

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL

CAROLINE DALMORO

**PAGAMENTOS EFETUADOS PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
AOS PROCEDIMENTOS DE PARTO NORMAL E CESÁREA NAS
REGIÕES BRASILEIRAS, 2015**

Porto Alegre
2016

CAROLINE DALMORO

**PAGAMENTOS EFETUADOS PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
AOS PROCEDIMENTOS DE PARTO NORMAL E CESÁREA NAS
REGIÕES BRASILEIRAS, 2015**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Saúde Pública – Faculdade de Medicina – da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Porto Alegre

2016

RESUMO

Introdução: O Brasil vive uma epidemia de operações cesarianas, com aumento progressivo da taxa desde a década de 1970, atingindo índices de 85% de partos cesáreas no setor privado e 40% no setor público em 2012. **Objetivo:** Descrever o montante de recursos alocados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) aos procedimentos de parto normal e cesárea, segundo as regiões brasileiras, em 2015, estimando a redução de gastos caso a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) quanto à prevalência de partos cesáreas fosse considerada (10 a 15%). **Métodos:** Emprego de dados secundários presentes no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS). As variáveis consideradas foram: tipo de parto (cesárea e normal), região de ocorrência, tipo de serviço público, média de tempo de permanência hospitalar e valor da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) paga, em 2015. **Resultados:** No ano de 2015 ocorreram 984.307 internações para realizações de parto nas cinco regiões brasileiras, sendo 36,2% partos cesáreas. As regiões Nordeste e Sudeste foram as duas regiões que se destacaram com os maiores números de partos normais e cesáreas. A média geral em dias de internação para parto nas cinco regiões foi de 3,2 dias. No mesmo ano foram gastos aproximadamente 650 milhões de reais, 45% deste total em partos cesáreas. Caso a prevalência máxima proposta pela OMS fosse considerada, haveria uma redução potencial de gastos na ordem de 57,7 milhões de reais. **Conclusão:** Os dados encontrados apontaram que partos cesáreas estão acima da média recomendada em todas as regiões brasileiras. As regiões Nordeste e Sudeste se destacaram por representar potencialmente a maior redução na estimativa de gastos, mais de 40 milhões de reais (69,6% de toda redução considerada).

Palavras-chave: Administração e Planejamento em Saúde. Gestão em Saúde. Políticas de Saúde. Economia da Saúde. Parto. Cesárea.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

SIH/SUS - Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Número de partos normal e cesáreas por região, Brasil, 2015.	12
Tabela 2 – Média de permanência hospitalar (em dias) de partos normal e cesáreas por região, Brasil, 2015.	13
Tabela 3 – Valor total pago nas internações de partos normal e cesáreas por região, Brasil, 2015.	14
Tabela 4 – Valor médio pago por AIH de partos normal e cesáreas por região, Brasil, 2015.	15
Tabela 5 – Estimativa de redução de gastos por região, Brasil, 2015.....	16

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	06
2 CONTEXTO DO ESTUDO	07
3 OBJETIVOS	10
3.1 Objetivo geral	10
3.2 Objetivos específicos	10
4 MÉTODOS	11
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	12
6 CONCLUSÃO.....	17
REFERÊNCIAS.....	18

1 INTRODUÇÃO

O Brasil vive uma epidemia de operações cesarianas. A taxa de partos cesáreas tem aumentado progressivamente desde a década de 1970, quando era de 14,6%, passando a 31% na década seguinte e atingindo 85% no setor privado e 40% no setor público em 2012 (FAÚNDES; CECATTI, 1991; BRASIL, 2015a).

Quando realizadas por motivos médicos, as cesarianas podem reduzir a mortalidade e morbidade materna e perinatal. Desde 1985 a taxa segura de cesáreas recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é de 15%. Esta taxa surgiu a partir de uma declaração feita por um grupo de especialistas em saúde reprodutiva, baseada em revisão dos poucos dados disponíveis na época, provenientes principalmente de países no norte da Europa, que mostravam ótimos resultados maternos e perinatais com essas taxas de cesárea (OMS, 2015). No caso específico do Brasil, se estima que 560 mil cesarianas sejam realizadas sem a real necessidade por ano. Este número impactante tem chamado a atenção para as possíveis consequências negativas sobre a saúde materno-infantil e também em relação aos custos para os sistemas de saúde, pois os recursos financeiros, muitas vezes escassos, são extremamente necessários e importantes para melhorar o acesso aos cuidados maternos e infantis (ZORZETO, 2006; OMS, 2015).

Em 2015 ocorreram 2.211.997 internações por gravidez, parto e puerpério em mulheres entre 10 e 59 anos, representando 51,2% do total de internações em todo país (BRASIL, 2015b). Diante desse quadro, o interesse por este estudo deve-se ao fato de que não há publicações recentes que apontem o impacto financeiro nas contas do Sistema Único de Saúde (SUS) por este tipo de procedimento, ainda que a principal causa de internação hospitalar seja a realização de parto. Nesse sentido, este estudo justifica-se pela necessidade de repensar a forma de nascimento e a prática obstétrica no Brasil, centrada no parto cirúrgico – cesárea, por meio da análise financeira de recursos pagos pelo Sistema Único de Saúde aos procedimentos de parto normal e cesárea.

2 CONTEXTO DO ESTUDO

O modelo de atenção a partos e nascimentos no Brasil sofreu modificações importantes a partir do século XX. A assistência era prestada majoritariamente por obstetrias e parteiras e o evento era domiciliar. A partir do século XX, o parto tornou-se um evento predominantemente hospitalar e assistencialista. Esse processo de hospitalização do parto foi fundamental para o desenvolvimento do saber médico, culminando com o estabelecimento da medicalização do corpo feminino (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005; BRASIL, 2012).

Nas últimas 4 décadas, o padrão de nascimentos no Brasil mudou, sendo que 98% dos partos ocorrem em unidades de saúde. A prática cirúrgica (cesariana) se tornou a via de parto mais comum, chegando a 85% dos partos nos serviços privados e uma taxa consideravelmente menor, mas, ainda assim, elevada, de 40%, no sistema público de saúde (BRASIL, 2015a).

As cesáreas têm se tornado cada vez mais frequentes, tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento. A taxa ideal de cesárea é considerada desde 1985 entre 10% e 15% (OMS, 2015). Faúndes e Cecatti (1991) já alertavam para a alta incidência de parto cesárea no Brasil no início dos anos 1990. Apontaram ser um fenômeno comum a quase todos os países do mundo, porém em nenhum outro país a curva de aumento era tão acentuada e as taxas tinham alcançado níveis tão altos como no Brasil.

Alguns fatores contribuíram para o aumento desses índices, como a evolução das técnicas cirúrgicas e anestésicas, a redução dos riscos de complicações pós-operatórias imediatas, a prática obstétrica defensiva, as características do sistema de saúde e remuneração, além da demanda das pacientes (VILLAR et al.¹, 2006 apud SASS; HWANG, 2009). No que se refere à demanda das pacientes, o Conselho Federal de Medicina publicou a Resolução 2.144/2016, que estabelece que “é ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariana, garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno fetal” (BRASIL, 2016). Faúndes e Cecatti (1991) afirmam que a elevada incidência não pode ser explicada apenas como um esforço

¹ VILLAR, J. et al. Cesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet*, London, v. 367, p. 1819-1829, 2006.

para proteger a parturiente e o bebê, pois as taxas de cesáreas são menores justamente entre as mulheres mais pobres, sabidamente possuidoras de maiores patologias obstétricas, distócias e outras complicações da gravidez e do parto. Dessa forma, mulheres e médicos são influenciados por vários fatores socioculturais, institucionais e legais.

É de consenso mundial que a cesárea, quando realizada e corretamente indicada, é uma intervenção efetiva para salvar a vida de mães e bebês, porém não existem evidências de que fazer cesáreas em mulheres ou bebês que não necessitem dessa cirurgia traga benefícios. Assim como qualquer cirurgia, uma cesárea pode causar complicações significativas e às vezes permanentes, como sequelas ou morte (OMS, 2015).

Zorzetto (2006) cita que, quando taxas hospitalares de cesáreas ultrapassam 20% do total de partos, mãe e bebê possuem risco aumentado para várias complicações, entre elas: maior probabilidade de a mulher morrer durante o parto, apresentar sangramento grave, adquirir infecção que exija internação em setor de tratamento intensivo, maior risco de nascimento prematuro do bebê, necessitar de internação em setor de tratamento intensivo e morte na primeira semana de vida. A fim de garantir a segurança do feto a Resolução 2.144/2016 expressa em seu Art. 2º: “para garantir a segurança do feto, a cesariana a pedido da gestante, nas situações de risco habitual, somente poderá ser realizada a partir da 39ª semana de gestação, devendo haver o registro em prontuário” (BRASIL, 2016).

Além dos riscos decorrentes de cesáreas desnecessárias, outro fator que chama atenção da comunidade internacional é o impacto sobre as contas do setor saúde. Segundo a OMS (2015, p. 2),

(...) o custo também é um fator importante nessa questão, uma vez que recursos financeiros são necessários para melhorar o acesso aos cuidados maternos e neonatais para todos que necessitam, e as cesáreas representam um gasto adicional significativo para sistemas de saúde que já estão sobrecarregados e muitas vezes enfraquecidos.

Decidir por realizar uma cesárea eletiva ao invés de um parto vaginal, para um médico, pode parecer não ter consequência econômica, porém a soma de muitas decisões iguais a esta, diariamente, pode afetar o custo da assistência à saúde materno-infantil de diversas maneiras. São exemplos: o custo resultante da cirurgia, a estadia prolongada, o maior uso de medicamentos e outros materiais de

consumo, eventualmente acrescidos no caso de nascimento prematuro, assistência neonatal intensiva e semi-intensiva (FAÚNDES; CECATTI, 1991). Considerando-se que quatro de cada dez crianças nascem por meio de cesariana, na maioria das vezes agendada pela mãe ou obstetra muito tempo antes do término da gestação (ZORZETO, 2006), esta cifra pode ser relevante no orçamento global da assistência à saúde.

Contrários ao excesso de intervenções médicas no processo de gestação e parto, movimentos de usuárias e profissionais de saúde tiveram uma expansão significativa em relação a essa realidade por meio da popularização da internet no final da década de 1990 (LEÃO et al., 2013).

Faúndes e Cecatti (1991) já citavam em sua análise algumas ações necessárias para mudar o cenário das altas taxas de cesáreas. Entre elas, cita-se em especial as intervenções socioculturais, a desmistificação de que dor ocorre somente no parto vaginal e principalmente, a informação sobre o risco da escolha de uma cesárea por conveniência. Em relação à organização da assistência obstétrica, importante destacar o resgate da função da parteira (obstetiz).

Diversas ações têm sido adotadas pelo Ministério da Saúde (MS) em parceria com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) a fim de estimular o parto normal e reduzir as cesáreas, tanto no serviço público quanto no serviço privado. Entre essas ações, pode-se citar (BRASIL, 2015a; 2015c; 2015d), entre outros:

a) o Projeto-Piloto Parto Adequado, com o objetivo de mudar o modelo de atenção ao parto, promovendo o parto normal, qualificando os serviços de assistência no pré-parto, parto e pós-parto e favorecendo a redução de cesáreas desnecessárias e de possíveis eventos adversos decorrentes de um parto não adequado;

b) a Resolução Normativa nº 368, com medidas que garantem o acesso de beneficiárias de planos de saúde aos percentuais de cirurgias cesáreas e a utilização do partograma e do cartão da gestante;

c) o Protocolo de Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana, com o objetivo de orientar as mulheres, profissionais de saúde e gestores, sobre questões relacionadas às vias de partos, suas indicações e condutas, baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Descrever o montante de recursos financeiros pagos pelo Sistema Único de Saúde aos procedimentos de parto normal e cesárea, segundo as regiões brasileiras, em 2015.

3.2 Objetivos específicos

- a) Descrever o valor pago pelo Sistema Único de Saúde aos procedimentos de parto normal e cesárea em 2015, segundo as cinco regiões brasileiras;
- b) Sistematizar os casos identificados segundo tipo de parto (cesárea e normal), região de ocorrência, média de tempo de permanência hospitalar e valor da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) pago;
- c) Estimar a redução de gastos caso a recomendação da Organização Mundial da Saúde quanto à prevalência de partos cesáreas fosse considerada.

4 MÉTODOS

Consiste em um estudo descritivo com abordagem quantitativa, com emprego de dados secundários, disponíveis no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) de todas as internações realizadas em território nacional.

As cinco regiões consideradas no estudo foram as Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul, tendo como referência o ano de 2015. As variáveis consideradas foram: tipo de parto (cesárea e normal), região de ocorrência, tipo de serviço público, média de tempo de permanência hospitalar e valor da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) pago.

Para coleta de dados no SIH-SUS, foi utilizada a ferramenta do Ministério da Saúde “Tabnet” procedimentos hospitalares por local de ocorrência, no ano de 2015. Foram selecionados os procedimentos hospitalares “parto cesárea”, “parto cesárea em gestação de alto risco”, “parto cesárea com laqueadura tubária”, “parto normal”, “parto normal em gestação de alto risco” e “parto normal em centro de parto normal”.

Para este estudo se definiu parto cesárea como o procedimento cirúrgico que inclui incisão abdominal para extração do concepto do útero materno durante o trabalho de parto (BRASIL, 2007). Já o parto normal tem início espontâneo, permanecendo assim durante todo o processo, até o nascimento. O bebê nasce espontaneamente, em posição cefálica de vértice, entre 37 e 42 semanas completas de gestação (OMS, 1996).

Por empregar dados secundários de bases de dados de domínio público, não houve necessidade de encaminhamento para Comitê de Ética e Pesquisa.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No ano de 2015, foram registradas 984.307 internações para realização de parto nas cinco regiões brasileiras, sendo que 63,8% foram partos normais e 36,2% partos cesarianas (Tabela 1). A região Nordeste é a região brasileira que mais realizou partos normais no ano de 2015 seguida da região Sudeste, com 37% e 33% do total, respectivamente.

Em relação ao número total de partos cesáreas, o cenário se repete: as regiões Nordeste e Sudeste foram as regiões com maior quantitativo de partos cesáreas (36% e 30% do total, respectivamente). Entretanto, quando se compara o percentual de partos cesáreas, as regiões Centro-Oeste e Sul apresentam os maiores patamares (43% e 39%, respectivamente).

Tabela 1 - Número de partos normal e cesáreas por região, Brasil, 2015.

Tipo de parto	Sul	Sudeste	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	Total
Normal	44.163	190.973	42.648	208.492	90.722	576.998
Normal de alto risco	3.074	17.327	1.603	23.983	4.171	50.158
Normal em centro de parto normal	0	688	0	0	0	688
Total Parto Normal	47.237	208.988	44.251	232.475	94.893	627.844
Cesárea	25.061	74.375	27.906	95.123	45.505	267.970
Cesárea de alto risco	4.394	25.500	3.352	31.259	8.713	73.218
Cesárea com laqueadura tubária	1.358	6.834	1.531	3.708	1.844	15.275
Total Parto Cesárea	30.813	106.709	32.789	130.090	56.062	356.463
Total	78.050	315.697	77.040	362.565	150.955	984.307

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS, 2015.

Os dados acima confirmam estudo de Faúndes e Cecatti (1991), que apontaram um aumento progressivo na taxa de cesáreas desde a década de 1970. Conforme apontado na análise de situação de saúde no Brasil no ano de 2013, houve uma tendência crescente de cesáreas em todas as regiões do país entre 2000 e 2012, com destaque para a região Nordeste (BRASIL, 2014).

Ainda, em relação aos partos cesáreas, do total, 15.275 (4,3%) envolveram laqueadura tubária. Salienta-se que a esterilização cirúrgica como método contraceptivo só é permitida se comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores, conforme Lei 2.263 de 12 de janeiro de 1996 (BRASIL, 1996).

Faúndes e Cecatti (1991) apontavam para a utilização de partos cesáreas como forma de realização de laqueadura tubária em 1991, em uma época em que a esterilização cirúrgica não era formalmente proibida no Brasil. Estudo realizado na Região Metropolitana de Campinas, São Paulo, entre outubro de 2004 e fevereiro de 2005, apontou que, mesmo após a esterilização cirúrgica ter sido regulamentada em 1996, a grande maioria das laqueaduras continuou sendo realizada no momento do parto e por ocasião de uma cesárea (CARVALHO et al., 2007).

Na Tabela 2, encontra-se a média de permanência hospitalar para partos em 2015, que variaram entre 1,6 dias (região Norte) e 3,1 dias (região Sudeste) para partos normais e 3,1 dias (região Sudeste) a 4,0 dias (Centro-Oeste) para partos cesáreas, com uma média geral de 3,2 dias para o país.

Tabela 2 - Média de permanência hospitalar (em dias) de partos normal e cesáreas por região, Brasil, 2015.

Tipo de parto	Sul	Sudeste	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	Média
Normal	2,6	2,7	2,5	1,9	2,0	2,3
Normal de alto risco	3,3	3,3	4,4	3,1	2,8	3,4
Normal em centro de parto normal	0,0	3,2	0,0	0,0	0,0	3,2
Média por tipo	2,0	3,1	2,3	1,7	1,6	3,0
Cesárea	3,1	3,1	3,2	2,7	2,9	3,0
Cesárea de alto risco	4,1	4,0	5,8	4,5	4,0	4,5
Cesárea com laqueadura tubária	3,2	3,0	3,1	3,0	2,5	3,0
Média por tipo	3,5	3,4	4,0	3,4	3,1	3,5
Média Geral	2,7	3,2	3,2	2,5	2,4	3,2

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS, 2015.

No ano de 2015, foram gastos 650,2 milhões de reais em internações por parto. Do valor total gasto nas cinco regiões brasileiras, 54,9% foi destinado a

internações para partos do tipo normal e 45,1% para partos do tipo cesárea (Tabela 3). O valor médio pago para esses procedimentos encontra-se na tabela 4.

Tabela 3 - Valor total pago nas internações de partos normal e cesáreas por região, Brasil, 2015.

Tipo de parto	Valor total AIH 2015					Total
	Sul	Sudeste	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	
Normal	25.593.255,27	109.377.153,07	23.416.716,55	108.788.050,57	49.241.845,47	316.417.020,93
Normal de alto risco	2.443.403,72	13.801.418,17	1.281.062,29	18.883.436,91	3.579.212,14	39.988.533,23
Normal em centro de parto normal	0,00	395.910,26	0,00	0,00	0,00	395.910,26
Total	28.036.658,99	123.574.481,50	24.697.778,84	127.671.487,48	52.821.057,61	356.801.464,42
Cesárea	18.646.842,22	54.394.803,57	19.696.946,33	66.045.798,67	32.251.286,54	191.035.677,33
Cesárea de alto risco	5.234.909,79	30.479.587,56	4.264.465,75	38.516.679,12	10.478.731,24	88.974.373,46
Cesárea com laqueadura tubária	1.194.611,92	6.084.411,28	1.247.526,59	3.462.398,00	1.435.435,50	13.424.383,29
Total	25.076.363,93	90.958.802,41	25.208.938,67	108.024.875,79	44.165.453,28	293.434.434,08
Total	53.113.022,92	214.533.283,91	49.906.717,51	235.696.363,27	96.986.510,89	650.235.898,50

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS, 2015.

As regiões Nordeste e Sudeste foram as que mais realizaram partos normais, com o menor valor médio de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) para os procedimentos. Ao mesmo tempo, também foram as que mais realizaram cesáreas, com os maiores valores médios de AIH. A região Nordeste apresentou a maior variação entre as médias de pagamento de AIH, com uma diferença de R\$298,84, enquanto a região Norte apresentou a menor média de variação com apenas R\$220,33.

Gestações de risco habitual foram responsáveis por 860.931 (87,5%) de todos os partos realizados em 2015, enquanto que gestações de alto risco foram responsáveis por 123.376 (12,5%) partos, sendo 50.158 (5,1%) partos normais de alto risco e 73.218 (7,4%) partos cesáreas de alto risco. Apesar da disparidade, as gestações de alto risco foram responsáveis pelo maior valor médio de AIH pago em todas as regiões brasileiras.

Tabela 4 - Valor médio pago por AIH de partos normal e cesáreas por região, Brasil, 2015.

Tipo de parto	Valor médio AIH 2015					
	Sul	Sudeste	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	Média
Normal	579,52	572,74	549,07	521,79	542,78	553,18
Normal de alto risco	794,86	796,53	799,17	787,37	809,78	797,54
Normal em centro de parto normal		575,45				575,45
Média por tipo de parto	687,19	648,24	674,12	654,58	676,28	642,06
Cesárea	744,06	731,36	705,83	694,32	708,74	716,86
Cesárea de alto risco	1.191,38	1.195,28	1.272,22	1.232,18	1.202,65	1.218,74
Cesárea com laqueadura tubária	879,68	890,31	814,84	933,76	778,44	859,41
Média por tipo de parto	938,37	938,98	930,96	953,42	896,61	931,67

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS, 2015.

Para se obter uma estimativa de gastos, respeitando-se os patamares recomendados pela OMS para partos cesáreas, foi obtido o número de partos cesáreas excedentes os 15% por região e acrescido este número aos partos normais. Realizado cálculo, através das médias de AIH pagas para cada tipo de parto (normal e cesárea) e a diferença resultante entre os valores, ficou caracterizado o valor estimado de redução de gastos.

Na Tabela 5, é possível identificar o valor da redução de gastos em partos cesáreas se a recomendação da OMS fosse considerada. A maior redução ocorreu nas duas regiões que apresentam os maiores números de partos cesáreas (Nordeste e Sudeste), resultando em mais de 40 milhões de reais (69,6% de toda redução considerada).

Tabela 5 - Estimativa de redução de gastos por região, Brasil, 2015.

Descrição	Estimativa de redução					Total
	Sul	Sudeste	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	
% excedente de partos cesáreas	24	19	28	21	22	
nº excedente de partos cesáreas	18.732	59.982	21.571	76.139	33.210	209.634
Valor médio excedente P. Cesárea (R\$)	17.577.609,28	56.322.502,06	20.081.996,26	72.592.111,68	29.776.507,76	196.350.727,04
Valor médio acréscimo P. Normal (R\$)	12.872.443,08	38.883.010,42	14.541.577,34	49.838.837,52	22.459.326,43	138.595.194,79
Diferença (R\$)	4.705.166,20	17.439.491,64	5.540.418,91	22.753.274,17	7.317.181,33	57.755.532,25

Esses dados são compatíveis com Zorzetto (2006), ao estimar que em 2006 eram realizadas cerca de 560 mil cesáreas desnecessárias no Brasil, consumindo quase 84 milhões de reais. Faúndes e Cecatti (1991) afirmaram que o custo de um parto cirúrgico era mais fácil de se identificar quando comparado a um parto vaginal, devido à soma de estadia mais prolongada e ao uso de medicamentos e de outros materiais de consumo, além de inúmeros casos de prematuridade iatrogênica. Ainda sobre os custos, a OMS afirma que as cesáreas (desnecessárias) geram um gasto adicional significativo para os sistemas de saúde, que já estão sobrecarregados (OMS, 2015).

6 CONCLUSÃO

Os dados encontrados apontam que partos cesáreas estão acima de média recomendada em todas as regiões, em especial as regiões Nordeste e Sudeste, por representarem a maior redução na estimativa de gastos. Como seria de se esperar, obteve-se uma relação positiva entre o período de permanência em regime de internação hospitalar e o custo: quanto maior o tempo de estadia, maior o valor final pago.

A estimativa de redução dos patamares de parto cesárea, equivalendo ao preconizado pela OMS, levaria a uma redução potencial de R\$ 57.755.532,25 (ou US\$ 14.809.110,83 - conforme cotação do dia 31 de dezembro de 2015).

Fator limitante à pesquisa foi não se ter encontrado estudos semelhantes para comparar com os achados deste. Entretanto, independentemente desse fato, este valor poderia ser alocado para melhorar o acesso aos cuidados maternos-infantis, assim como melhorar as estruturas de hospitais e criar novos centros de parto normal afim de incentivar o parto natural/normal em todas as regiões brasileiras.

Sugere-se um novo estudo que aborde a relação custo *versus* tipo de parto e suas intercorrências.

Nesse sentido, conclui-se que há necessidade de mudança/reestruturação no padrão de nascimentos no Brasil, situação apontada em estudos anteriores e de conhecimento de órgãos como ANS e MS.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei nº 9.263**, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília, DF, 12 jan 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9263.htm>. Acesso em: 03 jun 2016.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. **Dimensão “atenção à saúde” 2ª fase: taxa de parto cesárea**. Brasília, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualificacao_saude_sup/pdf/Atenc_saud_e2fase.pdf>. Acesso em: 02 jan. 2016.

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. In: _____. **Cesarianas no Brasil: situação no ano de 2010, tendências e perspectivas**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. Cap. 16, p. 371-397.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza. In: _____. **Como nascem os brasileiros**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2014. Cap. 1, p. 22-39.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. **Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana**. Protocolo. Brasília, 2015a. 115 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus – Departamento de Informática do SUS. **Internações por região segundo capítulo CID-10**. Brasília, 2015b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nruf.def>>. Acesso em: 13 maio 2016.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Resolução Normativa – RN Nº 368, de 06 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. **Diário Oficial [da] União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 07 jan 2015c. Seção 1, p. 38. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/82815223/dou-secao-1-07-01-2015-pg-38>>. Acesso em: 02 jan. 2016.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Projeto Parto Adequado**. Rio de Janeiro: ANS, 2015d. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/prestadores/projeto-parto-adequado>>. Acesso em: 07 de maio de 2016.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução 2.144, de 17 de março de 2016. É ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno fetal. **Diário Oficial [da] União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 jun 2016. Seção 1, p. 138. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/118747362/dou-secao-1-22-06-2016-pg-138>>. Acesso em: 08 ago. 2016.

CARVALHO, L. E. C. et al. Esterilização cirúrgica voluntária na Região Metropolitana de Campinas, São Paulo, Brasil, antes e após sua regulamentação. **Cad. Saúde pública**, Rio de Janeiro, v 23, n. 12, p. 2906-2916, dez. 2007.

FAÚNDES, A.; CECATTI, 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, abr/jun. 1991.

LEÃO, M. R. C.; RIESCO, M. L. G.; SCHNECK, C.A. et al. Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2395-2400, 2013.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 651-657, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. Maternidade Segura. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra: OMS, 1996. 93 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Human Reproduction Programme. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. Genebra: OMS, 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf?ua=1&ua=1>. Acesso em: 05 jan. 2016.

SASS, N.; HWANG, S. M. Dados epidemiológicos, evidências e reflexões sobre a indicação de cesariana no Brasil. **Diagn. Tratamento**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 133-137, 2009.

VILLAR, J. et al. Cesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. **Lancet**, London, v. 367, p. 1819-1829, 2006.

ZORZETTO, R. Escolha errada. **Pesqui. FAPESP**, São Paulo, v. 124, p. 38-44, jun. 2006.