



Iniciação Científica CESUMAR

e-ISSN: 2176-9192

2026, v. 28, e14016

DOI: <https://doi.org/10.17765/2176-9192.2026v28e14016>

CUSTO-EFETIVIDADE PARTOS NORMAL E CESÁREA NAS REDES DE SAÚDE PÚBLICA E SUPLEMENTAR

COST-EFFECTIVENESS OF NORMAL AND CAESAREAN BIRTHS IN PUBLIC AND SUPPLEMENTARY HEALTH NETWORKS

Autores:

JÚLIA FREIRE DIAS BARBOSA^{1*},
JÁSSIO PEREIRA DE MEDEIROS²

- 1 Concluiu o Curso Técnico Integrado em Administração no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte (IFRN). Estudou no Institute Language Academy of Canada, em Toronto. Atualmente, cursa Odontologia na Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).
- 2 Possui Graduação em Administração, pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte; Mestrado em Administração, com área de concentração em Políticas e Gestão Pública, pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte; Doutorado em Educação, pela Universidade do Minho, Braga, Portugal, na área de Organização e Administração Escolar; reconhecido, no Brasil, pelo Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade Federal de Pernambuco. É professor do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte (IFRN).

* Autor correspondente:
jassio.pereira@ifrn.edu.br

Datas:

Recebimento: 27/08/2025

Aceite: 22/07/2026

RESUMO: A presente pesquisa objetiva analisar o custo-efetividade do parto vaginal espontâneo e do parto cesárea eletivo no estado do Rio Grande do Norte, fazendo uma comparação entre a rede SUS e a rede de saúde suplementar, no período de 2015 a 2021. Para isso os dados secundários foram coletados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DataSUS e do Observatório de Política e Gestão Hospitalar – OPGH. A esses foram aplicados os cálculos da Razão de Custo-Efetividade Incremental. O parto vaginal foi considerado mais custo-efetivo na maioria das situações, tanto na rede pública de saúde, como na rede de saúde suplementar.

Palavras-chave: SUS; parto; saúde suplementar; custo-efetividade.

ABSTRACT: This paper aims to analyze the cost-effectiveness of spontaneous vaginal birth and elective cesarean section in the state of Rio Grande do Norte, comparing the SUS (Brazilian Unified Health System) and the supplemental healthcare network from 2015 to 2021. Secondary data were collected from the Unified Health System's Information Technology Department (DataSUS) and the Hospital Policy and Management Observatory (OPGH). Incremental Cost-Effectiveness Ratio calculations were applied to these data. Vaginal birth was considered more cost-effective in most situations, both in the public healthcare network and in the supplemental healthcare network.

Keywords: SUS, Childbirth, Supplementary health care, Cost-effectiveness

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution

(<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.



INTRODUÇÃO

A presente investigação objetiva analisar o custo-efetividade do parto vaginal espontâneo e do parto cesárea eletivo no estado do Rio Grande do Norte, fazendo uma comparação entre a rede SUS e a rede de saúde suplementar, no período de 2015 a 2021. Esse período foi delimitado a partir da disponibilidade de dados da saúde suplementar em banco de dados governamental. Para tanto, se faz necessário contextualizar a problemática a ser estudada.

Uma das experiências ocorridas ao longo do ciclo de vida e que marca a vivência da maioria das mulheres é a gestação. Estudiosos explanam sobre a importância desse momento para as mães, o qual consiste em um acontecimento que envolve diversos fatores inerentes à vida da gestante e de seus familiares, e que reflete não apenas no âmbito biológico, mas também no emocional, cultural e socioeconômico (Damaceno; Marciano; Orsini, 2021; Carvalho et al., 2024).

Pode-se dizer que o parto, tanto o vaginal espontâneo, quanto os realizados por meio de procedimentos cirúrgicos, é influenciado por diversos elementos ambientais e envolve muitos mitos, expectativas, experiências de partos anteriores, medos e informações distorcidas (Carvalho et al., 2024). Nessa perspectiva, torna-se relevante destacar a necessidade de uma assistência adequada durante a gestação, no momento do parto, bem como no pós-parto, de modo a assegurar confiança e informação à mulher, para que ela compreenda o contexto de sua gestação, conheça seu direito de escolha do parto (quando não há complicações) e o exerça com segurança.

De acordo com dados disponibilizados no portal eletrônico do Ministério da Saúde (MS), do Brasil, os tipos de partos mais realizados são o vaginal e o cesárea. Ademais, o referido setor governamental aponta que há mais segurança no parto vaginal, em virtude de sua ocorrência natural e por não necessitar de procedimentos cirúrgicos que podem resultar em eventuais infecções, hemorragias e demais complicações, tal como ocorre com mais frequência no parto cesárea (Silva et al., 2024).

Considerando fatores socioeconômicos e culturais, no que se refere à escolha do tipo de parto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca uma normatização para a ocorrência de partos cesáreas, sugerindo uma taxa de 15% para tal tipo de parto (WHO, 2018). Todavia, o Brasil ultrapassa essa taxa, apresentando um índice elevado de ocorrências desse tipo de parto, uma vez que há, por vezes, um *déficit* na informação e assistência voltada ao parto vaginal (Damaceno; Marciano; Orsini, 2021).

Por isso, é importante que o modelo de assistência da gestação e parto sigam uma estrutura humanizada em que a mulher se torna protagonista, obtendo informações cabíveis e recebendo um acolhimento humano e de qualidade, sem intervenções desnecessárias durante toda a gestação e no ato do parto e pós-parto (Batista et al., 2021).

Muitos fatores podem influenciar no conhecimento da gestante acerca de fatores relacionados ao parto humanizado, bem como sobre seus direitos nesse contexto. Dessa forma, para implementar políticas voltadas para ações de melhoria no atendimento de gestantes, torna-se importante conhecer o custo e a efetividade de cada tipo de parto, pois essas informações possibilitam o planejamento das ações adequadas e especializadas para determinado grupo e território (Barbosa et al., 2017).

Após realizada essa contextualização, entende-se que esta pesquisa se justifica pelo fato de trazer informações acerca do custo-efetividade dos diferentes tipos de parto para a saúde pública e suplementar,

se configurando como um relevante canal de aquisição de referências e informações sobre a temática, voltando-se tanto para a comunidade acadêmica quanto para os interessados na área.

Essa pesquisa também se justifica perante o aspecto legal, visto que a Lei nº 12.401/2011, estabelece diretrizes para adoção dos mecanismos de assistência no âmbito do SUS, e define que a aderência aos meios para tratamento deve considerar os aspectos referentes à avaliação da “eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade para as diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde” relacionados às intervenções propostas (Brasil, 2011).

Nesse sentido, as avaliações econômicas em saúde, como é o caso da análise de custo-efetividade, podem fornecer informações para o planejamento, disponibilizando os efeitos e os custos das tecnologias ou intervenções, objetivando deixar os sistemas de saúde menos vulneráveis. Portanto, a consideração dos resultados de avaliações econômicas é um elemento-chave na concepção do planejamento de políticas públicas de saúde (Probst, 2018). Exposta a relevância da pesquisa, parte-se para uma fundamentação teórica acerca do tema.

Ao longo dos anos, os procedimentos inerentes ao parto passaram por diversas transformações, deixando de ser um processo ocorrido em ambiente domiciliar para se tornar um processo hospitalar, contando com o auxílio de equipes biomédicas (Batista et al., 2021). Para efeito de informação, cabe salientar que o nascimento dar-se-á por meios naturais (parto vaginal) e ou por meios cirúrgicos (parto cesáreo e *fórceps*).

O parto vaginal, diz respeito ao procedimento em que o bebê é retirado por via genital, podendo ser de forma natural ou necessitando de alguma intervenção cirúrgica (em caso de eventual complicação), tal como anestesia e pequenos cortes (Oliveira, 2021). Destaca-se que o parto vaginal normal é aquele que pode ser até mesmo realizado em casa, com o auxílio de parteiras. Em casos de alguma complicação no ato do parto vaginal torna-se necessário alguma técnica cirúrgica para possibilitar o nascimento. Logo, nessa situação é preciso que tal procedimento ocorra em ambiente hospitalar, com acompanhamento de profissionais.

Em alguns casos, não há possibilidade da paciente se submeter a um parto vaginal. Isso ocorre por diversos motivos e particularidades na gestação que podem gerar risco à mulher e ao filho. Dessa forma, uma maneira de possibilitar o nascimento é através de procedimentos cirúrgicos, como a cesariana. O referido tipo de parto consiste em prover a retirada do bebê não por meios naturais, mas por um corte na região do abdômen (Alves et al., 2021).

De forma geral, independentemente do tipo de parto considerado, para a qualidade do atendimento e redução do índice de mortalidade das mães e/ou recém-nascidos, torna-se relevante pautar esse processo na organização da assistência (Elias et al., 2022), de modo que práticas intervencionistas desnecessárias e desumanas sejam evitadas na atenção obstétrica, reduzindo a ansiedade, medo e insegurança das gestantes.

O parto cesáreo tem se tornado uma opção bastante requisitada, em detrimento do parto normal, mesmo quando o trabalho de parto não representa riscos para a mãe e a criança (Brito et al., 2021). Dados da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2018), apontam que o Brasil apresenta um alto índice de cesarianas. Além disso, estudos mais recentes destacam que tais índices compreendem, nas maternidades públicas, uma taxa de 52%, e, nas maternidades de rede suplementar, 88% (Dias et al., 2022; Oliveira et al., 2021).

A OMS indica que os índices de cesarianas deveriam estar entre 10% e 15%, todavia, as taxas atingem níveis cada vez mais elevados, sendo essa elevação mais notável no atendimento privado. O aumento do número de cesariana apresenta-se em menor quantidade em populações subdesenvolvidas e de baixa renda, já em populações desenvolvidas é mais frequente (Leite et al., 2024).

No que se refere a escolha do parto cesárea, muitas mulheres optam por esse procedimento devido ao medo da dor e as experiências frustrantes sofridas no parto vaginal. Por outro lado, algumas gestantes preferem o parto vaginal, pois a fase pós-cirúrgica do parto cesariana traz algumas complexidades na recuperação, como por exemplo, dores, maior demora na cicatrização, bem como procedimentos que antecedem a cirurgia, tais como o receio da aplicação da anestesia (Carvalho et al., 2024).

Dentro desse contexto, pode-se perceber que a escolha do tipo de parto é um assunto delicado, requerendo uma assistência desde o pré-natal, visando conscientizar e informar a mulher em que consiste o trabalho de parto (Silva et al., 2024). Compreende-se que ações de humanização, desenvolvidas pelos profissionais de saúde, contribuem para diminuir as dúvidas e o medo da gestante em relação ao parto.

Após discorrer sobre os tipos de partos, na sequência aborda-se a base teórica consultada para a avaliação econômica em saúde (AE). Define-se avaliação econômica como uma análise comparativa de estratégias em termos de custos e desfechos em saúde. Essa definição evidencia duas características principais destes estudos, quais sejam, a ênfase em comparações que tenham a mesma finalidade; e a relação entre custos e desfechos em saúde em determinado período (Silva; Silva; Pereira, 2017).

Para que uma análise econômica em saúde seja útil, é importante que ela contenha informações confiáveis e explícitas sobre as consequências (desfechos em saúde, efeitos da intervenção) e sobre os custos. Diante da complexidade de seu objetivo, a AE completa deve ser vista sob diferentes vertentes: 1) possíveis pontos de vista da análise (perspectivas); 2) horizonte temporal 3) tipos de AE; e 4) diferentes tipos de custos (Rocha et al., 2021).

Para a avaliação econômica auxiliar a tomada de decisão do gestor, deve-se informar a perspectiva adotada na análise. As três perspectivas (pontos de vista) mais comuns referem-se ao prestador de serviços (hospital, clínica), ao sistema de saúde (público ou privado) e à sociedade. Nesta última, inclui-se ampla gama de agentes, tais como os pacientes, a previdência e a assistência social. A opção por alguma das três perspectivas influencia a identificação, a mensuração e a valoração dos custos (Silva; Silva; Pereira, 2017). Dentro da perspectiva da avaliação econômica em saúde, tem-se a análise de custo-efetividade.

Os debates acerca da Análise de Custo-Efetividade (ACE) em saúde no Brasil estiveram escassos até o início de 2006, quando se consolidou o seu início, sendo justificado devido à agregação de novas tecnologias para o tratamento de doenças, e pela necessidade de observar a relação entre os custos e melhorias causados pelas intervenções aplicadas (Fonseca et al., 2024).

Na ACE o desfecho principal a ser analisado é relacionado a um ganho em saúde, sendo os efeitos medidos em unidades monetárias, de modo a estabelecer a manutenção do *status quo* de melhoria do quadro epidemiológico. Sendo assim, dentre as alternativas, serão priorizadas aquelas que apresentarem um ganho mais efetivo, com custos razoáveis para o sistema de saúde (Cavalcanti Filho; Jorge; Linard, 2021).

Para Santos (2018, p. 37), “os Limiares de Custo-Efetividade (LCE) são usados para julgar se uma intervenção representa suficiente valor por dinheiro para ser incorporado em sistemas de saúde”,

ou seja, estes indicadores são colocados para que seja avaliada não somente a economicidade incorporada às ações, mas também os benefícios que essa intervenção terá diante do quadro enfrentado pela sociedade, através do estabelecimento de uma medida numérica para determinar se uma alternativa será considerada custo-efetiva ou não.

Sob este viés, é possível interpretar a aplicação destes indicadores como uma forma de traduzir os benefícios obtidos diante de um quadro epidemiológico, sejam de diminuição de casos de determinada doença, internamentos ou do índice de mortes, sendo uma ferramenta importante para intermediar a aplicar novas iniciativas tecnológicas no âmbito da saúde, bem como para auxiliar as tomadas de decisões (Soarez; Novaes, 2017).

Contextualizando a composição do Limiar de Custo-Efetividade (LCE), Soarez e Novaes (2017, p. 1), argumentam que esse “é representado por uma razão entre um custo monetário, geralmente expresso em moedas nacionais, por exemplo, o real (R\$) no numerador, e uma medida de ganho em saúde no denominador”. Salienta-se que o critério de aceitabilidade para uma alternativa custo-efetiva está relacionado também a fatores socioeconômicos, de maneira que o custo seja acessível para a população.

Em 2015, foi proposto o Projeto de Lei (PL) nº 415, ainda em tramitação no Senado Federal, com finalidade de incorporar o Limiar de Custo-Efetividade como parâmetro a ser observado na tomada de decisões acerca da adoção de intervenções no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Com base no PL, “a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que o limiar consista em três vezes o Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* por Anos de Vida Ajustados para Qualidade (QALY) ou Anos de Vida Ajustados para Incapacidade (DALY).” (Brasil, 2015, p. 26).

Neste sentido, Soarez e Novaes (2017) destacam que a heterogeneidade dos indicadores de efetividade em relação aos desfechos em saúde; a escassez de estudos técnicos para avaliar os custos incrementais relacionados às intervenções; bem como os conflitos de interesse, distanciam o Brasil do cenário internacional no sentido de consolidar um limiar de custo-efetividade eficaz, o que sugere uma necessidade de inserção dessa discussão na agenda de políticas públicas voltadas ao aumento da eficiência e equidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Conforme Azevedo e Sousa-Pinto (2020, p. 19), uma característica peculiar em relação à análise de custo-efetividade, que a difere dos demais modelos de avaliação econômica e a torna mais completa, é que os resultados obtidos irão descrever unidades de custo-efetividade visando determinar um custo médio para cada resultado obtido. Para tal, será estabelecida uma “razão de custo-efetividade marginal (ACER do inglês *average cost-effectiveness ratio*)”, relacionando o custo monetário com as melhorias promovidas. Nesse sentido, os autores destacam a seguinte equação: $ACER = \text{Custo médio} / \text{Efetividade média}$, de modo a identificar a alternativa com menor custo em relação ao resultado esperado (Azevedo; Sousa-Pinto, 2020).

Os resultados obtidos mediante a Análise de Custo-Efetividade (ACE), podem ser interpretados nas seguintes unidades: “*quality-adjusted life years* (QALY) ou anos de vida ajustados pela qualidade (AVAQ)”, de modo a estabelecer uma “razão custo-efetividade incremental (RCEI) ou ‘*incremental cost effectiveness ratio*’ (ICER)”, sendo considerada custo-efetiva a ação que apresentar um desfecho em saúde razoável (ou um QALY mais alto) em relação aos recursos investidos, mediante a razão entre a diferença entre os custos e efetividade das intervenções (Cavalcanti Filho; Linard, 2025).

Todavia, é importante salientar que, diante de uma análise de custo-efetividade, não se trata de escolher a opção mais barata do ponto de vista orçamentário, e sim a alternativa que trará resultados

mais efetivos em relação à resolução do problema público enfrentado (Azevedo; Sousa-Pinto, 2020). Sendo assim, considera-se que “Uma alternativa ser custo-efetiva não significa necessariamente que esta curse com custos inferiores, mas sim que a alternativa acarreta ganhos de efetividade a custos pelos quais a sociedade está disposta a pagar” (Azevedo; Sousa-Pinto, 2020, p. 19).

Dessa forma, evidencia-se que não é possível estabelecer um parâmetro universal de aceitabilidade para uma alternativa custo-efetiva, visto que estará diretamente relacionado com o resultado que se deseja obter e o orçamento disponível para aplicar tais intervenções (Azevedo; Sousa-Pinto, 2020). Levando esta afirmação à realidade do setor público, verifica-se um entrave para sua implementação, considerando a escassez de recursos diante das novas medidas a serem adotadas (Ensina et al., 2019).

Tendo em vista esse cenário, descreve-se, a seguir, os procedimentos metodológicos empregados para a análise de custo-efetividade aplicados aos procedimentos hospitalares para o parto vaginal espontâneo e o parto cesáreo, na rede de saúde pública e suplementar o estado do Rio Grande do Norte.

METODOLOGIA

O presente estudo, do ponto de vista de seus objetivos, caracteriza-se como descritivo, visto que descrever aspectos relacionados aos tipos de partos realizados em unidades públicas e privadas do estado do Rio Grande do Norte, no período de 2015 a 2021. Esse período foi delimitado a partir da disponibilidade de dados da saúde suplementar em banco de dados governamental. Além disso, no momento da coleta dos dados o banco de dados do SUS não disponibilizava dados para o intervalo de anos de 2016 a 2020, de maneira que para a rede de saúde pública utilizou-se dados dos anos de 2015 e 2021.

Já quanto aos procedimentos técnicos, fez-se uso de dados secundários retirados do banco de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e do Observatório de Política e Gestão Hospitalar - OPGH, organizado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), responsáveis, respectivamente, pelos dados constantes ao SUS e à rede suplementar. O quadro a seguir explana as variáveis escolhidas e suas respectivas fontes.

Quadro 1 - Variáveis e fontes de coleta de dados.

Variáveis de custo	Desfechos em saúde	Procedimentos	Endereços eletrônicos
Valor Total;	Número de óbitos;	Parto vaginal espontâneo;	https://observatoriahospitalar.fiocruz.br/dados-e-indicadores/
Valor dos Serviços Profissionais;	Taxa de Mortalidade.	Parto cesariana.	http://tabnet.fiocruz.br/dhx.exe?tiss/fat_internacao_detalhada.def
Valor dos Serviços Hospitalares;			http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def
Valor Médio de Internação.			

			http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qiuf.def
--	--	--	---

Fonte: Elaborado pelos autores.

Registrou-se também a quantidade de internações ocorridas nessas intervenções, a fim de obter um montante que mostre aproximadamente quantos partos foram realizados, mesmo que uma mesma ocorrência possa ter requerido múltiplas internações.

De acordo com as Notas Técnicas sobre Procedimentos Hospitalares (Ministério da Saúde, s.d., ps. 4-6), são apresentadas as descrições das variáveis aqui utilizadas para o cálculo do custo total da intervenção.

Valor total: valor referente às AIH aprovadas no período. Este valor não obrigatoriamente corresponde ao valor repassado ao estabelecimento, pois, dependendo da situação das unidades, estes recebem recursos orçamentários ou pode haver retenções e pagamentos de incentivos, não aqui apresentados. Portanto, este valor deve ser considerado como o valor aprovado da produção. [...]

Valor serviços hospitalares: Valor dos serviços hospitalares (SH) referente às AIH aprovadas no período. Aplicam-se as mesmas observações referentes ao valor total. [...]

Valor serviços profissionais: Valor dos serviços profissionais (SP) referente às AIH aprovadas no período. Aplicam-se as mesmas observações referentes ao valor total. [...]

Valor médio das internações: Valor Total dividido pela quantidade de Internações. [...]

Óbitos: quantidade de internações que tiveram alta por óbito, nas AIH aprovadas no período.

Taxa de Mortalidade: razão entre a quantidade de óbitos e o número de AIH (Autorização de Internação Hospitalar) aprovadas, computadas como internações no período, multiplicada por 100.

De forma complementar, consultou-se também a Nota Técnica 'Internações da Saúde Suplementar' (Agência Nacional de Saúde Suplementar, s.d., p.7-8):

Quantidade de ocorrências: Representa o número de vezes em que os itens constam nos eventos de internação. Em tabulações por estes elementos, pode ser considerado como o número de eventos de internação em que foram realizados/utilizados. Em tabulações agregadas (grupos de procedimentos, por exemplo), esta interpretação pode não se aplicar, pois um evento de internação pode ter vários itens do mesmo grupo executados.

Valor Total: Valor informado dos itens apresentados para cobrança individualizadamente, agrupadamente ou em forma de pacotes de procedimentos. Não há informações se este valor inclui coparticipação do segurado. [...]

Ocorrências com óbitos: Representa o número de ocorrências de itens em que a respectiva internação teve alta por óbito.

É válido esclarecer que termo 'itens', empregado na citação anterior, refere-se a procedimentos, itens assistenciais, medicamentos, e materiais e OPME (órteses/próteses/materiais especiais).

O processo da análise em si, começou pela determinação do limite de aceitabilidade. Alguns países já o têm definido, no entanto, aqueles que não o têm podem fazer uso tanto do padrão estadunidense, quanto do método aconselhado pela Organização Mundial de Saúde, o qual consiste

em multiplicar o Produto Interno Bruto *per capita* nacional por 1 a 3 vezes. Acredita-se que a última estratégia reflete melhor a realidade dos brasileiros, mais ainda, dos potiguares, sendo ela, portanto, a escolhida. Os valores resultantes estão expostos na Tabela 1 a seguir:

Tabela 1 - Limite de aceitabilidade por ano (PIB *per capita* nacional)

Anos considerados	Mínimo (R\$)	Máximo (R\$)
2015	30.110,00	90.330,00
2016	31.220,00	93.660,00
2017	32.530,00	97.590,00
2018	34.320,00	102.960,00
2019	35.920,00	107.760,00
2020	34.159,92	102.479,76
2021	40.688,00	122.064,00

Fonte: Elaboração própria a partir de Ipea (2025).

Em seguida, foi aplicada a Razão de Custo-Efetividade Incremental (ICER, na sigla em inglês), cálculo que define a comparação entre duas alternativas, demonstrado na fórmula de cálculo de custo-efetividade a seguir.

$$ICER = \frac{\text{Custo da alternativa B} - \text{Custo da alternativa A}}{\text{Efetividade da alternativa B} - \text{Efetividade da alternativa A}}$$

Fonte: Azevedo e Sousa-Pinto (2020).

No caso da presente pesquisa, as variáveis se alteraram de acordo com as necessidades identificadas. Isto é, a alternativa B e a A eram frequentemente procedimentos distintos ocorridos no mesmo ano e no mesmo sistema de saúde, sendo a primeira aquela com maiores custos, para evitar montantes negativos ao final. Apesar disso, as duas poderiam ser intervenções iguais, mas alocadas em redes sanitárias opostas, quando a comparação se revelou interessante para a análise.

Vale ressaltar que a efetividade, embora de difícil quantificação, por vezes enfrentando ideias comuns sobre ética (Barros, 2019), deve ser expressa em números e pode ser conhecida, conforme indicação da literatura (Entringer et al. (2018); Entringer, Pinto e Gomes, 2018). Pode, inclusive, estar representada em mais de uma variável, como Entringer, Pinto e Gomes (2018) fizeram. Aqui, a efetividade está principalmente na forma do número de óbitos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para iniciar a análise dos resultados, primeiro seguem as Tabelas 2 e 3, nas quais estão dispostos os valores de RCEI obtidos, assim como os custos e a efetividade. A fim de evitar erros nas fórmulas, substitui-se 0 por 1 quando o denominador seria nulo.

Tabela 2 - Cálculo de custo-efetividade para rede suplementar de saúde

Ano	Intervenção	Custo	Efetividade*	RCEI (R\$ por anos de vida)
2015	Parto cesáreo	R\$ 3.171.144,59	0,00	R\$ 2.984.875,56
	Parto vaginal	R\$ 186.269,03	0,00	
2016	Parto cesáreo	R\$ 4.289.504,13	2,00	R\$ 2.019.875,14
	Parto vaginal	R\$ 249.753,85	0,00	
2017	Parto cesáreo	R\$ 5.667.659,40	0,00	R\$ 5.179.087,70
	Parto vaginal	R\$ 488.571,70	0,00	
2018	Parto cesáreo	R\$ 5.252.694,74	0,00	R\$ 4.733.439,79
	Parto vaginal	R\$ 519.254,95	0,00	
2019	Parto cesáreo	R\$ 4.970.375,06	1,00	R\$ 4.563.023,16
	Parto vaginal	R\$ 407.351,90	0,00	

Fonte: Elaborado pelos autores a partir do OPGH.

* Em relação ao número e óbitos maternos.

Tabela 3 - Cálculo de custo-efetividade para Sistema Único de Saúde

Ano	Intervenção	Custo	Efetividade*	RCEI (R\$ por anos de vida)
2015	Parto cesáreo	R\$ 5.725.973,04	0,00	R\$ 1.540,74
	Parto vaginal	R\$ 5.732.136,01	4,00	
2021	Parto cesáreo	R\$ 11.213.080,03	8,00	R\$ 551.173,23
	Parto vaginal	R\$ 6.803.662,19	4,00	

Fonte: Elaborado pelos autores a partir do DataSUS.

* Em relação ao número e óbitos maternos.

A partir das tabelas anteriores verificou-se que, na maioria dos casos, o parto cesáreo custou mais do que o parto vaginal, sendo a única exceção em SUS-2015, quando houve diferença negativa de R\$6.162,97. Um possível motivo para os custos maiores das cesarianas é o número de dias de internação, que, como Leite (2024) enfatiza, costumam ser mais numerosos quando a via é cirúrgica. Isto significa altos custos com serviços hospitalares em comparação à intervenção alternativa.

Observa-se também que, não raro, os valores na rede suplementar são significativamente mais baixos, considerando o valor médio das internações. É válido, nestas circunstâncias, abordar que as “Diretrizes de avaliação econômica”, organizadas pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2014), comentam a divergência de gestão em saúde influencia a diferença entre eficácia e efetividade.

Para essa discrepância, Barros (2019) sugere uma razão pertinente na área da saúde pública: as listas de espera. Seus cálculos comprovam que o maior peso é atribuído pelo Estado ao tempo de espera, em vez de à duração da inatividade dos médicos, o que contribui com o aumento de custos. Sua pesquisa, mesmo focando em um contexto nacional diferente (Portugal) do que é aqui tomado como objeto deste estudo, retrata um problema e consequências também presentes no Brasil. O mesmo autor cita ainda a ótica através da qual os gastos crescentes, frente ao não aumento produtivo em igual escala, são considerados inevitáveis no campo em questão.

Quanto aos desfechos, percebeu-se dados relevantes em relação a rede suplementar de saúde, uma vez que, em cinco anos, foram registradas apenas três mortes, ao passo que o SUS, em dois anos, totalizou 16 mortes. Tendo em vista que grande parte das mortes maternas, segundo Sant'ana e Almeida (2021), ocorre nas regiões rurais ou em comunidades mais deficientes, e considerando o sistema público de saúde, em geral, responsável por atendê-las, pode-se presumir que tenham sido óbitos maternos evitáveis, isto é, complicações gravídicas simples, contra as quais há métodos preventivos e de tratamento, mas cujos efeitos são fatais por falta de acesso à saúde, erros médicos ou mesmo omissões.

Algumas das mais comuns causas complicações gravídicas são a hipertensão; hemorragias; complicações no parto; infecções e aborto inseguro (Sant'ana; Almeida, 2021). Dá-se especial atenção às duas últimas. Como já mencionado em seções anteriores, a infecção tem mais probabilidade de acontecer no pós-parto da operação cesariana, em decorrência da exposição do sítio cirúrgico por tempo prolongado e/ou pela precariedade do ambiente em que é realizado. Dadas as frequentes dificuldades enfrentadas pela saúde pública em termos de infraestrutura, este motivo parece racional (Costa; Arrais, 2018).

O Brasil também tem altos índices de mortalidade materna entre os 10 e 49 anos de idade. São muitos casos de gravidez precoce que levam a mortes maternas, seja devido aos efeitos fisiológicos não suportados pelo corpo infantil, ou em razão do aborto inseguro (Sant'ana; Almeida, 2021).

Tratando especificamente dos RCEI obtidos, interessa acrescentar que, segundo Brasil (2014), existe o fenômeno dominação, ocorrido sempre que as intervenções contrapostas têm a mesma efetividade e diferença significativa de preços, ou quando a de maior preço está associada à menor efetividade. Nestes casos, os quais marcaram presença neste estudo, a razão de custo-efetividade sequer faz-se necessária para identificar a alternativa mais custo-efetiva. Assim, aplicando a análise obteve-se as constatações expostas no quadro a seguir.

Quadro 2 – Resultado da análise de custo-efetividade

Fonte:

Ano	INTERVENÇÃO MAIS CUSTO-EFETIVA
Rede Suplementar de Saúde	
2015	Parto vaginal
2016	Parto vaginal
2017	Parto vaginal
2018	Parto vaginal
2019	Parto vaginal
Sistema Único de Saúde	
2015	Parto cesáreo
2021	Parto vaginal

Elaborado pelos autores.

Nota-se que, no ano de 2015, para a rede suplementar, a título de ilustração, a intervenção “parto cesáreo” foi dominada por sua alternativa, vistas as efetividades iguais e seu valor mais alto, sendo “parto vaginal” a mais custo-efetiva. O mesmo acontece para o restante dos períodos e redes de saúde retratadas. Assim, afirma-se que, na maioria dos casos, os malefícios porventura provocados por esta via têm menos importância do que os benefícios.

Contrasta-se este fenômeno – RCEI maior do que a sociedade pode arcar – com o aumento gradual dos gastos relacionados à realização dos procedimentos, visível na tabela que segue – diferença entre o último e o primeiro anos disponíveis.

Tabela 4 – Aumento dos custos

Rede de saúde	Intervenção	Diferença	Aumento em %
Rede suplementar	Parto vaginal	R\$ 221.082,87	118,69
	Parto cesáreo	R\$ 1.799.230,47	56,74
SUS	Parto vaginal	R\$ 1.071.526,18	18,69
	Parto cesáreo	R\$ 5.487.106,99	95,83

Fonte: Elaborado pelos autores.

Vê-se, na tabela anterior que, com relação ao SUS, foi atribuída à cesariana diferença percentual equivalente a 95,44% entre 2015 e 2021. Logo, infere-se, assim como diz Barros (2019, p. 18), que “As despesas, em valor real *per capita* têm aumentado, refletindo os avanços tecnológicos da medicina [...]”, de modo que o preço do serviço aumentou desproporcionalmente ao poder de compra/produção da população.

Além disso, observa-se o exponencial aumento de gastos com o parto vaginal na rede suplementar, igual a 118,69%, muito embora a participação desta via nos custos totais tenha crescido apenas 2,1%. Esse fenômeno pode decorrer de possível maior investimento no procedimento clínico em questão, na tentativa de seguir as recomendações científicas.

Vale acrescentar que o RCEI no sistema de saúde público é significativamente menor. Em termos monetários, isto quer dizer que a margem entre quanto custa a cesariana e a vaginal é mais limitada ou que um volume maior de eventos ocorre no SUS (denominador mais valoroso). Em termos econômicos, implica dizer que a rede pública está mais acessível aos cidadãos, revelando um certo sucesso do âmbito em questão.

Pondera-se, todavia, que apesar das vantagens inerentes ao parto via vaginal, a cesárea por ser a mais adequada em determinados contexto de gravidez de alto risco, como é o caso, por exemplo, das parturientes obesas (Brasil, 2015). Além disso, ressalta-se a importância de um atendimento humanizado que se volte, entre outros aspectos, à autonomia do indivíduo (Alves et al., 2021), considerando as opiniões da paciente acerca de seus desejos e necessidades, preservando sua capacidade intelectual, no lugar de ignorá-la Santos et al. (2020). Ademais, o atendimento deve garantir não apenas que o indivíduo conheça seus direitos na condição de “enfermo”, parturiente, nas circunstâncias da presente pesquisa, mas também de ajudá-lo a garantir que sejam cumpridos (Oliveira et al., 2022).

Outra limitação das bases de dados utilizadas foi que apenas o DataSUS disponibilizava dados sobre a Gestação de Alto Risco (GAR). Por isso, julgou-se por bem separar sua análise das demais observações.

Na presente pesquisa, adota-se que gestação de alto risco é o período gravídico cuja paciente, desde o começo, apresenta complicações que podem, por sua vez, levar a desfechos negativos para a mãe e para o bebê, tais como distúrbios psiquiátricos, endocrinopatias, nefropatias, cardiopatias

graves, antecedente de embolia pulmonar, hanseníase, tuberculose, uso de drogas lícitas e ilícitas, entre outras condições (Brasil, 2022).

Assim, a tabela exposta na sequência demonstra os valores e a quantidade de óbitos devidos a este tipo de intervenção.

Tabela 5 – Custo e efetividade dos tipos de parto GAR no SUS.

Ano	Parto cesariano		Parto vaginal	
	Custo	Efetividade	Custo	Efetividade
2015	3.518.688,19	3	1.405.816,98	-
2021	6.854.866,60	7	1.599.782,05	-

Fonte: Elaborado pelos autores a partir do DataSUS.

* Em relação ao número e óbitos maternos.

Em primeiro lugar, atenta-se aos valores atribuídos a ambos os tipos de parto: a cesárea é mais cara do que a via vaginal, com diferença significativa entre elas. Ao mesmo tempo, o primeiro tipo de parto se associa aos maiores números de óbitos, de modo que, mais uma vez, o cálculo RCEI é dispensável. Utilizando a estratégia da dominação antes citada, resumem-se os achados ao ser constatado que o parto vaginal é mais custo-efetivo por requerer dispêndios financeiros menos significativos enquanto é capaz de alcançar desfechos em saúde mais benéficos.

Comparados com os dados relativos aos partos de risco habitual, os preços supracitados são maiores do que os documentados pela rede suplementar entre 2015 e 2019. O custo do parto normal GAR parece interessante por estar bem abaixo da média apresentada pelas outras modalidades na saúde pública, ao passo que sua alternativa está na mesma posição em 2015, mas iguala-se ao montante do parto normal de baixo risco em 2021.

Assim, também merece espaço na discussão o fato de que, nos anos analisados, o tipo de parto natural manteve inalterado seu número de óbitos, mas igual indicador, para a cesariana, aumentou em aproximadamente 233%. Tal evento pode ter sido devido ao acréscimo de ocorrências do parto cesáreo, embora, se as duas coisas aconteceram de forma simultânea, seja possível presumir que o primeiro é efeito do último, sendo essa uma perspectiva preocupante. Nesse caso, aqui valem notas equivalentes às tomadas quanto à seção anterior, isto é, existe uma preferência infundada, por parte da população ou da comunidade médica, pela via cirúrgica. Faz-se essencial, portanto, que os profissionais de saúde se encarreguem de compartilhar informações suficientes com as mulheres a fim de que possam adquirir autonomia e decidir conscientemente qual via melhor se adequa ao seu planejamento futuro.

CONCLUSÕES

Conclui-se, portanto, que os custos das cesarianas foram, em geral, mais altos assim como foram os dos procedimentos estudados no SUS. Além disso, é plausível concluir que, no Rio Grande do Norte, entre os anos 2015 e 2021, o parto vaginal espontâneo prevaleceu como mais custo-efetivo na

rede suplementar de saúde e no SUS, em um dos anos analisados, parcialmente corroborando a literatura consultada sobre o assunto.

Defende-se, aqui, que não existe um tipo de parto melhor do que o outro, mas há o procedimento correto em cada caso. Os achados reforçam a urgência de uma medicina mais humanista, que toma como essencial, para desenhar o “panorama gravídico”, a interação entre o profissional e a paciente, os desejos desta, suas necessidades, assim como suas características pessoais, em vez de pressupor que todos os corpos são iguais, ou objetos vazios de singularidade.

Chegando aos dizeres finais, citam-se as limitações inerentes a presente pesquisa, sendo a primeira delas a indisponibilidade de certos dados. Durante as buscas para o período 2016-2020, a plataforma DataSUS apresentou apenas “Nenhum registro selecionado”, mesmo após diversos ajustes nas configurações. Assim, não foi possível obter dados desse intervalo concernentes ao SUS. Quanto à rede suplementar, os valores estão disponíveis até o ano de 2019, mas o símbolo “-” gera confusão ao não deixar explícito se mortes foram ausentes ou se não foram registradas. Nesta análise, considerou-se que é equivalente a zero.

Recomenda-se o aprofundamento das pesquisas sobre o assunto discutido, dadas as poucas referências encontradas acerca do custo-efetividade dos partos em redes sanitárias diferentes, mais a ausência de limiar de aceitabilidade no Brasil. Recomenda-se também que estudos futuros façam análises de custo-efetividade acerca do mesmo tema, mas considerando outros fatores/desfechos, tais como indicadores de satisfação da puérpera, dias de internação hospitalar e número de mortes maternas evitáveis. Ademais, considera-se relevante combinar isto com uma avaliação dos programas governamentais cujo objetivo é reduzir o número de partos cesáreos, para identificar o porquê de não terem obtido resultados significativamente satisfatórios até então.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Nota técnica:** internações da saúde suplementar – detalhado. [s.d.]. Disponível em https://tabnet.fiocruz.br/tiss/NotaTecnicaTISS_detalhada.pdf . Acesso em 23 ago. 2025.

ALVES, B. S. et al. O impacto do Parto Humanizado nas Parturientes de um Hospital Público. **New Trends in Qualitative Research**, v. 8, p. 270-274, 2021.

AZEVEDO, L. F.; SOUSA-PINTO, B. Avaliação Crítica de um Estudo de Avaliação Económica (Parte II): Estudos de Custo-Efetividade e Custo-Utilidade. **Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia**, v. 29, n. 1, p. 18-21, abr. 2020.

BATISTA, D. B. S. et al. Concepções das enfermeiras sobre assistência segura à mulher na gestação e parto. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 3, p. e37910313360-e37910313360, 2021.

BARBOSA, E. M. et al. Perfil sociodemográfico e obstétrico de parturientes de um hospital público. **Rev. Rene**. v. 18, n. 2, p. 227-33, 2017.

BARROS, P. P. **Economia da saúde: conceitos e comportamentos**. Portugal, Coimbra: Almedina, 2019.

BRASIL. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 abr. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS – CONITEC. **Diretrizes de Atenção à Gestante: operação cesariana**. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Diretrizes metodológicas: Diretriz de Avaliação Econômica**. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida**. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Manual de gestação de alto risco** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em 23 ago. 2025.

BRITO, B. L. M. et al. Dúvidas na gestação: vivência de mulheres acompanhadas na atenção primária à saúde. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 9, n. 4, 2021.

CARVALHO, B. F. A. et al. Cesariana eletiva: revisão integrativa sobre o discurso de mulheres e fatores que influenciam na escolha do parto cesáreo no Brasil Elective cesarean section: an integrative review of women's discourse and factors influencing the choice of cesarean delivery in Brazil. **Rev Med (São Paulo)**, v. 103, n. 4, p. 221639, 2024.

CAVALCANTI FILHO, F. L.; JORGE, M. S. B.; LINARD, C. F. B. M. Avaliação econômica de tecnologia nos serviços de saúde do Brasil: uma revisão de escopo. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 16, p. e536101623990-e536101623990, 2021.

CAVALCANTI FILHO, F. L.; LINARD, C. F. B. M. Avaliações econômicas de tecnologias utilizadas nas organizações de saúde: Revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 14, n. 2, p. e5514248207-e5514248207, 2025.

COSTA, E.P.S.R.; ARRAIS, A.R. Faturamento hospitalar aplicado ao serviço de parto: modelo alternativo ao *fee-for-service*. **Acta Paul Enferm**. v. 31, n. 2, p.170-80, 2018.

DAMACENO, N. S.; MARCIANO, R. P.; ORSINI, M. R. C. A. O imaginário materno sobre os partos cesáreo e vaginal. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 41, p. e224530, 2021.

DIAS, B. A. S. et al. Variações das taxas de cesariana e cesariana recorrente no Brasil segundo idade gestacional ao nascer e tipo de hospital. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, p. e00073621, 2022.

ELIAS, E. A. et al. A autenticidade de mulheres que decidiram pelo parto normal: vivências e experiências. **Rev Rene**, v. 23, n. 1, p. 34, 2022.

ENSINA, Luis Felipe et al. Omalizumabe no tratamento da urticária crônica espontânea: análise de custo-efetividade e impacto orçamentário. **Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia**, v. 3, n. 1, p. 51-63, 2019.

ENTRINGER, A. P.; PINTO, M.; GOMES, M. A. S. M. Análise de custo-efetividade do parto vaginal e da cesariana eletiva na saúde suplementar. **Rev Saúde Pública**. v. 52, n. 91, 2018.

ENTRINGER, A. P. et al. Análise de custo-efetividade do parto vaginal espontâneo e da cesariana eletiva para gestantes de risco habitual no Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 5, p. e00022517, 2018.

FONSECA, G. G. P. da et al. Análise de custo-efetividade em saúde: estudo documental de teses e dissertações. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 37, p. eAPE02356, 2024.

IPEA. Instituto de pesquisa econômica aplicada. **Produto interno bruto (PIB) per capita (PAN_PIBCAP)**. Disponível em <http://www.ipeadata.gov.br/ExibeSerie.aspx?serid=38375>. Acesso em 23 ago. 2025.

LEITE, T. H. et al. Epidemiologia da violência obstétrica: uma revisão narrativa do contexto brasileiro. **Ciencia & saude coletiva**, v. 29, p. e12222023, 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Notas Técnicas sobre Procedimentos Hospitalares. [s.d.]. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/ggdescr.htm> . Acesso em 23 ago. 2025.

PROBST, L. F. *et al.* **Economia da saúde e odontologia**: aplicações e implicações para gestão no Sistema Único de Saúde. Tese de doutorado. Unicamp. 2018.

OLIVEIRA, C. F. et al. Apoio contínuo na assistência ao parto para redução das cirurgias cesarianas: síntese de evidências para políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 2, p. 427-439, 2022.

OLIVEIRA, V. L. S. et al. O centro de parto normal na rede de atenção materno-infantil brasileira. **Revista Gerencia y Políticas de Salud**, v. 20, p. 1-17, 2021.

ROCHA, C. A. et al. Análise econômica em saúde: O que precisamos saber?. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 10, p. e49101018527-e49101018527, 2021.

SANT'ANA, P.; ALMEIDA, M. C. Óbitos maternos evitáveis: principais causas e meios de prevenção. **Revista Científica Eletrônica de Ciências Aplicadas da Fait**. n. 1. maio, 2021.

SANTOS, A. S. **Limiares de custo-efetividade e a precificação de medicamentos**: aripiprazol para o tratamento da esquizofrenia no brasil. 2018. 115 f. Tese (Doutorado) - Curso de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018.

SANTOS, T. B. S. et al. Gestão hospitalar no Sistema Único de Saúde: problemáticas de estudos em política, planejamento e gestão em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9, p. 3597-3609, set. 2020.

SILVA, Y. G. et al. Ferramentas e intervenções para aumento do parto vaginal e redução de cesáreas: eficácia e desfechos neonatais. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 10, p. 4614-4626, 2024.

SILVA, E. N.; SILVA, M. T.; PEREIRA, M. G. Incerteza em estudos de avaliação econômica. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, p. 211-213, 2017.

SOAREZ, P. C.; NOVAES, H. M. D. Limiares de custo-efetividade e o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 4, p. 1-5, mar. 2017.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health topics**. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/implementation/checklists/childbirth_portuguese/en/ . Acesso em 11 jun. 2018.