assinatura¹⁵⁵.

3.2.2. Formulação do Projeto Parto Adequado

Como visto, um pouco antes da prolação da sentença, a ANS manifestou-se nos autos da Ação Civil Pública nº 0017488-30.2010.4.03.6100 para noticiar a criação do Projeto Parto Adequado (PPA), que, segundo a autarquia, se afigurava como a escolha mais prudente e técnica para eliminação da cultura de estímulo ao parto cesáreo sem indicação clínica.

¹⁵⁵AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Estímulo ao Parto Normal – ANS: RN nº 368/2015**. Rio de Janeiro: ANS, jul. 2015, p. 23. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/participacao-da-sociedade/comites-e-comissoes/cosaude-comite-permanente-de-regulacao-da-atencao-a-saude/atas-e-reunioes/11/cosaude-11-reuniao-apresentacao.pdf>. Acesso e: 16 ago. 2022.

O Projeto Parto Adequado nasceu no contexto de um acordo de cooperação técnica celebrado entre a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, o Hospital Israelita Albert Einstein – HIAE e o Institute for Healthcare Improvement – IHI, com o apoio do Ministério da Saúde, visando ao intercâmbio e à cooperação técnica e operacional para a indução da qualidade dos serviços de atenção à saúde no setor suplementar brasileiro, com foco na atenção ao parto e ao nascimento.

Segundo a cartilha da ANS, intitulada “Nova organização do cuidado ao parto e nascimento para melhores resultados de saúde”, na consecução do projeto, coube à ANS a coordenação e articulação com prestadores de serviço de saúde para adesão voluntária às iniciativas; ao IHI, a aplicação da metodologia baseada na Ciência da Melhoria e a capacitação dos profissionais; e, ao HIAE, a responsabilidade pela implementação dos projetos-piloto¹⁵⁶ com gerenciamento das atividades logísticas, atuando como um Laboratório de Excelência na atenção à saúde¹⁵⁷.

Maria do Carmo Leal sintetiza que o objetivo primário do projeto Parto Adequado é a melhoria da qualidade da assistência ao parto em hospitais públicos e privados brasileiros¹⁵⁸, tendo como meta o aumento do percentual de partos vaginais. Para tanto, o projeto tem como objetivos secundários fornecer apoio institucional, científico e metodológico a hospitais que

¹⁵⁶ Projetos-Piloto são aqui definidos como a aplicação prática no desenvolvimento de ações de melhoria da qualidade de serviços de saúde e de segurança do paciente, onde poderão ser analisados diferentes aspectos, dentro de um determinado prazo, para posterior avaliação de sua disseminação para o setor suplementar como um todo, por meio de seus prestadores. Cf. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR; SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA HOSPITAL ALBERT EINSTEIN; INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. **Cartilha nova organização do cuidado ao parto e nascimento para melhores resultados de saúde**: Projeto Parto Adequado - fase 1. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2016, p. 12. Disponível em: https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/web_total_parto_adequado.pdf. Acesso em: 15 ago. 2022.

¹⁵⁷ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR; SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA HOSPITAL ALBERT EINSTEIN; INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. **Cartilha nova organização do cuidado ao parto e nascimento para melhores resultados de saúde**: Projeto Parto Adequado - fase 1. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2016, p. 12. Disponível em: https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/web_total_parto_adequado.pdf. Acesso em: 15 ago. 2022.

¹⁵⁸ A ANS abriu a oportunidade de participação no projeto tanto para hospitais integrantes do SUS e/ou da rede assistencial de operadoras de planos de saúde quanto para operadoras, na qualidade de Apoiadoras do Projeto. Cf. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR; SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA HOSPITAL ALBERT EINSTEIN; INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. **Cartilha nova organização do cuidado ao parto e nascimento para melhores resultados de saúde**: Projeto Parto Adequado - fase 1. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2016, p. 12. Disponível em: https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/web_total_parto_adequado.pdf. Acesso em: 15 ago. 2022.

desejem reorganizar a atenção ao parto, fomentando e apoiando modelos que promovam o parto normal, qualifiquem os serviços de atenção ao trabalho de parto, parto e pós-parto e favoreçam a redução de cesarianas sem indicação clínica e de possíveis eventos adversos decorrentes de um parto não adequado¹⁵⁹.

De acordo com a ANS, na prática, o objetivo do PPA materializa-se na elaboração, testagem, avaliação e disseminação de um modelo de atenção ao parto e nascimento que favoreça a qualidade nos serviços, valorize o parto normal e contribua para a redução de cesarianas desnecessárias e dos riscos delas decorrentes¹⁶⁰.

Por ser um projeto de melhoria da qualidade, Rosa Maria Domingues *et al.* destaca que, por meio da implantação cíclica e incremental de mudanças, as intervenções propostas são testadas e ajustadas ao contexto local, possibilitando a adoção e o refinamento do que funciona e o descarte do que não funciona¹⁶¹. Nesse aspecto, Maria do Carmo Leal frisa, que se deve lembrar que o IHI tem se destacado em nível mundial ao conduzir projetos de melhoria da qualidade por utilizar a metodologia da Ciência da Melhoria¹⁶².

Além disso, como explicado por Rosa Maria Domingues *et al.*, as estratégias do Projeto Parto Adequado possuem uma abordagem sistêmica, desenvolvidas com base em experiências exitosas de redução de cesarianas no setor privado, incluindo quatro eixos primários:

¹⁵⁹ LEAL, M. C. **Nascer Saudável**: estudo prospectivo de avaliação da implantação e dos efeitos de intervenção multifacetada para melhoria da qualidade da atenção ao parto e nascimento em hospitais no Brasil. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2017, p. 5. Disponível em: http://arch.ensp.fiocruz.br/uploads/r/fundacao-oswaldo-cruz-casa-de-oswaldo-cruz/2/7/9/279c16d757b42f68ac7a09f6d871a317498d6a47511c1991ea7dec94995b2869/Projeto_Nascer_Saudavel_2018.pdf. Acesso em: 15 ago. 2022.

¹⁶⁰ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR; SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA HOSPITAL ALBERT EINSTEIN; INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. **Cartilha nova organização do cuidado ao parto e nascimento para melhores resultados de saúde**: Projeto Parto Adequado - fase 1. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2016, p. 16. Disponível em: https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/web_total_parto_adequado.pdf. Acesso em: 15 ago. 2022.

¹⁶¹ DOMINGUES, R. M. S. M et al. Fatores contextuais na análise da implantação de uma intervenção multifacetada em hospitais privados brasileiros: reflexões iniciais da pesquisa avaliativa “Nascer Saudável”. **Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical**, [S. l.], supl. 1, p. 51, 2019. Disponível em: Acesso em: 15 ago. 2022.

¹⁶² LEAL, M. C. op. cit., p. 6.

governança, empoderamento das mulheres, monitoramento de indicadores, e reorganização da estrutura e processos de cuidado¹⁶³.

Adicionalmente, de acordo com a cartilha “Nova organização do cuidado ao parto e nascimento para melhores resultados de saúde”, operadoras de planos de saúde também integram a iniciativa, dando suporte às mudanças necessárias, acompanhando medidas adotadas, favorecendo o engajamento de profissionais e estabelecimentos de saúde de sua rede de atendimento, informando beneficiárias e, principalmente, discutindo modelos alternativos ao modelo de pagamento por procedimento atualmente predominante do setor¹⁶⁴.

Quanto ao desenvolvimento dos trabalhos junto aos hospitais participantes do Parto Adequado, Ana Carolina Negrão ressalta que a metodologia adotada incluiu sessões de aprendizagem virtuais e presenciais, nas quais foram realizados testes iniciais de mudança para reduzir a taxa de cesariana com base nos quatro componentes teóricos do PPA e compartilhamento de experiências de sucesso e desafios na implementação das mudanças. Além disso, foram oferecidos treinamentos práticos no Centro de Simulação Realística do Hospital Albert Einstein, em São Paulo, com foco na assistência ao parto vaginal fisiológico e manejo de complicações obstétricas¹⁶⁵.

¹⁶³ As atividades previstas pelo PPA estruturaram-se em quatro componentes teóricos: primeiro, governança, que objetiva a formação de uma coalização entre lideranças visando a qualidade e segurança na atenção ao parto; segundo, mulheres e famílias, que se trata do empoderamento das mulheres e suas famílias visando à sua participação ativa no processo da gestação, parto e pós-parto; terceiro, a reorganização do cuidado, que visa a favorecer a evolução fisiológica do trabalho de parto e a realização de cesarianas baseadas em fatores clínicos; e, por último, monitoramento, que é a estruturação de sistemas de informação visando ao aprendizado contínuo. Cf. LEAL, M. C. **Nascer Saudável: estudo prospectivo de avaliação da implantação e dos efeitos de intervenção multifacetada para melhoria da qualidade da atenção ao parto e nascimento em hospitais no Brasil**. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2017, p. 6. Disponível em: http://arch.ensp.fiocruz.br/uploads/r/fundacao-oswaldo-cruz-casa-de-oswaldo-cruz/2/7/9/279c16d757b42f68ac7a09f6d871a317498d6a47511c1991ea7dec94995b2869/Projeto_Nascer_Saudavel_2018.pdf. Acesso em: 15 ago. 2022.

¹⁶⁴ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR; SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA HOSPITAL ALBERT EINSTEIN; INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. **Cartilha nova organização do cuidado ao parto e nascimento para melhores resultados de saúde: Projeto Parto Adequado - fase 1**. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2016, p. 13. Disponível em: https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/web_total_parto_adequado.pdf. Acesso em: 15 ago. 2022.

¹⁶⁵ NEGRÃO, A. C. B. M. **Iniciativas para diminuir o número de cesáreas excessivas no Brasil: Projeto Parto Adequado**. 2017. Dissertação (Mestre em Gestão e Políticas Públicas) – Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2017, p. 19. Disponível em: https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/18978/MPGPP_Trabalho%20Individual_Ana%20Carolina%20B.M.Negr%C3%A3o_25.10.17%20VF.PDF?sequence=4&isAllowed=y. Acesso em: 10 out. 2022.

Outrossim, para melhor compreensão do Projeto Parto Adequado, faz-se necessário esclarecer que, como salientado pela ANS, tal projeto foi estruturado em três fases. A Fase 1, conhecida como a fase piloto, caracterizou-se por testes iniciais para avaliação da viabilidade do projeto, tendo sido implementada entre 2015 e 2016.

A Fase 2, intitulada “fase de disseminação”, consubstanciou-se em estender a intervenção a uma variedade de prestadores e operadoras que representam o país. Essa etapa foi desenvolvida entre os anos de 2017 e 2021, tendo sido dividida entre a Fase 2, de 2017 a 2020, e o Ciclo Intensivo da Fase 2, de 2020 a 2021.

Por fim, a Fase 3, denominada “fase de campanha”, contempla medidas para disseminação das estratégias de melhoria da qualidade da atenção do parto e nascimento em grande escala, com possibilidade de inclusão do conjunto de maternidades e operadoras de planos de saúde a nível nacional e foi iniciada em outubro de 2019, ainda durante a Fase 2¹⁶⁶.

Ao se analisar o desenvolvimento de cada fase, observa-se que, de acordo com Ana Carolina Negrão, a Fase 1 contou com a participação de 35 hospitais, classificados da seguinte maneira: 26 hospitais-piloto (22 privados e 4 do SUS), seis hospitais seguidores e três hospitais colaboradores, e 19 operadoras de planos de saúde, tendo como meta inicial atingir, ao menos, 40% de partos vaginais nos hospitais-piloto participantes ao final da implementação dessa primeira etapa¹⁶⁷.

Ademais, segundo a ANS, no decorrer dessa primeira fase, 440 profissionais de saúde foram treinados em habilidades clínicas, envolvendo resolução técnica de intercorrências durante o trabalho de parto e parto, humanização e habilidades comportamentais. Especialistas em qualidade realizaram visitas técnicas aos hospitais, permitindo um aprofundamento do conhecimento da realidade local, bem como a elaboração, em conjunto com as equipes dos hospitais, de recomendações e estratégias para melhoria de processos e

¹⁶⁶ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Projeto Parto Adequado**. [S. l.], Agência Nacional de Saúde Suplementar. 2022. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/prestadores/parto-adequado>. Acesso em: 10 out. 2022.

¹⁶⁷ NEGRÃO, A. C. B. M. **Iniciativas para diminuir o número de cesáreas excessivas no Brasil**: Projeto Parto Adequado. 2017. Dissertação (Mestre em Gestão e Políticas Públicas) – Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2017, p. 17. Disponível em: https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/18978/MPGPP_Trabalho%20Individual_Ana%20Carolina%20B.M.Negr%C3%A3o_25.10.17%20VF.PDF?sequence=4&isAllowed=y. Acesso em: 10 out. 2022.

estrutura física e de recursos humanos, formando uma verdadeira rede de contatos e colaboração¹⁶⁸.

Ana Carolina Negrão destaca, também, que o PPA propôs novas formas de organizar o trabalho médico para estimular o parto vaginal, sendo que uma das medidas mais importantes foi a introdução de uma equipe para assistir ao parto, e não apenas o médico. Por essa razão, houve mudanças nas práticas profissionais, como o aumento do uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor, a redução de procedimentos desnecessários e a utilização de plano de parto, culminando em uma assistência ao parto menos intervencionista¹⁶⁹.

Conforme verificado pela ANS, os resultados da primeira fase do projeto Parto Adequado indicam que, ao final de 18 meses, mais de 10 mil cesáreas sem indicação clínica haviam sido evitadas, bem como que foi possível observar a tendência de ampliação da proporção de partos vaginais e a correspondente queda na média de cesáreas no conjunto de hospitais participantes¹⁷⁰.

Estatisticamente, foi apurado que, em abril de 2015, a taxa de partos vaginais nos hospitais participantes era de cerca de 20% e, em agosto de 2016, esses mesmos estabelecimentos de saúde haviam atingido o índice médio de 37,5% de partos normais, o que representou um aumento de 17,7 pontos percentuais. No gráfico abaixo, disponibilizado pela ANS, essa mudança é demonstrada¹⁷¹:

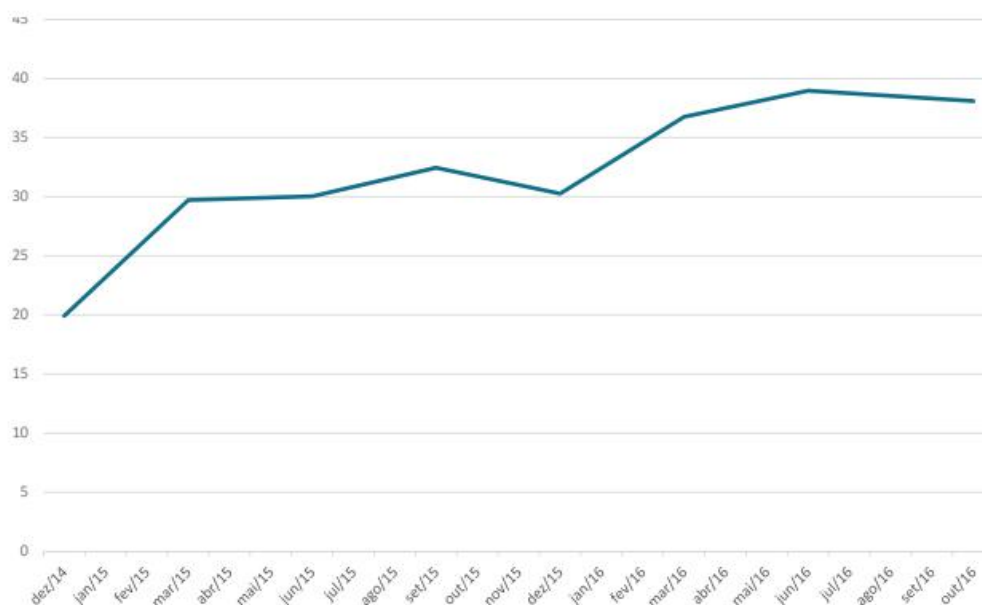
¹⁶⁸ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR; SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA HOSPITAL ALBERT EINSTEIN; INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. **Cartilha nova organização do cuidado ao parto e nascimento para melhores resultados de saúde: Projeto Parto Adequado - fase 1.** Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2016, p. 13. Disponível em: https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/web_total_parto_adequado.pdf. Acesso em: 15 ago. 2022.

¹⁶⁹ NEGRÃO, A. C. B. M. **Iniciativas para diminuir o número de cesáreas excessivas no Brasil: Projeto Parto Adequado.** 2017. Dissertação (Mestre em Gestão e Políticas Públicas) – Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2017. Disponível em: https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/18978/MPGPP_Trabalho%20Individual_Ana%20Carolina%20B.M.Negr%c3%a3o_25.10.17%20VF.PDF?sequence=4&isAllowed=y. Acesso em: 10 out. 2022.

¹⁷⁰ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR; SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA HOSPITAL ALBERT EINSTEIN; INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. **Cartilha nova organização do cuidado ao parto e nascimento para melhores resultados de saúde: Projeto Parto Adequado - fase 1.** Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2016, p. 12. Disponível em: https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/web_total_parto_adequado.pdf. Acesso em: 15 ago. 2022.

¹⁷¹ Ibidem.

Gráfico 7 – Partos Vaginais na População Piloto dos Hospitais Participantes do PPA



Fonte: IHI – extranet, 2016

Ainda de acordo com a ANS, no que se refere à meta global de se alcançar a taxa de 40% de partos vaginais ao final da Fase 1 do Projeto, os resultados individuais de agosto de 2016 revelaram que quase 90% dos hospitais haviam elevado o percentual de partos vaginais, sendo que mais da metade deles atingiram ou superaram o índice de 40% de partos normais¹⁷².

Além do aumento da proporção de partos normais, o acompanhamento feito pela ANS evidenciou melhorias significativas em relação à taxa de internação em UTI neonatal, haja

¹⁷² AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR; SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA HOSPITAL ALBERT EINSTEIN; INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. **Cartilha nova organização do cuidado ao parto e nascimento para melhores resultados de saúde: Projeto Parto Adequado - fase 1.** Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2016, p. 14. Disponível em: https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/web_total_parto_adequado.pdf. Acesso em: 15 ago. 2022.

vista que, entre abril de 2014 e maio de 2016, 12 hospitais reduziram esse indicador de 63 internações por mil nascidos vivos para cerca de 48 por mil nascidos vivos¹⁷³.

Rosa Maria Domingues *et al.* elaborou um estudo comparativo, no qual comparou os dados estatísticos perinatais da pesquisa “Nascer no Brasil” — trabalho de base nacional realizado em 2011 — com os dados da pesquisa Projeto Nascer Saudável, realizada pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP/Fiocruz, que teve como objetivo avaliar a implantação e os efeitos da intervenção multifacetada para melhoria da qualidade da atenção ao parto e nascimento consistente na primeira fase do PPA. Em síntese, a análise comparou os dados perinatais da saúde suplementar dos anos de 2011 e 2017, após a finalização da primeira etapa do PPA.

Rosa Maria Domingues *et al.* constataram que houve um aumento de 85% das taxas de parto vaginal, bem como que houve considerável aumento na frequência do uso de partograma, da possibilidade de movimentação e alimentação durante o trabalho de parto. A pesquisa constatou, ainda, que as taxas de intervenções não recomendadas de rotina durante o parto diminuíram no percentual entre 20% e 50%¹⁷⁴.

Com o sucesso da primeira fase, foi iniciada a Fase 2 que contou com a participação de 108 hospitais e 60 operadoras de planos de saúde, sendo que, no Ciclo Intensivo da Fase 2, participaram, ainda, 28 binômios de operadoras e hospitais.

Nessa segunda fase, como lembra Domingues *et al.*, hospitais com bom desempenho na primeira fase, ou seja, que implantaram as atividades previstas e alcançaram o efeito de redução da taxa de cesariana, passaram a ter o papel de apoiadores de hospitais localizados na mesma região geográfica¹⁷⁵. Em outras palavras, a Fase 2 do Projeto Parto Adequado incluiu a formação de um grupo de hospitais multiplicadores do projeto¹⁷⁶.

¹⁷³ *Ibidem*, p. 15.

¹⁷⁴ DOMINGUES, R. M. S. M et al. Fatores contextuais na análise da implantação de uma intervenção multifacetada em hospitais privados brasileiros: reflexões iniciais da pesquisa avaliativa “Nascer Saudável”. **Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical**, [S. l.], supl. 1, p. 52, 2019. Disponível em: Acesso em: 15 ago. 2022.

¹⁷⁵ *Ibidem*, p. 53.

¹⁷⁶ Os objetivos estabelecidos para a segunda fase do projeto foram: (a) a transferência de conhecimento e a gestão regional da disseminação da iniciativa pelos *hubs*; (b) a adesão de ao menos 100 hospitais novos, sendo 25% de hospitais do SUS; (c) a adesão de ao menos 50 operadoras apoiadoras; (d) a participação de especialistas de serviços de referência públicos e privados para revisão das estratégias dos hospitais; (e) a realização de

Dentre os avanços da Fase 2, deve-se mencionar o acompanhamento da evolução do percentual de partos abdominais a partir da padronização da população-alvo do projeto, com base na Classificação de Robson¹⁷⁷¹⁷⁸, recomendada pela OMS por ser considerada o melhor sistema de classificação de tipos de partos a ser utilizado internacionalmente¹⁷⁹.

Segundo a OMS, tal classificação ajuda os hospitais a otimizar o uso das cesáreas ao identificar, analisar e focalizar intervenções em grupos específicos que sejam particularmente relevantes em cada local, além de avaliar a qualidade da assistência e das práticas de cuidados clínicos, os desfechos por grupo, visto que a “classificação é simples, robusta, reproduzível, clinicamente relevante, e prospectiva”.¹⁸⁰

Ademais, no contexto da Fase 2, o aspecto da remuneração do parto normal — tão caro à ação civil pública proposta pelo Ministério Público Federal — foi contemplado a partir da análise de modelos de financiamento alternativos¹⁸¹.

campanhas de divulgação de informação do projeto nas diversas mídias; e (f) o aumento do percentual de partos vaginais entre os hospitais que participaram efetivamente da iniciativa, metas acompanhadas atualmente no Plano Plurianual da ANS. Cf. Disponível em: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Projeto Parto Adequado: Resultados da fase 2 e próximos passos.** [recurso eletrônico]. Rio de Janeiro: ANS, jun. 2018. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/participacao-da-sociedade/camss-camara-de-saude-suplementar/apresentacao_css/94_apresentacao_projeto_parto_adequado.pdf. Acesso em: 12 ago. 2022.

¹⁷⁷ A aplicação dessa metodologia foi informada pela ANS em sua manifestação nos autos da Ação Civil Pública nº 0017488-30.2010.4.03.6100, em 16/04/2018, quando juntou notícia sobre o Projeto Parto Adequado.

¹⁷⁸ A Classificação de Robson categoriza as gestantes em grupos a partir de cinco características obstétricas que são colhidas em todas as maternidades, quais sejam: (i) paridade (se teve filhos, com e sem cesárea anterior, ou se nunca teve filhos); (ii) início do parto (espontâneo, induzido ou cesárea antes do início do trabalho de parto); (iii) idade gestacional (pré-termo/prematuro ou termo); (iv) apresentação/situação fetal (cefálica, pélvica ou transversa); e (v) número de fetos (único ou múltiplo). Cf. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas.** Genebra: WHO, 2015, p. 3. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=8E015478F1BE263022FAB6F0E549B1C6?sequence=3. Acesso em: 27 ago. 2021.

¹⁷⁹ Em 2011, a OMS realizou uma revisão sistemática dos sistemas existentes para classificar cesáreas e concluiu que a Classificação de Robson é o sistema mais adequado para preencher as necessidades locais e internacionais. A OMS recomendou que essa classificação deveria servir de base para o desenvolvimento de um sistema de classificação de cesáreas a ser usado internacionalmente. Cf. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas.** Genebra: WHO, 2015. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=8E015478F1BE263022FAB6F0E549B1C6?sequence=3. Acesso em: 27 ago. 2021.

¹⁸⁰ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas.** Genebra: WHO, 2015, p. 5. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=8E015478F1BE263022FAB6F0E549B1C6?sequence=3. Acesso em: 27 ago. 2021.

¹⁸¹ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Projeto Parto Adequado: Resultados da fase 2 e próximos passos.** [recurso eletrônico]. Rio de Janeiro: ANS, jun. 2018. Disponível em:

Nesse sentido, de acordo com o estudo realizado pelo Hospital Israelita Albert Einstein, coordenado pela Dra. Rita Cassia Sanchez, o modelo de remuneração que predomina no Brasil atualmente é o *Fee-For-Service*, no qual os pagamentos são baseados apenas no volume de procedimentos realizados. Contudo, a alternativa que vem sendo progressivamente aplicada em vários países é o modelo de remuneração chamado *Fee-For-Value*, no qual a remuneração está atrelada a indicadores que medem a pertinência do cuidado, eficiência, resultados clínicos e segurança do paciente.

Nesse caso, em saúde, o valor seria definido como a divisão entre os desfechos que importam para os pacientes pelos custos para se obter tais resultados. As premissas do modelo de remuneração proposto pelo Hospital Israelita Albert Einstein são: (i) remuneração igual para as duas modalidades de parto; (ii) o estabelecimento de um plano de redução de cesáreas; e, por último, (iii) a fixação de um plano de redução de cesáreas precoces¹⁸².

Ademais, também faz parte desse modelo de remuneração que a composição da remuneração da equipe responsável pelo parto seja desmembrada em duas partes para que a assistência durante o trabalho de parto seja incentivada e valorizada. Desse modo, a remuneração total seria o somatório da remuneração do trabalho de parto com a remuneração do parto normal ou da cesárea realizada.

Finalmente, esse modelo de remuneração também contaria com o estabelecimento de descontos e bonificações a partir de condutas adotadas durante o parto. A título de exemplo, vale mencionar, como hipóteses de bonificação, a ausência de manobra de Kristeller¹⁸³ e a

https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/participacao-da-sociedade/camss-camara-de-saude-suplementar/apresentacao_css/94_apresentacao_projeto_parto_adequado.pdf. Acesso em: 12 ago. 2022.

¹⁸² O estudo realizado pelo Hospital Israelita Albert Einstein, sob a coordenação da Dra. Rita Cassia Sanchez, encontra-se disponível nos autos da Ação Civil Pública nº 0017488-30.2010.4.03.6100.

¹⁸³ Criada pelo médico alemão Samuel Kristeller, em 1867, a manobra caracteriza-se pela aplicação de uma pressão no fundo uterino durante o período expulsivo com objetivo de o encurtá-lo. Contudo, existe a suspeita que possa causar danos maternos e fetais, bem como lesões ao nível do útero e períneo. Além disso, existem algumas evidências de que tal manobra possa representar um fator de maior risco de morbidade materna e fetal. Cf. LIMA, G. A. F.; LOPES, M. C. A. **Violência Obstétrica: Riscos do uso da manobra de Kristeller durante o parto**. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – Distrito Federal, 2019, p. 5. Disponível em: https://dspace.uniceplac.edu.br/bitstream/123456789/312/1/Geovana_0003971_Maria_Clara_0003676. Acesso em: 5 de nov. 2022.

amamentação na 1ª hora de vida, e, como hipóteses de descontos, o percentual de episiotomias em partos vaginais e o percentual de admissão em UTI Neonatal.

Cumpra observar, entretanto, que, apesar da novidade e relevância desse modelo de remuneração, até o presente momento, não se tem notícias de sua implementação.

A agência reguladora, ao abordar os resultados conjuntos da primeira e da segunda fase, estimou que foram evitadas, até 2019, cerca de 20 mil cesarianas desnecessárias. No que se refere especificamente às internações em UTI Neonatal, por exemplo, houve uma redução na taxa média de admissões de neonatos com peso igual ou maior a 2,5 Kg, passando de 39,8 por 100 mil nascidos vivos, em maio de 2017, para 33,6, em maio de 2019, entre os hospitais participantes.¹⁸⁴

Lançada em outubro de 2019, a Fase 3 do Projeto Parto Adequado, como destacado pela ANS, teve como uma das primeiras mudanças a alteração do nome de “Projeto Parto Adequado” para “Movimento Parto Adequado” a fim de que se afastasse a concepção de mera tentativa do programa capitaneado pela ANS¹⁸⁵.

Como uma estratégia da Fase 3 do Movimento Parto Adequado, a partir de dezembro de 2020, a ANS passou a divulgar o Painel de Indicadores Relativos à Atenção Materna e Neonatal para promover a transparência das informações relativas ao parto e nascimento no setor suplementar de saúde¹⁸⁶.

Segundo a agência reguladora, o valor desses indicadores reside no fato de que eles contribuem para a realização de pesquisas e a diminuição da assimetria de informações do setor, pois reúnem dados de todos os hospitais que realizam partos, maternidades e operadoras de planos de saúde em atuação na saúde suplementar, não apenas dos participantes do Parto Adequado, podendo também ser consultados por qualquer interessado a partir dos Prestadores

¹⁸⁴ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Nota Técnica nº 381/2020/GEEIQ/DIRAD-DIDES/DIDES**. [Recurso eletrônico]. [S. l.], p. 5-6. ANS, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/participacao-da-sociedade/consultas-publicas/cp79/minuta_da_notas_tecnicas_381.pdf. Acesso em: 5 de nov. 2022.

¹⁸⁵ *Ibidem*.

¹⁸⁶ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Projeto Parto Adequado**. [S. l.], Agência Nacional de Saúde Suplementar. 2022. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/prestadores/parto-adequado>. Acesso em: 10 out. 2022.

de Serviços de Saúde¹⁸⁷ ou a partir das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde¹⁸⁸.

A ANS expõe, ainda, que a nova versão apresenta inovações na forma de apresentação das informações, como, por exemplo, os gráficos de tendência para o percentual de partos vaginais e os gráficos de barras para o percentual de nascidos vivos por idade gestacional e por grupo de Robson. Também foram introduzidos novos filtros, como faixa etária, escolaridade e etnia/cor das gestantes, ampliando o potencial de estudos a partir dos dados disponibilizados no Painel.

Por último, como elencado pela autarquia, também como estratégia da Fase 3 do Movimento Parto Adequado, a ANS realizou Consulta Pública nº 79, em 1º de setembro de 2020, sobre a Certificação de Boas Práticas em Parto Adequado, com o objetivo de colher sugestões de toda a sociedade para alteração da Resolução Normativa nº 440, de 13 de dezembro de 2018, que instituiu o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde¹⁸⁹.

A consulta propôs a inclusão de dois anexos à normativa — o Manual de Certificação em Parto Adequado e o Glossário de Boas Práticas em Parto Adequado. Na ocasião, também foi disponibilizada uma nota técnica que apresentou a análise de impacto regulatório da Certificação de Boas Práticas em Atenção ao Parto e Nascimento.

¹⁸⁷Estão disponíveis os seguintes critérios: (i) Percentual de Parto Cesáreo (por Grupo de Robson); (ii) Percentual de Parto Vaginal (por Grupo de Robson); (iii) Notificação de eventos adversos ou queixas técnicas no Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (Notivisa); (iv) Disponibilidade de Núcleo de Segurança do Paciente; (v) Percentual de partos vaginais assistidos por enfermagem obstétrica; (vi) Percentual de partos cesáreos antes do trabalho de parto; (vii) Percentual de nascidos vivos com baixo peso ao nascer (< 2.500g); (viii) Percentual de nascidos vivos com Apgar (método utilizado para a avaliação imediata do recém-nascido) menor que 7 no 5º minuto de vida; e (ix) Percentual de nascidos vivos por idade gestacional. Cf. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Projeto Parto Adequado**. [S. l.], Agência Nacional de Saúde Suplementar. 2022. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/prestadores/parto-adequado>. Acesso em: 10 out. 2022

¹⁸⁸ A pesquisa de dados pode ser feita pelos seguintes critérios: (i) Total de Partos; (ii) Percentual de Parto Cesáreo; (iii) Percentual de Parto Vaginal; (iv) Taxa de Consultas de Pré-Natal; e (vi) Taxa de acompanhante por mulher no pré-parto, parto ou pós-parto imediato. Cf. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Projeto Parto Adequado**. [S. l.], Agência Nacional de Saúde Suplementar. 2022. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/prestadores/parto-adequado>. Acesso em: 10 out. 2022

¹⁸⁹ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Nota Técnica nº 381/2020/GEEIQ/DIRAD-DIDES/DIDES**. [Recurso eletrônico]. [S. l.], p. 7. ANS, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/participacao-da-sociedade/consultas-publicas/cp79/minuta_da_notas_tecnica_381.pdf. Acesso em: 5 de nov. 2022.

O objetivo dessa certificação, conforme explica a agência, é a indução da qualidade da atenção materna e neonatal oferecida pelas operadoras de planos de saúde por meio da ampliação da implementação de boas práticas baseadas em evidências científicas, do acesso à informação sobre a qualidade da atenção materna e neonatal no setor de saúde suplementar e do fomento da eficiência da atenção ao parto e nascimento.

Apesar do encerramento do prazo para apresentação de contribuições pela sociedade, até o presente momento, não houve mais atualizações acerca da proposta de alteração da Resolução Normativa nº 440, de 13 de dezembro de 2018.

Finalmente, deve-se lançar luz para o fato de que, no dia 14/10/2019, o Movimento Parto Adequado recebeu menção honrosa quando da atribuição do II Prêmio FGV Direito Rio – Melhores Práticas em Regulação, durante o II Seminário do Projeto Regulação em Números, na sede da Fundação Getúlio Vargas – FGV, no Rio de Janeiro.

Importante esclarecer, contudo, que, até o presente momento, não se tem notícias da finalização da fase de campanha do Movimento Parto Adequado, bem como de sua efetiva implementação a nível nacional.

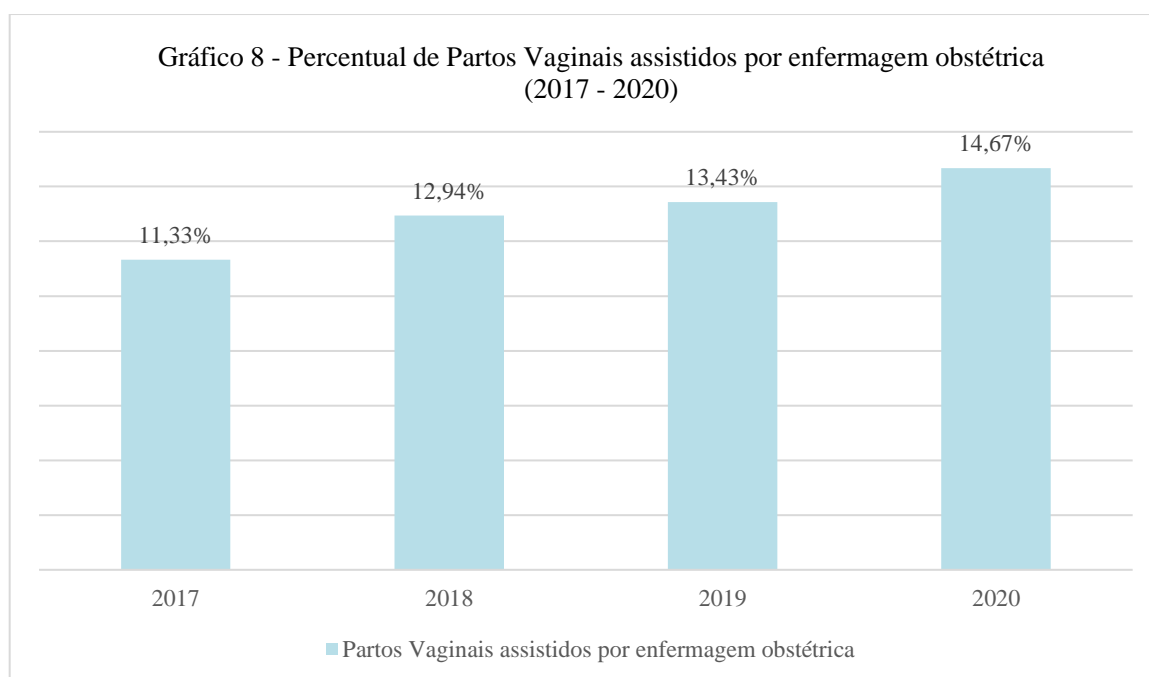
3.2.3. Publicação da Resolução Normativa nº 398, de 5 de fevereiro de 2016

Compelida judicialmente por decisão do Presidente do Tribunal Regional Federal da 3ª Região, nos autos da Suspensão de Execução de Sentença nº 0000858-50.2016.4.03.0000, a ANS expediu a Resolução Normativa nº 398, de 5 de fevereiro de 2016, que dispõe sobre a obrigatoriedade de credenciamento de enfermeiros obstétricos e obstetristas por operadoras de planos privados de assistência à saúde e hospitais que constituem suas redes e sobre a obrigatoriedade de os médicos entregarem a Nota de Orientação à Gestante.

Nesse ponto, deve-se rememorar que, anteriormente, em 2008, a ANS já havia expedido resolução normativa a fim de incluir a cobertura de parto realizado por enfermeira. Ocorre que, como demonstrado anteriormente, essa resolução não apresentava qualquer eficácia, dado que os próprios estabelecimentos de saúde obstavam a atuação desses profissionais.

Por essa razão é que a edição da Resolução Normativa nº 398, de 5 de fevereiro de 2016, demonstrou-se tão necessária, pois foi de encontro exatamente ao que impedia a atuação desses profissionais. Com isso, contudo, não se pretende afirmar que todos os óbices à atuação dos profissionais de enfermagem deixaram de existir e tampouco que estes não continuam encontrando resistências pelos estabelecimentos de saúde e demais profissionais.

Interessante, neste momento, trazer à baila relevantes dados estatísticos, que apontam o crescimento, ainda que paulatino, na participação de enfermeiros obstétricos nos partos realizados no contexto da saúde suplementar, conforme demonstra a tabela abaixo:



Fonte: Painel de Indicadores da atenção à saúde materna e neonatal. ANS, 2022.

Ademais, a resolução em questão também estabelecia que os médicos deveriam entregar às beneficiárias, em três consultas distintas, no curso do processo de acompanhamento da gestação, a Nota de Orientação à Gestante¹⁹⁰, que, em síntese, aponta para os riscos da realização da cesariana sem indicação clínica.

Dado o valor do conteúdo da nota mencionada, é proveitoso trazê-lo, na íntegra, ao presente estudo, conforme abaixo:

¹⁹⁰ O documento encontra-se disponível para visualização em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2016/res0398_05_02_2016.html. Acesso em: 13 jul. 2022.

Nota de Orientação à Gestante

O sistema de Saúde Suplementar apresenta altos índices de cirurgias cesarianas desnecessárias. Esta nota atende decisão judicial proferida pelo Tribunal Regional Federal da 3ª Região. O objetivo desta nota é esclarecer à gestante acerca dos riscos e benefícios da cesariana e do parto normal.

O parto normal é o método natural de nascer durante o qual a mãe produz substâncias capazes de proteger o recém-nascido e favorecer a amamentação, por isso é importante que a mulher entre em trabalho de parto. A sua recuperação é imediata, pois, após o nascimento a mãe poderá levantar-se e cuidar de seu filho. Contudo, algumas mulheres apresentam contra-indicação para este tipo de parto devido a condições de saúde preexistentes ou por complicações durante o trabalho de parto havendo indicação para a realização da cirurgia. O parto normal pode também apresentar risco de lesão no períneo.

A cesariana, quando indicada por razões clínicas, é uma cirurgia segura e com baixa frequência de complicações graves. No entanto, quando realizada sem uma razão médica que a justifique, apresenta riscos de complicações cirúrgicas, como infecções e hemorragia, que podem resultar em morte materna. Quanto ao recém-nascido, podem ocorrer lesões no momento da retirada do bebê ou outras complicações após o nascimento como infecções e pneumonias, riscos de prematuridade e internação em UTI, nos casos em que a cirurgia é feita antes de 39 semanas de gestação, além de aumentar em 120 vezes a chance do bebê apresentar dificuldade respiratória quando a cirurgia é feita entre 37 e 38 semanas.

Cesarianas triplicam o risco de morte materna, bem como que cerca de 25% dos óbitos neonatais e 16% dos óbitos infantis no Brasil estão relacionados à prematuridade. (Parágrafo acrescentado pela Resolução Normativa DC/ANS Nº 409 de 22/07/2016).

Persistindo dúvidas não hesite em voltar a discutir com seu médico sobre riscos e benefícios que afetam a sua segurança e a do bebê¹⁹¹.

Deve-se esclarecer que a entrega dessa nota, conforme determinado no despacho do Presidente do Tribunal Regional Federal da 3ª Região, deveria ser operacionalizada pelo Conselho Federal de Medicina, que teria a responsabilidade de pressionar os Conselhos Regionais de Medicina para que estes determinassem a seus médicos jurisdicionados que entregassem o documento às suas pacientes.

A obrigatoriedade de entrega pelo médico, por determinação do Conselho Regional de Medicina no qual é inscrito, oferece vantagens no sentido de envolver tanto a autarquia de fiscalização profissional da medicina, que é um ator de imensurável importância para redução

¹⁹¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretoria Colegiada. **Resolução Normativa nº 398, de 5 de fevereiro de 2016**. Dispõe sobre a Obrigatoriedade de Credenciamento de Enfermeiros Obstétricos e Obstetrias por Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e Hospitais que Constituem suas Redes e sobre a Obrigatoriedade de os Médicos Entregarem a Nota de Orientação à Gestante. Brasília: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2016/res0398_05_02_2016.html. Acesso em: 15 jun. 2022.

das cesarianas, quanto o próprio médico, que atua na linha de frente do sistema de saúde, sendo responsável, em grande medida, pela materialização do direito da mulher ao parto normal.

Ademais, como já sustentado em tópicos anteriores, o acesso das gestantes a mais informações seguras acerca dos riscos do procedimento cirúrgico tem o potencial, ainda que paulatino, de modificar uma cultura cesarista em que as mulheres, por vezes, se acostumam a nutrir uma imagem bastante depreciativa do parto normal, sem ter conhecimento dos riscos que caracterizam o parto abdominal.

3.2.4. Publicação da Resolução Normativa nº 465, de 24 de fevereiro de 2021

Finalmente, já nos autos da Apelação nº 0017488-30.2010.4.03.6100, após a realização das cinco audiências públicas expostas no capítulo anterior, a Agência Nacional de Saúde Suplementar publicou a Resolução Normativa nº 465, de 24 de fevereiro de 2021, que atualizou o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, incluindo a Diretriz de Utilização nº 135, que versa sobre a consulta com enfermeiro obstetra ou obstetrix, e a Diretriz de Utilização nº 145, relativa ao parto cesariano, visando a desestimular os partos cesarianos sem um imperativo clínico, materno ou fetal, para a indicação programada do procedimento.

Importante esclarecer que as Diretrizes de Utilização Técnica são conjuntos de critérios, clínicos ou não, que condicionam a obrigatoriedade de cobertura, pela operadora de plano privado de assistência à saúde, de determinados procedimentos ou eventos em saúde estabelecidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar, tendo por finalidade estabelecer a melhor indicação para a execução do procedimento ou evento em saúde no setor de saúde suplementar.¹⁹²

Observe-se que a verificação da obrigatoriedade da cobertura do procedimento ou evento em saúde está condicionada à presença dos critérios exigidos, que deve ser atestada em declaração do médico ou cirurgião-dentista assistente¹⁹³.

¹⁹² BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Glossário Temático**: saúde suplementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2017, p. 53. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_saude_suplementar_3ed.pdf. Acesso em: 14 jun. 2022.

¹⁹³ *Ibidem*, p. 54.

Assim, o estabelecimento de uma Diretriz de Utilização Técnica tende a restringir a cobertura de um procedimento pela operadora de plano de saúde e, desse modo, automaticamente, com a definição de limites a serem observados, a Agência Nacional de Saúde Suplementar consegue regular certa prática.

No caso em análise, as Diretrizes de Utilização Técnica nº 135 e nº 145 regularam tanto a cesarianas quanto a realização de consultas por enfermeiras obstétricas, no sentido de buscar a redução de cesarianas realizadas sem a indicação clínica¹⁹⁴.

Nesse sentido, a DUT nº 135 condicionou a cobertura de consulta por enfermeiro obstétrico em quantidade de até seis consultas de pré-natal e até duas consultas de puerpério, desde que o profissional esteja habilitado pelo seu respectivo conselho profissional para atendimento obstétrico e que seja solicitado por escrito pelo médico assistente responsável pela coordenação da equipe de saúde¹⁹⁵.

Ora, o avanço trazido pela DUT nº 135 certamente pode ser questionado, pois, se por um lado, essa diretriz materializa o aumento da possibilidade de acompanhamento de gestantes por enfermeiros obstétricas, por outro, ela o condiciona à solicitação do médico assistente, o que constitui importante celeuma no tocante aos limites da atuação do enfermeiro obstétrico frente à atuação do médico obstetra.

A DUT nº 145, por sua vez, condicionou a cobertura de parto cesariana pela operadora de plano de saúde ao cumprimento de, pelo menos, uma das seguintes hipóteses: (i) cesariana programada por indicação clínica materna e/ou fetal, independentemente da idade gestacional, desde que apresentado relatório médico especificando a condição clínica que ensejou a indicação do parto cesariano; (ii) cesariana por intercorrência da gravidez ou intraparto,

¹⁹⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretoria Colegiada. **Resolução Normativa nº 465, de 24 de fevereiro de 2021**. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde que estabelece a cobertura assistencial obrigatória a ser garantida nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e naqueles adaptados conforme previsto no artigo 35 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998; fixa as diretrizes de atenção à saúde; e revoga a Resolução Normativa – RN nº 428, de 7 de novembro de 2017, a Resolução Normativa – RN n.º 453, de 12 de março de 2020, a Resolução Normativa – RN n.º 457, de 28 de maio de 2020 e a RN n.º 460, de 13 de agosto de 2020. Brasília: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2021. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-normativa-rn-n-465-de-24-de-fevereiro-de-2021-306209339>. Acesso em: 15 jun. 2022.

¹⁹⁵ Ibidem.

informada em prontuário médico ou partograma (gráfico e/ou descritivo), especificando a condição clínica que ensejou a indicação do parto cesariano; ou (iii) cesariana a pedido, desde que comprovado que a gestante assinou Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, elaborado em linguagem de fácil compreensão, respeitadas as características socioculturais da gestante e preenchidos alguns critérios¹⁹⁶.

A hipótese da cobertura da cesariana realizada a pedido da paciente só poderá ocorrer se cumpridos pelo menos um dos seguintes critérios: (i) ser realizada a partir de 39 semanas completas de gestação; (ii) ser realizada por uma indicação clínica materna e/ou fetal de interrupção da gravidez, independentemente da idade gestacional; e/ou (iii) ser realizada após o início do trabalho de parto devidamente registrado em prontuário e/ou partograma (gráfico e/ou descritivo)¹⁹⁷.

Nesse ponto, deve-se atentar para o valor do estabelecido pela DUT nº 145 ao definir critérios bastante específicos para cobertura da cesariana, especialmente quando do parto abdominal realizado a pedido da gestante. Isso porque, ao estabelecer que a cesariana a pedido só poderá ser realizada após decorridas as 39 semanas de gestação, a DUT impede que a realização de cesarianas eleve ainda mais a taxa de prematuridade entre os recém-nascidos.

Nesse mesmo sentido, ao dispor, quanto à realização de cesarianas sem o desejo da gestante, que estas devem ser devidamente justificadas em relatório médico ou no partograma, tal diretriz impede — ao menos em tese — que o médico imponha a realização de cesarianas sem qualquer motivação clínica, com base em dados clínicos forjados, apostos no prontuário da parturiente e do nascituro com a finalidade de justificar a realização do procedimento cirúrgico.

¹⁹⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretoria Colegiada. **Resolução Normativa nº 465, de 24 de fevereiro de 2021**. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde que estabelece a cobertura assistencial obrigatória a ser garantida nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e naqueles adaptados conforme previsto no artigo 35 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998; fixa as diretrizes de atenção à saúde; e revoga a Resolução Normativa – RN nº 428, de 7 de novembro de 2017, a Resolução Normativa – RN n.º 453, de 12 de março de 2020, a Resolução Normativa – RN n.º 457, de 28 de maio de 2020 e a RN n.º 460, de 13 de agosto de 2020. Brasília: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2021. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-normativa-rn-n-465-de-24-de-fevereiro-de-2021-306209339>. Acesso em: 15 jun. 2022.

4. Necessárias ponderações acerca das contribuições da atuação ministerial

Elencadas as contribuições da atuação extrajudicial e judicial do Ministério Público Federal em favor da redução do elevado percentual de cesarianas no âmbito da saúde suplementar, revela-se oportuno, neste momento, contemplar o cenário da atuação ministerial a partir de uma perspectiva panorâmica, examinando-a sob um prisma mais abrangente.

Deve-se, no entanto, esclarecer que com isso não se pretende afirmar que o presente estudo se objetiva a analisar a eficácia da atuação do Ministério Público Federal, isto é, aferir se, com os métodos extraprocessuais e processuais à sua disposição, o *Parquet* alcançou a redução do índice de cesarianas no setor privado. Evidentemente, o presente trabalho não busca e sequer pode oferecer uma análise de eficácia.

Primeiro, porque uma análise desse tipo demandaria razoável distância temporal para a devida aferição de resultados. Nesse sentido, deve-se observar que, embora o Ministério Público Federal tenha iniciado sua atuação na demanda em 2006, apenas a partir de 2015 passou a ser observada uma resposta administrativa mais concreta por parte da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Nesse aspecto, deve-se considerar que o principal resultado da atuação do Ministério Público Federal, qual seja, o Projeto Parto Adequado, sequer foi concluído, haja vista ainda existirem medidas pendentes de implementação no contexto de sua terceira fase. Por óbvio, ainda não se pode aferir os resultados estatísticos nacionais de uma medida que não foi implantada a nível nacional, mas apenas a nível regional, de modo que sua análise se restringe à aferição dos impactos nos locais em que foi implementado — conforme se limitou o subtópico 2.2, do tópico anterior.

A segunda razão pela qual o presente estudo não poderia almejar oferecer uma análise da eficácia, propriamente dita, da atuação do Ministério Público Federal frente à problemática analisada está relacionada ao caráter multifatorial do problema. Trocando em miúdos, não se afigura razoável esperar que o *Parquet* seja capaz de impactar, a um só turno, toda a vasta gama de fatores causadores do elevado número de cesarianas no setor suplementar.

Como visto ao longo do presente estudo, algumas análises sobre o tema identificam

fatores socioeconômicos como a explicação mais plausível para o fenômeno epidêmico no Brasil. De acordo com Coelho, essa correlação seria demonstrada no fato de que os partos abdominais são mais rentáveis para a classe médica, visto que, por ser um procedimento cirúrgico célere, permitem que o médico realize várias cesarianas em um mesmo dia — ao contrário do parto vaginal, que pode durar até 12 horas, em média¹⁹⁸. Como demonstrado, essa questão estaria diretamente ligada ao modelo de remuneração adotado no sistema privado de saúde, que, por ser baseado em critérios quantitativos, incentiva a realização de procedimentos céleres, ainda que de qualidade questionável.

Já Oliveira *et al.* identificam, ainda, como causa para que o Brasil seja considerado um país cesarista pelo menos quatro razões: a qualidade da formação profissional médica que se baseia em práticas clínicas adotadas sem embasamento técnico, a forma de organização dos serviços de saúde, o modelo de assistência à maternidade baseado na medicalização e hospitalização e, similarmente, a conveniência e praticidade da cirurgia¹⁹⁹.

Finalmente, deve-se mencionar o próprio aspecto cultural da problemática, pois não se pretende negar que, de fato, centenas de mulheres manifestam sua preferência pelo procedimento cirúrgico. Nesse sentido é que Faúndes e Ceccati defendem haver uma rejeição antecipada das gestantes ao parto normal baseada, tão somente, em perspectivas depreciativas a respeito do parto vaginal, sem qualquer fundamentação ou exame crítico²⁰⁰.

O terceiro motivo pelo qual o presente estudo não poderia oferecer uma análise aprofundada de eficácia sem incorrer em injustiças com o Ministério Público Federal decorre exatamente da segunda razão apresentada: se a problemática apresenta caráter multifatorial, sua solução também será, necessariamente, multifacetada e complexa.

¹⁹⁸ COELHO, C. A. **O processo de mercantilização das cesarianas no Brasil**. 2017. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017, p. 67. Disponível em: <https://www.bdt.uerj.br:8443/bitstream/1/4381/1/Dissertacao%20Cleydson%20Coelho.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2021.

¹⁹⁹ OLIVEIRA, R. R. *et al.* Factors associated to caesarean delivery in public and private health care systems. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, set-out. 2016, p. 734-735. DOI: 10.1590/S0080-623420160000600004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/tTDrBK98SrhZLbtvqPKkj8R/?format=pdf&lang=en> Acesso em: 27 ago. 2021.

²⁰⁰ FAÚNDES, A.; CECCATI, J. G. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 155, jun. 1991. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/9xcHKxSZG77NTjTZqCG6zmy/?lang=pt>. Acesso em: 27 ago. 2021.

Com isso se quer dizer que não se pode — sem latente ingenuidade — esperar que a atuação do Ministério Público Federal seja capaz de equacionar, de uma vez por todas, a questão das cesarianas. Nesse sentido, é preciso rememorar que nem mesmo os representantes do MPF nutriam a expectativa de que sua atuação seria capaz de solucionar a questão. Na verdade, enxergavam sua atuação como mero impulsionamento em direção à solução do problema de saúde pública em questão.

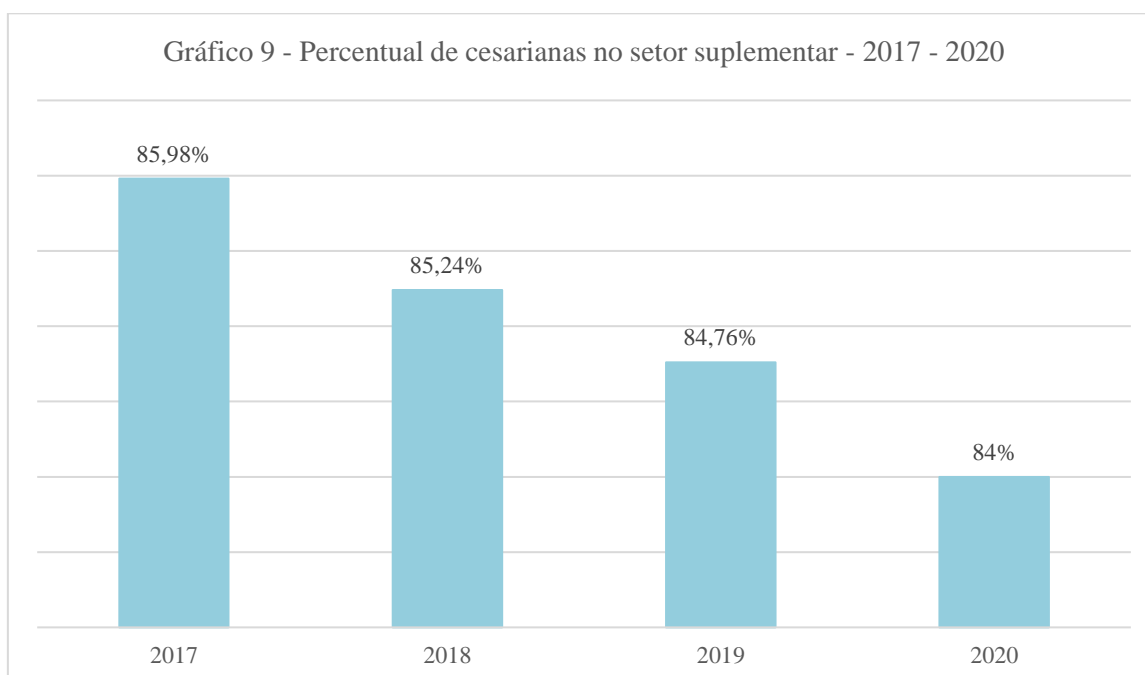
Por essa razão é que a análise do processo trazido ao presente estudo demonstra que, para a solução da questão das cesarianas, seria necessário, no mínimo: (i) modificar, paulatinamente, a perspectiva cultural das mulheres acerca do parto normal; (ii) promover mudanças na formação médica no país para atualização do currículo básico visando um modelo baseado em evidências científicas; (iii) alterar o modelo de remuneração predominante do setor privado — o que envolve os consumidores, os prestadores de serviços e as operadoras de planos privados de assistência à saúde —, para que seja contornada a conveniência financeira da realização de cesarianas; e (iv) modificar o modelo de prestação de assistência ao parto centralizado na figura do médico, a fim de que se aumente os recursos humanos para redistribuição da demanda obstétrica do país entre mais profissionais.

Sem uma análise extensiva das formas de solucionar a problemática e citando-se apenas quatro medidas essenciais para redução do percentual de cesarianas no âmbito da assistência privada, constata-se a amplitude e complexidade de cada uma das medidas a serem adotadas.

Assim, resta evidente que a adoção dessas medidas ultrapassam em muito todo o alcance que a atuação do Ministério Público poderia ter. Trata-se de solução que requer necessariamente o interesse e atuação constante de outros setores, de modo que ao Ministério Público Federal coube somente a tarefa de impulsionar essa atuação.

Contudo, apesar do inquestionável caráter desafiador da problemática e da patente extensividade das medidas a serem adotadas para que se alcançasse a redução do elevado percentual de cesarianas no setor privado, pode-se afirmar que é possível vislumbrar, em análise prospectiva, a eficácia da atuação do Ministério Público Federal, visto que, conforme dados informados pela ANS, desde 2017, o percentual de cesarianas no setor suplementar

reduz a cada ano²⁰¹.



Fonte: Painel de Indicadores da atenção à saúde materna e neonatal. ANS, 2022.

Assim, compreendidas as razões pelas quais o presente estudo não pretende oferecer uma análise da eficácia da atuação do MPF em favor da redução das cesarianas no âmbito da saúde suplementar, deve-se, a despeito da discussão acerca da eficácia, observar a importância das contribuições do Ministério Público Federal. Dito de outro modo, ainda que não se possa, por ora, averiguar a questão da eficácia, é perfeitamente possível, e até mesmo inevitável, reconhecer a grande importância da atuação do MPF na demanda — diferença esta bastante sutil, porém crucial.

Isso porque, passados dezesseis anos desde o início da atuação do Ministério Público Federal, e não obstante os interesses contrários à demanda, o cenário epidêmico de cesarianas, antes sem qualquer atenção além do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar da ANS, atualmente conta com quatro importantes mudanças promovidas normativamente e com a criação de uma relevante política pública: o Projeto Parto Adequado.

A partir dessa análise panorâmica, contempla-se que a questão das cesarianas ganhou espaço midiático, tendo se popularizado entre as beneficiárias e se tornado objeto de

²⁰¹ Os dados referentes aos anos de 2021 e 2022 ainda não estão disponíveis.

discussão articulada entre os setores envolvidos. Ademais, por vias normativas, garantiu-se espaço para maior atuação das enfermeiras obstétricas, tendo sido mitigados, também por meio de instrumentos normativos, os meios pelos quais essas profissionais tinham essa garantia suprimida.

Posteriormente, por meio de estratégias afetas ao mercado regulatório, foram implementadas diretrizes para que fosse dificultada a realização de cesarianas desnecessárias e, por fim, foi criada uma política pública que, de fato, lida com o problema das cesarianas no setor privado em toda a sua complexidade — o que pode representar o início da adequação do Brasil aos parâmetros da comunidade científica internacional.

Não obstante, apesar do valor significativo das conquistas obtidas a partir da atuação do MPF, é possível vislumbrar questionamentos à adequação constitucional do impulsionamento do Poder Executivo pelo Ministério Público Federal realizada no presente caso, razão pela qual, diante da conclusão do presente trabalho, algumas considerações a esse respeito devem ser consignadas.

Nesse sentido, é fundamental lembrar que a Constituição Republicana de 1988 representou um marco crucial na trajetória do Ministério Público no Brasil, dotando-o de proeminência nunca antes ventilada por nenhum outro texto constitucional no ordenamento jurídico pátrio. Pela primeira vez, a Magna Carta prestigiou a referida instituição com um tratamento harmônico e orgânico, disciplinando suas atribuições, reconhecendo-lhe prerrogativas semelhantes às de um verdadeiro Poder de Estado²⁰² e fazendo-a gozar de total independência ante os demais poderes.

Nos ditames do artigo 127 da Lei Fundamental²⁰³, o *Parquet* foi alçado ao posto de instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, tendo como alvo a proteção do regime democrático e dos mais elevados valores constitucionais. Para introduzir o tema abordado neste tópico, é válido lembrar a definição do Ministério Público concebida por Hugo Nigro Mazzilli, grande especialista sobre o tema:

²⁰² Cf. MAZZILLI, Hugo Nigro. Princípios institucionais do Ministério Público brasileiro. **Revista do Ministério Público do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, n. 731, p. 3-4, jan./abr. 2013. Disponível em: <<http://www.mazzilli.com.br/pages/artigos/princinst.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2017.

²⁰³ BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988, artigo 127.

um órgão do Estado (não do governo, nem do Poder Executivo), dotado de especiais garantias, ao qual a Constituição e as leis cometem algumas funções ativas interativas, em juízo ou fora dele, para a defesa de interesses da coletividade, principalmente os indisponíveis e os de larga abrangência social²⁰⁴.

É verdade que a nova ordem constitucional despojou o Ministério Público da representação judicial da União, mas em contrapartida conferiu-lhe a legitimidade para atuar em defesa da ordem jurídica, dos interesses sociais e individuais indisponíveis, do patrimônio público e social, do meio ambiente e dos demais interesses transindividuais (artigos 127 e 129, III, CRFB/1988²⁰⁵), incumbindo-lhe também de zelar pela observância dos direitos constitucionais e serviços de relevância pública por parte dos poderes públicos (artigo 129, II, CRFB c/c artigos 5º, IV e V, e 39, ambos da Lei Complementar nº 75/1993²⁰⁶). De acordo com a magistral lição de Paulo Bonavides, o Ministério Público é "a Constituição em ação, em nome da sociedade, do interesse público, da defesa do regime, da eficácia e salvaguarda das instituições"²⁰⁷.

Todavia, tendo em vista que, nas últimas décadas, a doutrina e a jurisprudência têm progressivamente reconhecido a possibilidade de políticas públicas e atos administrativos a princípio tidos como discricionários serem apreciados e discutidos em Juízo, o Poder Executivo, resistente a essa mudança de paradigmas, tem criticado o ativismo judicial nesse sentido, alegando uma suposta usurpação de competências tipicamente administrativas por parte do Judiciário em resposta à provocação pelo *Parquet*, de modo que a tutela dos interesses transindividuais resta severamente perturbada.

Nessa perspectiva, cumpre observar que o tema do controle dos atos administrativos por meio de ação civil pública não apresenta dificuldades, pois se insere no mesmo contexto dos instrumentos tradicionais do Direito Administrativo e, provavelmente por isso, as ações civis públicas voltadas para impedir a Administração Pública de praticar atos lesivos a interesses difusos ou coletivos não têm suscitado maiores controvérsias.

²⁰⁴ MAZZILLI, Hugo Nígro. **Regime jurídico do Ministério Público**. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2007. p. 105-106.

²⁰⁵ BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988, artigos 127 e 129, III.

²⁰⁶ BRASIL, Lei Complementar nº 75 de 20 de maio de 1993, artigos 5º, IV e V, e 39.

²⁰⁷ BONAVIDES, Paulo. **Teoria constitucional da democracia participativa**: por um direito constitucional de luta e resistência; por uma nova hermenêutica; por uma repolitização da legitimidade. São Paulo: Malheiros, 2003.

Todavia, ao se tratar o tema do controle judicial das omissões administrativas, ou seja, das ações voltadas para exigir do Executivo a implementação de uma prestação positiva, percebe-se maior tensão.

Nesse sentido, como lembra Eduardo Carvalho, há alguns limites ao controle jurisdicional que se apresentam, ao menos à primeira vista, como incontroversos, no que diz respeito, por exemplo, a atos que dependam do Poder Legislativo, como a instituição de tributos, a criação de cargos e a atividade legiferante em geral; ou quanto ao mérito de opções políticas, como a declaração de guerra, a ratificação de tratados, a decretação de estado de sítio, a sanção ou o veto de projeto de lei etc. Esses atos constituem manifestações da vontade política do Estado e, como tal, estão imunes à interferência do Poder Judiciário²⁰⁸. Todavia, como alerta Rodolfo de Camargo Mancuso: “Não há fundamento técnico-jurídico ou argumentação logicamente sustentável que dê respaldo a uma pretensa assimilação entre as políticas públicas e os atos exclusivamente políticos ou puramente discricionários”²⁰⁹.

Isso porque o regime da Constituição não mais reserva a implementação de políticas públicas ao exclusivo arbítrio do Administrador. Antes, impõe deveres ao ente público e sujeita a eventual inobservância desses deveres à atuação do Judiciário. Nessa perspectiva é que se defender que, ainda que o Judiciário não possa criar políticas públicas, pode impor a execução daquelas estabelecidas na lei ou na Constituição.

Como defende Eduardo Carvalho, a partir do momento em que a Carta Magna institui a tutela da saúde, da educação, do meio-ambiente e de tantos outros direitos sociais e interesses difusos e coletivos, expressa ou implicitamente, como deveres do Estado, nesse mesmo instante cessa de haver autonomia para que o Executivo decida unilateralmente sobre a "oportunidade e conveniência" da implementação desses direitos²¹⁰.

²⁰⁸ CARVALHO, E. S. Ação Civil Pública: instrumento para a implementação de prestações estatais positivas. **Revista do Ministério Público do Rio de Janeiro**: MPRJ, n. 20, jul./dez., 2004, p. 71. Disponível em: https://www.mprj.mp.br/documents/20184/2784909/Eduardo_Santos_de_Carvalho.pdf. Acesso em: 14 jul. 2022.

²⁰⁹ CARVALHO, E. S. apud MANCUSO, R. C. Ação Civil Pública: instrumento para a implementação de prestações estatais positivas. **Revista do Ministério Público do Rio de Janeiro**: MPRJ, n. 20, jul./dez., 2004, p. 71. Disponível em: https://www.mprj.mp.br/documents/20184/2784909/Eduardo_Santos_de_Carvalho.pdf. Acesso em: 14 jul. 2022.

²¹⁰ CARVALHO, E. S. op. cit., p. 72.

Em síntese: onde há dever legal, não pode haver opção discricionária pela omissão e inércia, o que evidentemente caracterizou a postura da ANS até a sua provocação pelo Ministério Público Federal.

Por essas razões, defende-se no presente estudo o postulado da efetividade da tutela coletiva: se a Constituição e a lei impõem obrigações ao Executivo, decorre de imperativo constitucional que se reconheça ao Ministério Público, instituição destinada para a defesa dos interesses sociais, o recurso aos meios jurisdicionais para assegurar o cumprimento desses deveres.

CONCLUSÃO

Desde a abertura da presente exposição, esclareceu-se que a problemática tratada no presente estudo — o elevado percentual de cesarianas no setor privado — deveria ser enxergado no contexto em que a permissão da exploração econômica da saúde insculpida no artigo 199 da Constituição não isenta a iniciativa privada de perseguir os princípios constitucionais na prestação da saúde, dado que, antecipadamente, o artigo 197 da Carta Magna²¹¹ assentou a relevância pública das ações e serviços de saúde, devendo o Poder Público regulamentar, fiscalizar e controlar, inclusive, a prestação de serviços de saúde por pessoa jurídica de direito privado. Dessa forma, a assistência suplementar à saúde não pode concretizar-se à parte dos ditames constitucionais ou, de algum modo, violar o direito à saúde. Primeiro, em virtude da proteção constitucional à saúde; e segundo, por causa do amparo constitucional ao consumidor.

Com esse pano de fundo, foi estabelecido o motivo pelo qual o cenário epidêmico de cesarianas no setor suplementar no Brasil deve ser problematizado, o que, de fato, foi feito pelo Ministério Público Federal a partir de 2006. Ante o caminho trilhado neste estudo, exibem-se algumas considerações finais.

À luz disso, o primeiro capítulo apresenta a assistência ao parto oferecida no âmbito da saúde suplementar para que se compreenda as razões pelas quais o setor privado no Brasil chama a atenção dos organismos internacionais. Posteriormente, por meio de uma breve apresentação do desenvolvimento da assistência ao parto no Brasil, buscou-se compreender de que modo as origens da parturição no Brasil contribuíram, primeiro, para a eclosão de uma verdadeira epidemia de cesarianas e, segundo, para o surgimento de um processo de humanização da assistência ao parto em resposta ao primeiro.

Ao término do primeiro capítulo foi demonstrado de que maneira o setor suplementar e, mais especificamente, a Agência Nacional de Saúde Suplementar, em inquestionável omissão e inércia, não acompanhou o setor público na busca pela humanização da assistência ao parto,

²¹¹ Art. 197, da CRFB: “São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.”

razão pela qual se transformou em alvo de impulsionamento por parte do Ministério Público Federal.

Ato contínuo, no capítulo dois, explicitou-se como se desenvolveu, nos últimos dezesseis anos, a atuação do *Parquet* no bojo Procedimento Administrativo nº 1.34.001.004458/2006-98, que teve como objeto o elevado número de cesarianas no âmbito da saúde suplementar, e na Ação Civil Pública nº 0017488-30.2010.4.03.6100, proposta pelo Ministério Público Federal em face da Agência Nacional de Saúde Suplementar a partir do apurado no procedimento administrativo mencionado.

Finalmente, no último capítulo, sem a pretensão de se chegar a conclusões analíticas acerca da eficácia, foram elencadas as contribuições decorrentes da atuação do órgão ministerial em prol da humanização da assistência ao parto no setor suplementar por intermédio da redução do índice de cesarianas para discussão de sua importância e adequação constitucional. Primeiro, foram listadas as contribuições decorrentes da instauração do Procedimento Administrativo nº 1.34.001.004458/2006-98 e, depois, os resultados obtidos a partir da propositura da Ação Civil Pública nº 0017488-30.2010.4.03.6100.

Nesse sentido, restou evidente que, passados dezesseis anos desde o início da atuação do Ministério Público Federal, e não obstante os interesses contrários à demanda, o cenário epidêmico de cesarianas, antes sem receber qualquer atenção para além da elaboração do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar da ANS, atualmente conta com quatro importantes mudanças promovidas na seara normativa e com a criação de uma relevante política pública: o Projeto Parto Adequado.

A partir dessa análise panorâmica, contempla-se que a questão das cesarianas ganhou espaço midiático, tendo se popularizado entre as beneficiárias e se tornado objeto de discussão articulada entre os setores envolvidos. Ademais, por vias normativas, garantiu-se espaço para maior atuação das enfermeiras obstétricas, tendo sido mitigados, também por meio de instrumentos normativos, os meios pelos quais essas profissionais tinham essa garantia suprimida.

Posteriormente, por meio de estratégias afetas ao mercado regulatório, foram implementadas diretrizes para que fosse dificultada a realização de cesarianas desnecessárias

e, por fim, foi criada uma política pública que, de fato, lida com o problema das cesarianas no setor privado em toda a sua complexidade — o que pode representar o início da adequação do Brasil aos parâmetros da comunidade científica internacional.

Ante o exposto, acredita-se que o presente trabalho contribui para uma análise da importância da atuação do Ministério Público Federal tanto por meios extraprocessuais quanto por intermédio do processo judicial na proteção de direitos transindividuais e, no caso em tela, na garantia do direito à saúde de parturientes e nascituros. Com efeito, vislumbra-se que o impulsionamento promovido pelo MPF, amplamente discutido no caso em tela, tenha funcionado como o primeiro passo para um provável princípio de resolução do problema das cesarianas, cenário o qual, ainda longe de atingir patamares minimamente satisfatórios de adequação aos parâmetros internacionais, configura grave problema de saúde pública no Brasil.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Parto normal está no meu plano. **ans.gov.br**, [S.l.], 28 jan. 2008, 03:00. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/parto-normal-esta-no-meu-plano>. Acesso em: 15 set. 2022.

_____. **Estímulo ao Parto Normal – ANS: RN nº 368/2015**. Rio de Janeiro: ANS, jul. 2015, p. 1-27. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/participacao-da-sociedade/comites-e-comissoes/cosaude-comite-permanente-de-regulacao-da-atencao-a-saude/atas-e-reunioes/11/cosaude-11-reuniao-apresentacao.pdf>. Acesso e: 16 ago. 2022.

_____. **Mapa assistencial da saúde suplementar** [recurso eletrônico]. Rio de Janeiro: ANS, jan. 2017. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiZDFkODkxNzMtODgwNC00ZTFiLTg2MzUtZmEwNDViNmU1ZWl4IiwidCI6IjlkYmE0ODBJLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9>. Acesso em: 16 ago. 2022.

_____. **Projeto Parto Adequado: Resultados da fase 2 e próximos passos**. [recurso eletrônico]. Rio de Janeiro: ANS, jun. 2018. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/participacao-da-sociedade/camss-camara-de-saude-suplementar/apresentacao_css/94_apresentacao_projeto_parto_adequado.pdf. Acesso em: 12 ago. 2022.

_____. **Nota Técnica nº 381/2020/GEEIQ/DIRAD-DIDES/DIDES**. [Recurso eletrônico]. [S. l.], p. 1-18. ANS, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/participacao-da-sociedade/consultas-publicas/cp79/minuta_da_nota_tecnica_381.pdf. Acesso em: 5 de nov. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR; SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA HOSPITAL ALBERT EINSTEIN; INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. **Cartilha nova organização do cuidado ao parto e**

nascimento para melhores resultados de saúde: Projeto Parto Adequado - fase 1. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2016, p. 1-49. Disponível em: https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/web_total_parto_adequado.pdf. Acesso em: 15 ago. 2022.

ALMEIDA, G. A. O Ministério Público no Neoconstitucionalismo: perfil constitucional e alguns fatores de ampliação de sua legitimação social. **Revista do Ministério Público do Rio de Janeiro:** MPRJ, n. 53, p. 1-48, jul./set., 2014. Disponível em: <https://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistajuridicafafibe/sumario/5/14042010170607.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2022.

BONAVIDES, Paulo. **Teoria constitucional da democracia participativa:** por um direito constitucional de luta e resistência; por uma nova hermenêutica; por uma repolitização da legitimidade. São Paulo: Malheiros, 2003.

BOUTSIKOU, T.; MALAMITSI-PUCHNER, A. Caesarean section: impact on mother and child. **Acta Paediatr.** [S.l.], p. 1518-22, dez. 2011. DOI: 10.1111/j.1651-2227.2011.02477.x. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21950660/>. Acesso em: 16 set. 2022.

BRASIL. **Lei n. 7.347, de 24 de julho de 1985.** Disciplina a ação civil pública de responsabilidade por danos causados ao meio-ambiente, ao consumidor, a bens e direitos de valor artístico, estético, histórico, turístico e paisagístico e dá outras providências. Brasília, 24 jul 1985. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7347Compilada.htm. Acesso em: 28 out. 2017.

_____. Congresso Nacional. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. **Lei n. 8.078, de 11 de setembro de 1990.** Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Brasília, 11 set 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8078.htm. Acesso em: 8 out. 2017.

_____. **Lei n. 8.625 de 12 de fevereiro de 1993.** Institui a Lei Orgânica Nacional do Ministério Público, dispõe sobre normas gerais para a organização do Ministério Público dos

Estados e dá outras providências. Brasília, 12 fev 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8625.htm>. Acesso em: 26 out. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 985, de 5 de agosto de 1999**. Cria o Centro de Parto Normal-CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, para o atendimento à mulher no período gravídico-puerperal. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: <https://www.diariodasleis.com.br/busca/exibelink.php?numlink=1-92-29-1999-08-05-985>. Acesso em: 12 jul. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 1.406, de 15 de dezembro de 1999**. Aprova o Regulamento do Prêmio Nacional Galba de Araújo. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_espelho_consulta.cfm?id=3606487&highlight=&tipoBusca=post&slcOrigem=0&slcFonte=0&sqlcTipoNorma=&hdTipoNorma=&buscaForm=post&bkp=pesqnorma&fonte=0&origem=0&sit=0&assunto=&qtd=10&tipo_norma=&numero=1406&data=&dataFim=&ano=1999&pag=1. Acesso em: 12 jul. 2022.

_____. **Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000**. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm. Acesso em: 12 jul. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 569, de 1º de junho de 2000**. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000.html. Acesso em: 12 jul. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 466, de 14 de junho de 2000**. Estabelece como competência dos estados e do Distrito Federal a definição de limite, por hospital, de percentual máximo de cesarianas em relação ao número total de partos realizados e ainda a definição de outras estratégias para a obtenção de redução destes procedimentos no âmbito do estado. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em:

<https://www.abenforj.com.br/site/arquivos/outros/Portaria%20466.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 693, de 5 de julho de 2000**. Aprova a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0693_05_07_2000.html. Acesso em: 12 jul. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 653, de 28 de maio de 2003**. Estabelece o óbito materno como evento de notificação compulsória. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=185373>. Acesso em: 12 jul. 2022

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p. 1-82. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 24 ago. 2022.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Qualificação da Saúde Suplementar: uma nova perspectiva no processo de regulação**. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2004, p. 1-50. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualificacao_saude_sup/pdf/completo.pdf. Acesso em: 27 ago. 2021

_____. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, 7 de abr. 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm. Acesso em: 11 set. 2022.

_____. Conselho Nacional do Ministério Público. Resolução nº 23, de 17 de setembro de 2007. Regulamenta os artigos 6º, inciso VII, e 7º, inciso I, da Lei Complementar nº 75/93 e os artigos 25, inciso IV, e 26, inciso I, da Lei nº 8.625/93, disciplinando, no âmbito do Ministério Público, a instauração e tramitação do inquérito civil. Disponível em: <<http://www.cnmp.mp.br/portal/images/Resolucoes/Resolu%C3%A7%C3%A3o-0231.pdf>>. Acesso em: 1 nov. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretoria Colegiada. **Resolução Normativa nº 167, de 9 de janeiro de 2008.** Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, fixa as diretrizes de Atenção à Saúde e dá outras providências. Brasília: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rol_procedimentos_eventos_saude.pdf. Acesso em: 15 jun. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria MS/GM nº 3.136, de 24 de dezembro de 2008.** Define o repasse de incentivo financeiro aos Hospitais Maternidade de Referência do Sistema Único de Saúde, para se adequarem aos requisitos de ambiência e humanização para atenção ao parto e ao nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt3136_24_12_2008.html. Acesso em: 12 jul. 2022

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil:** cenários e perspectivas. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2008, p. 1-159. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_parto_web.pdf. Acesso em: 16 set. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria MS/SVS nº 116, de 11 de fevereiro de 2009.** Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível

em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/prt0116_11_02_2009.html. Acesso em: 12 jul. 2022

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais**: o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares. Brasília: Ministério da Saúde, 2010, p. 1-92. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto_nascimento_domiciliar_parteiras.pdf. Acesso em: 10 set. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria MS/GM nº 1.456, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 12 jul. 2022

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2011**: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2012, p. 373-394. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/12834/1/CAPITULO_CesarianasNoBrasil.pdf. Acesso em: 25 jun. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Relatório de Recomendação CONITEC nº 179. **Diretrizes de Atenção à Gestante**: a operação cesariana. Brasília: Ministério da Saúde, 2015, p. 1-106. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes-Cesariana_final.pdf. Acesso em: 27 ago. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretoria Colegiada. **Resolução Normativa nº 368, de 6 de janeiro de 2015**. Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar. Brasília: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2015. Disponível em:

https://www.ahseb.com.br/wp-content/uploads/2015/05/RN_N%C2%BA368.pdf. Acesso em: 15 jun. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria MS/SAS nº 306, de 28 de março de 2016**. Aprova as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt0306_28_03_2016.html. Acesso em: 12 jul. 2022

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Glossário Temático: saúde suplementar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017, p. 1-146. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_saude_suplementar_3ed.pdf. Acesso em: 14 jun. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução GM/MS/CIT nº 42, de 13 de dezembro de 2018**. Aprova as diretrizes e estratégias para elaboração do plano de enfrentamento da Mortalidade Materna e na Infância, no contexto da agenda 2030 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, e dá outras providências. Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0042_28_11_2018.html#:~:text=Aprov%20as%20diretrizes%20e%20estrat%C3%A9gias,Sustent%C3%A1vel%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%A2ncias. Acesso em: 12 jul. 2022

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretoria Colegiada. **Resolução Normativa nº 465, de 24 de fevereiro de 2021**. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde que estabelece a cobertura assistencial obrigatória a ser garantida nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e naqueles adaptados conforme previsto no artigo 35 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998; fixa as diretrizes de atenção à saúde; e revoga a Resolução Normativa – RN nº 428, de 7 de novembro de 2017, a Resolução Normativa – RN n.º 453, de 12 de março de 2020, a Resolução Normativa – RN n.º 457, de 28 de maio de 2020 e a RN n.º 460, de 13 de agosto de 2020. Brasília: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2021. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-normativa-rn-n-465-de-24-de-fevereiro-de-2021-306209339>. Acesso em: 15 jun. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Recomendação nº 11, de 7 de maio de 2021**. Recomenda orientações ao Poder Executivo Federal sobre o Programa Parto Adequado. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1731-recomendacao-n-011-de-07-de-maio-de-2021>. Acesso em: 27 ago. 2021.

BRENES, A. C. História da Parturição no Brasil, Século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 135-149, abr.-jun. 1991. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/xFmLWvbx9BRGyJXW38gFXpP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2022.

CARVALHO, E. S. Ação Civil Pública: instrumento para a implementação de prestações estatais positivas. **Revista do Ministério Público do Rio de Janeiro: MPRJ**, n. 20, jul./dez., 2004, p. 67-92. Disponível em: https://www.mprj.mp.br/documents/20184/2784909/Eduardo_Santos_de_Carvalho.pdf. Acesso em: 14 jul. 2022.

CASTRO, J. C.; CLAPIS, M. J. Parto Humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. **Revista Latino-Americana Enfermagem**: [S. l.], v. 13, n. 6, p. 960-967, nov./dez., 2005. DOI: 10.1590/S0104-11692005000600007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/Knt68fNqyMHvLfw5wRks8tH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 jul. 2022.

COELHO, C. A. **O processo de mercantilização das cesarianas no Brasil**. 2017. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017, p. 1-132. Disponível em: <https://www.bdt.d.uerj.br:8443/bitstream/1/4381/1/Dissertacao%20Cleydson%20Coelho.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2021.

COMISSÃO DE PARTO NORMAL; VINAGRE, J. F. M. (org.). **Projeto de intervenção para melhorar a assistência obstétrica no setor suplementar de saúde e para o incentivo ao parto normal**. 2009, p. 1-8. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/projeto_intervencao_melhorar_obstetrica_suplementar.pdf. Acesso em: 11 set. 2022

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 10, n. 3, p. 627-637, set. 2005. DOI: 10.1590/S1413-81232005000300019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JQVbGPcVFfy8PdNkYgJ6ssQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 jul. 2022.

DOMINGUES, R. M. S. M et al. Fatores contextuais na análise da implantação de uma intervenção multifacetada em hospitais privados brasileiros: reflexões iniciais da pesquisa avaliativa “Nascer Saudável”. **Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical**, [S. l.], supl. 1, p. 47-55, 2019. Disponível em: Acesso em: 15 ago. 2022.

ENTRINGER, A. P. *et al.* Impacto orçamentário do parto vaginal espontâneo e da cesariana eletiva sem indicação clínica no Brasil. **Revista Panamericana Salud Publica**, [S.l.], v. 42, e. 116, p. 1-7, set. 2018. DOI: 10.26633/RPSP.2018.116. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49456/v42e1162018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 27 ago. 2021.

ENTRINGER, A. P.; PINTO, M. F. T.; GOMES, M. A. S. M. Análise de custos da atenção hospitalar ao parto vaginal e à cesariana eletiva para gestantes de risco habitual no Sistema Único de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1527-1536, abr. 2019. DOI: 10.1590/1413-81232018244.06962017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/WxFKgfN6FFYmTf3HFgtxsfR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 ago. 2021.

FAÚNDES, A.; CECCATI, J. G. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 150-173, jun. 1991. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/9xcHKxSZG77NTjTZqCG6zmy/?lang=pt>. Acesso em: 27 ago. 2021.

GAVRONSKI, A. A. **Técnicas extraprocessuais de tutela coletiva**: a efetividade da tutela coletiva fora do processo judicial. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010. p. 1-460.

GIBBONS, L. *et al.* The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage. **World Health Report (2010)**, Genebra, Background Paper n° 30, p. 1-32, 2010. Disponível em: <https://www.birthbythenumbers.org/wp-content/uploads/2012/11/overuse-and-underuse-cesareans-global.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2021.

GOMES, E. V. **Inquérito civil público**: atribuição para instauração. 2014. 57 f. Monografia (Graduação em Direito) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2014. p. 11. Disponível em: <http://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/37586/37.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 18 ago. 2022.

GUIDI, S. **Serviços Públicos de Saúde**: Credenciamento, Permissão e Parcerias Público-Privadas. São Paulo: Quartier Latin, 2019, p. 1-250.

LAGO, T. D. G.; LIMA, L. P. Assistência à gestação, ao parto e ao puerpério: diferenciais regionais e desigualdades socioeconômicas. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006**: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2009, p. 151-70. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf. Acesso em: 10 out. 2022.

LEAL, M. C (coord.). **Nascer no Brasil**: Sumário Executivo Temático de Pesquisa. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2013, p. 1-8. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2021

LEAL, M. C. **Nascer Saudável**: estudo prospectivo de avaliação da implantação e dos efeitos de intervenção multifacetada para melhoria da qualidade da atenção ao parto e nascimento em hospitais no Brasil. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2017, p. 1-34. Disponível em: <http://arch.ensp.fiocruz.br/uploads/r/fundacao-oswaldo-cruz-casa-de-oswaldo->

cruz/2/7/9/279c16d757b42f68ac7a09f6d871a317498d6a47511c1991ea7dec94995b2869/Projeto_Nascer_Saudavel_2018.pdf. Acesso em: 15 ago. 2022.

LEISTER, N. **Transformações no modelo assistencial ao parto**: história oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980. 2011. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011, p. 1-174. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-17082011-103650/publico/Nathalie_Leister.pdf. Acesso em: 10 out. 2022.

LEITE, A. E. B. *et al.* Museu do parto humanizado: Uma homenagem à Galba Araújo. **Revista Encontros Universitários da UFC**. Fortaleza, v. 3, n. 1, p. 1, out. 2018. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/eu/article/view/37525>. Acesso em: 12 jul. 2022.

LIMA, A. C. F. B. **Fatores de risco para prematuridade em recém-nascidos de mães com pré-eclâmpsia**. 2007, p. 1-62. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife. Disponível em: https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/9654/1/arquivo8399_1.pdf. Acesso em: 17 ago. 2022.

LIMA, W. S. *et al.* Assistência ao parto e suas mudanças ao longo do tempo no Brasil. **Revista Multidebates**, Palmas, v.2, n.2, p. 41-58, set. 2018. Disponível em: <https://revista.faculdadeitop.edu.br/index.php/revista/article/view/117/87>. Acesso em: 12 jul. 2022

LIMA, G. A. F.; LOPES, M. C. A. **Violência Obstétrica**: Riscos do uso da manobra de Kristeller durante o parto. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – Distrito Federal, 2019, p. 1-22. Disponível em: https://dspace.uniceplac.edu.br/bitstream/123456789/312/1/Geovana_0003971_Maria_Clara_0003676. Acesso em: 5 de nov. 2022.

MARQUES, R. A. **Assistência ao parto na saúde suplementar**. 2019. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019, p. 1-130. Disponível em:

<https://teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-10072019-142048/publico/RaqueldeAlmeidaMarquesVersaoCorrigida.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2021.

MARTINS, A. P. V. Memórias maternas: experiências da maternidade na transição do parto doméstico para o parto hospitalar. **História Oral**, [S.l.], v. 8, n. 2, p. 61-76, jul./dez. 2005. DOI: 10.51880/ho.v8i2.174. Disponível em: <https://revista.historiaoral.org.br/index.php/rho/article/view/174/179>. Acesso em: 10 out. 2022.

MARTINS, A. P. V. “Vamos criar seu filho”: os médicos puericultores e a pedagogia materna no século XX. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, v.15, n.1, p. 135-154, jan./mar. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/zN9KHmxCgGdvSQB9gSdzSHw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2022.

MAZZILLI, Hugo Nigro. **Regime jurídico do Ministério Público**. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2007. p. 105-106.

MAZZILLI, Hugo Nigro. Princípios institucionais do Ministério Público brasileiro. **Revista do Ministério Público do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, n. 731, p. 3-4, jan./abr. 2013. Disponível em: <<http://www.mazzilli.com.br/pages/artigos/princinst.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2017.

MAZZILLI, H. N. **O inquérito civil**: investigações do Ministério Público, compromissos de ajustamento e audiências públicas. 4. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2015. p. 1-457.

MAZZILLI, H. N. **A defesa dos interesses difusos em juízo**: meio ambiente, consumidor, patrimônio cultural, patrimônio público e outros interesses. 29. ed. rev., ampl. e atual. São Paulo: Saraiva, 2016. p. 1-1008.

MELLO, C. A. B. **Curso de direito administrativo**. São Paulo: Malheiros, 2010. p. 1-1042.

MENDES, Y. M. M. B.; RATTNER, D. Estrutura e práticas de hospitais integrantes do Projeto Apice ON: estudo de linha de base. **Revista de Saúde Pública**: [S. l.], v. 54, p. 10-23, jun. 2020. DOI: 10.11606/s1518-8787.2020054001497. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/166405>. Acesso em: 14 jul. 2022.

MOTT, M. L. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830-1960). **Projeto História**, São Paulo, v. 25, p. 197-219, dez. 2002. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/revph/article/view/10588/7878>. Acesso em: 10 out. 2022.

MOTT, M. L. Atendimento ao parto em São Paulo: o serviço obstétrico domiciliar. In: COSTA, C. L.; SCHMIDT, S. P. (org.). **Poéticas e políticas feministas**. Florianópolis: Mulheres; 2004. p. 113-23. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-422098>. Acesso em: 10 out. 2022.

NEGRÃO, A. C. B. M. **Iniciativas para diminuir o número de cesáreas excessivas no Brasil**: Projeto Parto Adequado. 2017. Dissertação (Mestre em Gestão e Políticas Públicas) – Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2017, p. 1-29. Disponível em: https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/18978/MPGPP_Trabalho%20Individual_Ana%20Carolina%20B.M.Negr%c3%a3o_25.10.17%20VF.PDF?sequence=4&isAllowed=y. Acesso em: 10 out. 2022.

NEME, B. **Obstetrícia básica**. 1 ed. São Paulo: Sarvier, 1994, p. 1-1380.

OLIVEIRA, R. R. *et al.* Factors associated to caesarean delivery in public and private health care systems. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, set-out. 2016, p. 733-740. DOI: 10.1590/S0080-623420160000600004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/tTDrBK98SrhZLBtvqPKkj8R/?format=pdf&lang=en> Acesso em: 27 ago. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Recomendaciones de la OMS sobre el Nacimiento – Declaración de Fortaleza**. Genebra: WHO, 1985, p. 1-4. Disponível em: <https://www.ascalema.es/wp-content/uploads/2014/10/OMS.-Recomendaciones-de-la-OMS-sobre-el-nacimiento.-Declaraci%C3%B3n-de-Fortaleza-1985.-Recomendaciones-de-la-OMS-para-la-Atenci%C3%B3n-intraparto-1999.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. World Health Organization Partograph in Management of Labour: Maternal Health and Safe Motherhood Programme. **Lancet**, [S. l.], v. 343, i. 8910, p. 1399-1404, jun. 1994. DOI: 10.1016/S0140-6736(94)92528-3. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(94\)92528-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(94)92528-3/fulltext). Acesso em: 12 ago. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cuidados en el parto normal**: uma guia práctica. Genebra: WHO, 1996, p. 1-72. Disponível em: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0063.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. Genebra: WHO, 2015, p. 1-8. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=8E015478F1BE263022FAB6F0E549B1C6?sequence=3. Acesso em: 27 ago. 2021.

OSAVA, R. H. **Assistência ao parto no Brasil**: o lugar dos não-médicos. 1997. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997, p. 1- 137. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-10032020-120733/publico/DR_325_Osava_1997.pdf. Acesso em: 10 out. 2022.

PEÑA, S. R.; GOMES, C. R. G. Episiotomia e suas implicações. **Arquivos do Mudi**, Maringá, v. 20, n. 1, p. 25-37, set. 2016. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ArqMudi/article/view/32463/pdf>. Acesso em: 10 out. 2022.

PSCHEIDT, K. R. **Agência Nacional de Saúde Suplementar**: O Estado e a Saúde Privada no Brasil. Curitiba: Edição do Autor, 2014, p. 1-91.

REHUNA; UNICEF; RATTNER, D. (org.). **Assistência ao parto e nascimento**: uma agenda para o século 21. 1. ed. Brasília: Unicef; Rehuna, 2021, p. 1-148. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/media/17491/file/assistencia-ao-parto-e-nascimento-uma-agenda-para-o-seculo-21.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2022.

SALAZAR, A. L.; RODRIGUES, K.; JÚNIOR, V. S. N. Direito sanitário e saúde pública. In: ARANHA, Márcio Iorio (org.). **Direito Sanitário e da Saúde**: Coletânea de Textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. p. 333-362. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direito_san_v1.pdf. Acesso em: 27 ago. 2021.

SANTOS, H. F. L.; ARAÚJO, M. M. Políticas de humanização ao pré-natal e parto: uma revisão de literatura. **Revista Científica FacMais**, [S. l], v. 6, n. 2, p. 54-64, 1º sem. 2016. Disponível em: <https://revistacientifica.facmais.com.br/wp-content/uploads/2016/07/Artigo-6-POL%20TICAS-DE-HUMANIZA%20O-PR%20NATAL-E-PARTO.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2022

SCHÖNBORN, C. L. P. S. **Análise das Políticas Públicas da ANS, MS e Anvisa para reduzir a taxa de cesáreas no Brasil**. 2019. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) – Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2019, p. 1-67. Disponível em <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/28547/201908%20R4%20PDF%20-%20DISSERTA%20MAP%202017%20V.pdf?sequence=1&isAllwed=y>. Acesso em: 27 ago. 2021

STJ. RECURSO ESPECIAL: REsp 572070 PR 2003/0128035-1. Relator: Ministro João Otávio de Noronha. DJ: 16/03/2004. **STJ Jus**, 2004. Disponível em: <https://processo.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/toc.jsp?livre=%28RESP.clas.+e+%40num%3D%22572070%22%29+ou+%28RESP+adj+%22572070%22%29.suce>. Acesso em: 12 ago. 2022.

VALENTE, T. R. **Ação Civil Pública**: A tutela dos direitos difusos, coletivos e individuais homogêneos na esfera trabalhista. 2001. Dissertação (Mestrado em Direito do Trabalho) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001, p. 1-221. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/teste/arqs/cp040969.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2022.

VENDRÚSCOLO, C. T.; KRUEL, C. S. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito ao objeto. **Disciplinarum Scientia**, Santa Maria, v. 16, n. 1, p.

95-107, set. 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/article/view>. Acesso em: 10 out. 2022.

VILLAR, J. *et al.* Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. **Lancet**, [S.l.], p. 1819-29, jun. 2006. DOI: 10.1016/S0140-6736(06)68704-7. Disponível em: [//pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16753484/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16753484/). Acesso em: 10 jul. 2022.

VILLAR, J. *et al.* Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. **BMJ**, [S.l.], p. 1-11, nov. 2007. DOI: 10.1136/bmj.39363.706956.55. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17977819/>. Acesso em: 10 jul. 2022.