

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA**  
**CURSO DE MEDICINA**

Glauco Stephan Vicenzi

**Taxas de cesárea no Sistema Único de Saúde e na saúde suplementar na região  
Sul do Brasil, série histórica de 2010-2019**

Florianópolis

2022

Glauco Stephan Vicenzi

**Taxas de cesárea no Sistema Único de Saúde e na saúde suplementar na região  
Sul do Brasil, série histórica de 2010-2019**

Trabalho apresentado à  
Universidade Federal de Santa  
Catarina, como requisito para a  
conclusão do Curso de  
Graduação em Medicina.

**Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Edevard José de Araújo**

**Orientadora: Prof. Dr<sup>a</sup>. Roxana Knobel**

Florianópolis

2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Vicenzi, Glauco Stephan

Taxas de cesárea no Sistema Único de Saúde e na saúde  
suplementar na região sul do Brasil, série histórica de  
2010-2019 / Glauco Stephan Vicenzi ; orientadora, Roxana  
Knobel, 2022.

19 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -  
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências  
da Saúde, Graduação em Medicina, Florianópolis, 2022.

Inclui referências.

1. Medicina. 2. Perfil de nascimentos da região sul do  
Brasil. 3. Nascimentos pelo Sistema Único de Saúde e pelo  
sistema suplementar de saúde. I. Knobel, Roxana. II.  
Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em  
Medicina. III. Título.

## RESUMO

**Introdução:** A taxa de cesáreas está aumentando mundialmente e no Brasil, além de uma das maiores taxas mundiais, há uma grande discrepância nas taxas de cesáreas conforme o tipo de financiamento do parto. **Objetivo:** Analisar as taxas de cesáreas do SUS e da saúde suplementar bem como a porcentagem dos nascimentos que ocorreram pelo SUS na região Sul e seus estados no período de 2010 a 2019. **Métodos:** Trata-se de um estudo epidemiológico transversal descritivo da série histórica de 2010 a 2019, utilizando dados públicos secundários do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). A taxa geral de nascimentos foi obtida no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). A taxa de cesárea foi calculada dividindo-se o número de cesáreas pelo número de nascimentos. A taxa de cesarianas no Sistema Único de Saúde (SUS) foi obtida com dados dos procedimentos hospitalares no SUS (partos e cesarianas). Os dados do sistema privado foram obtidos por aproximação, subtraindo o número de procedimentos obstétricos hospitalares SUS do número de nascidos vivos. A contribuição de cada grupo (SUS e saúde suplementar) para a taxa global de cesárea foi obtida dividindo o número de cada grupo pelo número total de cesarianas. Foram excluídos os casos com via de nascimento ignorada. **Resultados e conclusão:** Em toda a região Sul ocorreram 3.889.096 nascimentos no período do estudo. Foram excluídos 1889 casos com via de parto ignorada (<0,05% do total). A maioria dos nascimentos da amostra ocorreu por cesárea. A taxa de cesáreas no SUS variou de 38% em 2010 a 48% em 2019 (média de 44%); no sistema suplementar, essa taxa variou de 92% em 2010 a 87% em 2019 (média de 89,6%). Os nascimentos pelo SUS correspondem a 62,7% do total de nascimentos, em média. Santa Catarina foi o estado com menor taxa global de cesáreas da região, oscilando entre 58% e 61%, com média de 58,8%. Paraná e Rio Grande do Sul apresentaram taxas de cesáreas de aproximadamente 61,7%.

**Palavras-chave:** Parto; Cesárea; Nascimento.

## ABSTRACT

**Introduction:** The cesarean rate is increasing worldwide and in Brazil, in addition to one of the highest rates in the world, there is a large discrepancy in cesarean rates according to the type of birth financing. **Objectives:** To analyze the rates of cesarean sections of the Brazilian Unified Health System (SUS, in Portuguese) and supplementary health care, as well as the percentage of births that occurred through the SUS in the southern region and its states in the period from 2010 to 2019. **Methods:** This is a descriptive cross-sectional epidemiological study of the historical series from 2010 to 2019, using secondary public data from the Computer Science Department of the Brazilian Unified Health System (DATASUS, in Portuguese). The general birth rate was obtained from the Live Birth Information System (SINASC, in Portuguese). The cesarean section rate was calculated by dividing the number of cesarean sections by the number of births. The rate of cesarean sections in the SUS was obtained with data from hospital procedures in the SUS (deliveries and cesarean sections). Data from the private system were obtained by approximation, subtracting the number of SUS hospital obstetric procedures from the number of live births. The contribution of each group (SUS and supplementary health) to the overall cesarean section rate was obtained by dividing the number of each group by the total number of cesarean sections. Cases with unknown delivery type were excluded. **Results and conclusion:** In the entire southern region, there were 3,889,096 births during the study period. 1889 cases with unknown type of delivery (<0.05% of the total) were excluded. Most births in the sample occurred by cesarean section. The cesarean rate in the SUS ranged from 38% in 2010 to 48% in 2019 (average of 44%); in the supplementary system, this rate ranged from 92% in 2010 to 87% in 2019 (average of 89.6%). Births through the SUS correspond to 62.7% of all births, on average. Santa Catarina was the state with the lowest overall rate of cesarean sections in the region, ranging from 58% to 61%, with an average of 58.8%. Paraná and Rio Grande do Sul had cesarean rates of approximately 61.7%.

**Keywords:** Birth; C Section; Childbirth.

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	7
2	<b>OBJETIVOS</b> .....	9
	2.1 OBJETIVO GERAL .....	9
	2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	9
3	<b>MÉTODOS</b> .....	9
	3.1 Tipo de estudo e participantes.....	9
	3.2 Fonte de dados e variáveis de estudo .....	10
	3.3 Análise de dados e estatísticas.....	11
	3.4 Aspectos éticos.....	11
4	<b>RESULTADOS</b> .....	12
5	<b>DISCUSSÃO</b> .....	14
6	<b>CONCLUSÃO</b> .....	17
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	18

## 1. INTRODUÇÃO

Há algumas décadas, o mundo vive uma tendência de inversão dos padrões de nascimento.(1,2) A taxa de cesárea em relação ao parto vaginal possui tendência de aumento progressivo e o Brasil é um dos grandes representantes dessa mudança; atualmente, o país ocupa a segunda colocação do ranking de nações com as maiores taxas de cesárea do mundo.(3) Apesar de a cesárea ser uma importante ferramenta capaz de reduzir morbimortalidade materna e fetal quando bem indicada, o aumento da realização desse procedimento sem indicações clínicas claras traz consequências, como o maior risco de ocorrência de efeitos adversos para a mãe e/ou feto em relação ao parto vaginal.(2) A cesariana, apesar de apresentar melhores desfechos em relação a prolapsos de órgãos pélvicos e incidência de incontinência urinária,(4) apresenta maiores taxas de hemorragia puerperal, infecção, risco de necessidade de histerectomia e lesões de órgãos, além de maior risco de morbidades em gestações futuras. Essas complicações são mais significativas em países subdesenvolvidos, como o Brasil.(4,5) Além disso, quando realizada cesariana antes de 39 semanas de gestação ou sem vigência de trabalho de parto, associa-se maior risco de complicações respiratórias ao neonato e outras complicações associadas à prematuridade.(4–6) Alguns autores sugerem que o nascimento por cesariana também está associado a riscos futuros para a prole, como maior risco de diabetes e afecções autoimunes na idade adulta.(5)

Pelo princípio da autonomia, a via de parto desejada pela mulher deve ser levada em conta na decisão final da via de parto, desde que respeitada a idade gestacional e que ela seja aconselhada sobre os riscos da cirurgia cesariana.(6–8) No entanto, ao contrário do que algumas teorias sugerem, as mulheres que têm preferência pela cesariana correspondem a menos de 25%, mesmo nos países em desenvolvimento;(9) ou seja, a causa do crescimento das taxas de cesárea é multifatorial e depende, além do desejo da mulher, da política, cultura e economia da região em análise.(7)

No Brasil há uma discrepância em relação ao número de cesáreas realizadas no setor público e no setor suplementar de saúde, sendo as taxas muito maiores neste segundo. Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em 2020 cerca de

80% dos nascimentos na saúde suplementar foram por cirurgias cesáreas, mais que o dobro da taxa do setor público e bem distante dos 10-15% sugeridos pela Organização Mundial de Saúde (OMS).(1,8,10) No entanto, não parece haver diferença significativa entre o desejo das mulheres por cirurgia cesárea na saúde pública em relação à saúde suplementar.(10) Há um paradoxo nesse sentido: se as cesarianas fossem realizadas apenas por indicações clínicas, seria esperado das pessoas com acesso à saúde suplementar – as quais deveriam ter melhor condição socioeconômica, bem como maior acesso a serviços de saúde – que apresentassem menor risco de complicações clínicas e obstétricas por indicações de cesarianas acima da taxa que é considerada necessária.(1–4) Conclui-se, portanto, que outros fatores de ordem econômica, de formação profissional, de estruturação da remuneração e da assistência em si podem ser os responsáveis por essas elevadas taxas de cesárea.(10)

Apesar da melhora dos indicadores de saúde com maior número de consultas no pré-natal e no puerpério, além de maior hospitalização dos partos no Brasil nos últimos anos – em torno de 98% dos nascimentos com cobertura hospitalar -, (11) não houve melhora proporcional nos indicadores de mortalidade materna no mesmo período.(11) Mesmo com políticas públicas e algumas tentativas de diminuição das taxas de cesarianas pelo governo e agências reguladoras(12,13) as taxas seguem altas tanto no SUS quanto no setor privado.

O estudo da taxa de cesarianas no Brasil é necessário inclusive para planejamento de políticas públicas e alocação de recursos em saúde. Quanto maior a prevalência de cesarianas em uma população, maior será a necessidade de outras cesarianas.(3,9) Uma mulher que já teve um parto normal tem uma chance de cerca de 8% de precisar de uma cesariana, enquanto uma mulher que já teve uma cesariana, tem uma chance de mais de 80% de necessitar repetir o procedimento.(14)

Apesar da taxa geral de cesáreas no Brasil ser bem conhecida,(3,10,15) a taxa de cesarianas conforme a forma de pagamento (público ou privado) necessita maior aprofundamento. O objetivo deste estudo foi quantificar as taxas de cesariana nos



setores público (SUS) e privado (saúde suplementar) na região Sul do Brasil durante os 10 anos anteriores à pandemia de Covid-19.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

- Analisar as taxas de cesáreas da região Sul e de seus estados no período de 10 anos de 2010 a 2019.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Analisar a taxa de cesáreas da região Sul e de seus estados por nascidos vivos;
- Analisar a taxa de cesáreas da região Sul e de seus estados pelo SUS, segundo o número de procedimentos hospitalares;
- Analisar a taxa de cesáreas da região Sul pelos nascimentos que não ocorreram no SUS;
- Analisar a porcentagem de nascimentos da região Sul que ocorreram pelo SUS entre os registrados.

## **3. MÉTODOS**

### **3.1 Tipo de estudo e participantes**

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal descritivo da série histórica de 2010 a 2019, utilizando dados secundários do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). A população estudada abrange os nascidos vivos da região Sul do território brasileiro, a qual é formada por três estados: Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Os nascidos vivos cuja via de parto foi ignorada foram excluídos.

### 3.2 Fonte de dados e variáveis de estudo

Os dados foram obtidos do banco de dados do DATASUS. No Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), por meio do aplicativo TABNET, foram obtidos os números de nascidos vivos conforme o tipo de parto e a Região/Unidade da Federação, durante o período estudado. O SINASC é uma potente e confiável ferramenta para consulta de dados sobre os nascidos vivos no Brasil, com cobertura maior de 97% na região Sul do país,(16) região alvo do estudo. No sítio de Procedimentos Hospitalares do SUS, acessado no aplicativo TABNET, foram obtidos os números de procedimentos obstétricos do SUS durante o período estudado conforme a Unidade da Federação. Os nascimentos “não-SUS” ou da saúde suplementar foram obtidos pela subtração dos nascimentos do SUS (obtidos por meio dos Procedimentos Hospitalares do SUS) do total de nascidos vivos (obtido pelo SINASC). Para a coleta pela ferramenta online TABNET, para nascidos vivos foram aplicadas as variáveis “Região/Unidade da Federação”, “Tipo de parto” e “Ano”. Para as informações sobre número de procedimentos hospitalares do SUS foram selecionados “Procedimento”, “Região/Unidade da Federação” e “Internações”. Em “Procedimento” foram incluídos os grupos “PARTO NORMAL”, “PARTO NORMAL EM GESTACAO DE ALTO RISCO”, “PARTO NORMAL EM CENTRO DE PARTO NORMAL (CPN)”, “PARTO CESARIANO EM GESTACAO DE ALTO RISCO”, “PARTO CESARIANO” e “PARTO CESARIANO C/ LAQUEADURA TUBARIA”;

para formar o grupo parto normal pelo SUS foram somados os números dos procedimentos “PARTO NORMAL”, “PARTO NORMAL EM GESTACAO DE ALTO RISCO”, “PARTO NORMAL EM CENTRO DE PARTO NORMAL (CPN)”, já para o grupo parto cesariano pelo SUS foram somados os números dos procedimentos “PARTO CESARIANO EM GESTACAO DE ALTO RISCO”, “PARTO CESARIANO”, “PARTO CESARIANO C/ LAQUEADURA TUBARIA”. O período selecionado foi de janeiro de 2010 a dezembro de 2019. Os dados foram acessados dia 7 de maio de 2022.

### **3.3 Análise de dados e estatísticas**

A taxa de cesárea foi calculada dividindo-se o número de cesáreas pelo número de nascimentos das fontes de dados (SINASC, Procedimentos Hospitalares do SUS). A taxa de cesárea no sistema privado foi obtida por aproximação, subtraindo o número de procedimentos obstétricos hospitalares SUS do número de nascidos vivos. A contribuição de cada grupo (SUS e saúde suplementar) para a taxa global de cesárea foi obtida dividindo-se o número de cada grupo pelo número total de cesarianas. Para análise dos dados e construção das linhas de tendência com cálculo de  $R^2$  foi utilizado o programa Excel 365.

### **3.4 Aspectos éticos**

Por tratar-se de dados secundários, públicos e anônimos, este estudo não necessita de aprovação em comitê de ética em pesquisa. Foram seguidas as normativas éticas para pesquisa em todos os passos da investigação e redação do artigo.

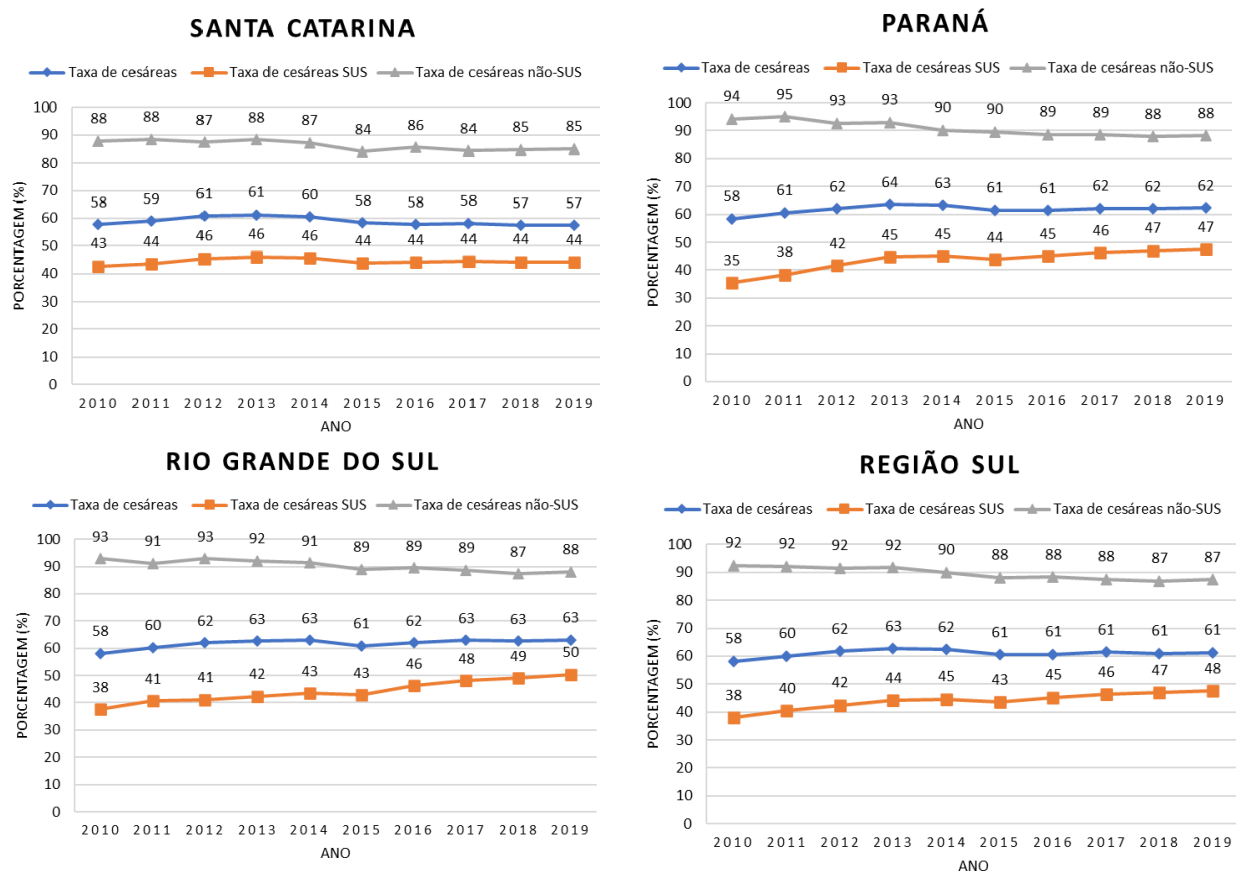
#### 4. RESULTADOS

Durante o período de 2010 a 2019, na região Sul houve 3.890.985 nascimentos. Os nascidos vivos cuja via de parto foi ignorada foram excluídos ( $n=1889$ ;  $<0,05\%$  do total estudado). A maioria dos nascimentos da amostra ocorreu por cesárea, que corresponde a 61%. A taxa de cesárea no SUS variou de 38% em 2010 a 48% em 2019 (média de 44%); no sistema suplementar, essa taxa variou de 92% em 2010 a 87% em 2019 (média de 89,6%). Apesar de haver um aumento na taxa global de cesarianas e a maior porcentagem desses procedimentos terem ocorrido pelo sistema privado, entre as cesarianas não realizadas pelo SUS parece haver uma tendência à diminuição ( $R^2= 0,92$ ) e uma tendência ao aumento ( $R^2=0,89$ ) nas realizadas pelo SUS. A porcentagem de nascimentos pelo SUS variou de 63% em 2010 a 65% em 2019 (média de 62,7%). Não há uma tendência linear clara ao aumento ou à queda dessa porcentagem ao considerar todo o período ( $R^2=0,47$ ), mas observa-se que a partir do ano de 2014 em diante há uma tendência ao aumento da porcentagem de atendimentos pelo SUS ( $R^2=0,91$ ).

Santa Catarina foi o estado com menor taxa global de cesáreas da região, oscilando entre 58% em 2010, 61% em 2012 e 2013 e 57% em 2019, com média de 58,8%. No SUS, a taxa de cesárea variou de 43% em 2010 a 44% em 2019 (média de 44,4%). No sistema suplementar, a taxa de cesárea oscilou entre 88% em 2010 a 85% em 2019, (média de 86,2%). O estado possui o maior número de nascimentos pelo SUS, com valores próximos a 67% tanto em 2010 como em 2019 (média de 65,6%).

O Paraná apresentou taxa global de cesárea de 58% em 2010 e 62% em 2019, com média de 61,7% no período. No SUS, a taxa de cesárea variou de 35% em 2010 a 47% em 2019 (média de 43,5%). No sistema suplementar, a taxa de cesárea sofreu variação de 94% em 2010 a 88% em 2019 (média de 90,8%). Os nascimentos pelo SUS representaram 61% do total em 2010 e 63% em 2019 (média de 61,5%). O estado apresentou a menor taxa de nascimentos pelo SUS da região.

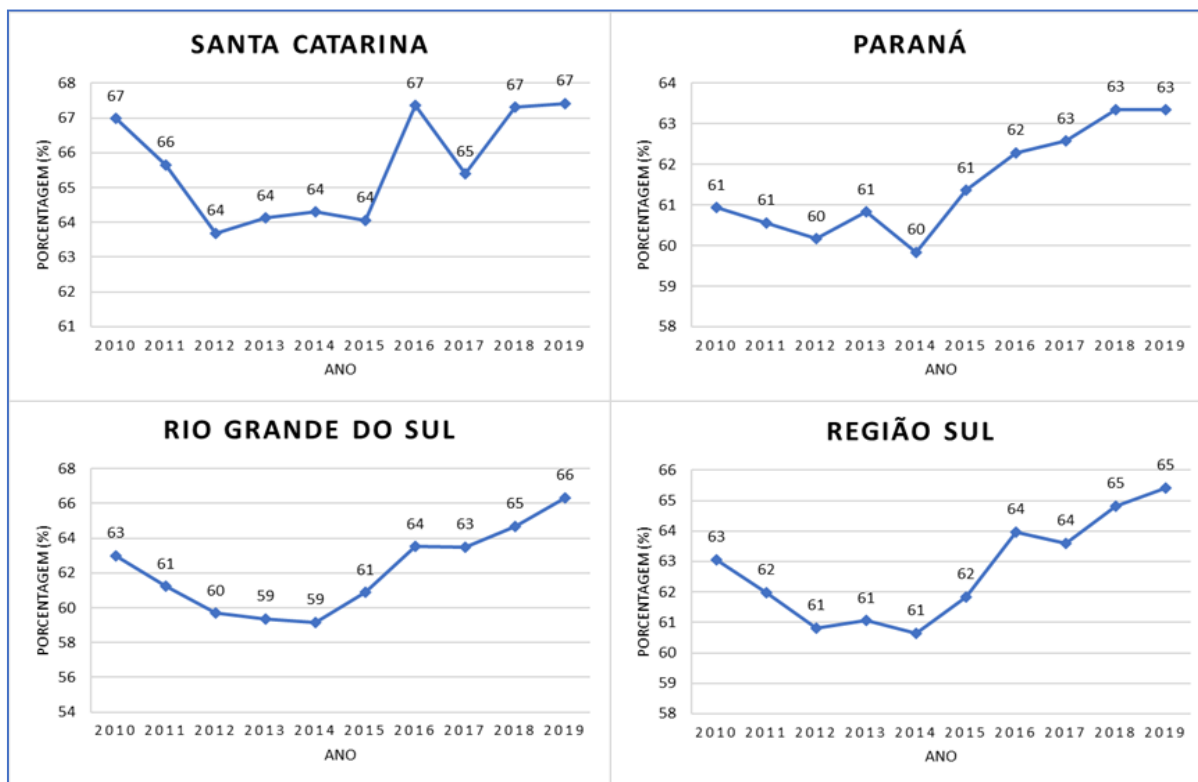
**Figura 1.** Taxas de cesáreas do SUS, do sistema suplementar e total da região Sul do Brasil e seus estados. 2010-2019.



Fonte: elaborado pelos autores

No Rio Grande do Sul, a taxa global de cesárea apresentou variação de 58% em 2010 a 63% em 2019 (média de 61,8%). No SUS, a taxa de cesárea do estado foi de 38% em 2010 a 50% em 2019 (média de 44,3%). No sistema suplementar, a taxa de cesárea oscilou de 93% em 2010 a 88% em 2019 (média de 90,4%). Os nascimentos pelo SUS corresponderam a 63% em 2010 e 66% em 2019 (média de 62,1%).

**Figura 2.** Taxa de nascimentos pelo SUS em relação ao total de nascimentos da região Sul do Brasil e seus estados. 2010-2019.



Fonte: elaborado pelos autores

## 5. DISCUSSÃO

Durante o período estudado, o nascimento por cesariana foi predominante em todos os estados da região Sul do Brasil, principalmente por influência dos nascimentos na saúde suplementar. Esse resultado vai ao encontro do restante do país, o qual domina o topo da lista de países com maiores taxas de cesárea no mundo.(3) Globalmente, estima-se que cerca de 21% dos nascimentos são por cesariana;(2) a região Sul do Brasil apresenta, portanto, uma taxa de cesárea 190% maior que a taxa mundial e 306% maior que a recomendação da OMS.(1,11) Tal análise da OMS foi baseada em estudos populacionais e não considera as características específicas da população obstétrica ou

da estrutura do sistema de saúde de cada país. No Brasil, por exemplo, a alta taxa de cesáreas ao longo das últimas décadas está aliada a práticas obstétricas mais intervencionistas em mulheres que tem uma cesárea anterior e, também, a diretrizes nacionais que desaconselham parto normal após cesariana em mulheres com mais de uma cesariana.(17) Como resultado, cada vez mais mulheres são submetidas a novas cesáreas, fato que inviabiliza a redução abrupta dos nascimentos por cesariana no país.(3,14,18) Ainda assim, mulheres com cesárea anterior (grupo 5 de Robson) são responsáveis por aproximadamente 31% do total de cesarianas no país,(3) portanto, não seria suficiente para justificar a discrepância das taxas de cesáreas do Brasil em relação ao restante do mundo.

A porcentagem de nascimentos da região Sul ocorridos no SUS variou entre 61 e 65% no período estudado (figura 2). Contudo, a partir de 2014, é possível observar uma tendência ao aumento da porcentagem dos nascimentos pelo sistema público de saúde; de acordo com dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a partir desse ano houve declínio do número de beneficiários de planos privados de assistência médica, o que perdurou por alguns e, portanto, corrobora com o aumento de usuários do SUS nesse período.(19) A época dessa queda no número de clientes dos planos privados de saúde coincide com uma fase de declínio da economia brasileira e pode, portanto, ser uma justificativa para o aumento dos nascimentos via SUS.

No período analisado, a taxa global de cesárea do SUS na região Sul apresentou elevação de 38% em 2010 para 48% em 2019. Paraná e Rio Grande do Sul foram os principais motivadores dessa alta, já que ambos os estados apresentaram alta percentual de aproximadamente 12% no mesmo período, enquanto a taxa de Santa Catarina se manteve entre 43% e 44% (figura 1). Uma das justificativas para isso pode estar no aumento do percentual de nascimentos pelo SUS nesses estados no período (figura 2), tendo em vista que mulheres que tiveram parto previamente no sistema suplementar e migraram para o SUS possuem maior probabilidade de nova cesárea em decorrência da maior prevalência de cesárea prévia nessa população. Em contrapartida, Santa Catarina já possuía taxas elevadas de nascimentos pelo SUS e sofreu pouca variação percentual no período do estudo. Logo, sua população de gestantes, quando

comparada com as dos outros estados, tende a ser estatisticamente menos suscetível a nova cesárea por cicatriz prévia.(3,14,15,18) Além disso, uma meta-análise sobre a preferência materna por cesariana observou que nos países da América Latina, cerca de 1 a cada 4 mulheres prefere parto cesárea, podendo ser ainda maior a preferência em populações com altas taxas de cesáreas prévias.(9) Ademais, a cultura de que o parto vaginal é sinônimo de sofrimento, amplamente difundida na mídia, ainda possui bastante influência no país,(3,13) e uma provável justificativa para essa perpetuação seria a subutilização de medidas de analgesia intraparto, especialmente as farmacológicas, mas também as não farmacológicas.(13) Em síntese, a preferência materna pela cesariana no Brasil, bem como a crença do senso comum de que a cesárea seja uma alternativa menos dolorosa ao parto normal, também parecem ter impacto significativo no perfil de nascimentos da região Sul.

No sistema suplementar, houve queda da taxa de cesárea nos três estados da região Sul no período analisado. Nesse espaço de tempo, a ANS desenvolveu o Projeto Parto Adequado, de 2015, criado com objetivo de reduzir o percentual de cesarianas sem indicação clínica, motivado principalmente pela elevada taxa de cesárea desse sistema de saúde. A iniciativa objetivou a disseminação de informações baseadas em evidências sobre a gestação e parto vaginal seguro, a fim de neutralizar falsas crenças e mitos sobre o assunto.(12) Dentre outros fatores, tal projeto pode ter sido um dos motivadores do declínio da curva de cesarianas do sistema suplementar - queda de 92% a 87% entre 2010 e 2019 (figura 1). Pelo exposto anteriormente, medidas de intervenção no sistema suplementar possuem maior potencial para aproximar as taxas de cesárea do Brasil ao ideal sugerido pela OMS, dada a elevada porcentagem de cesarianas nesta forma de financiamento. Contudo, o aumento das cesarianas pelo SUS também deve ser considerado por meio de políticas e ações educativas de incentivo ao parto vaginal.

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser pontuadas a fim de reforçar a análise crítica dos resultados obtidos. Em primeiro lugar, as análises foram feitas a partir de dados secundários e os grupos estudados foram encontrados com base em cálculos e aproximações, o que pode resultar em distorções dos resultados. Em segundo lugar, o intervalo de tempo de 2010 a 2019 talvez não seja suficiente para



projetar tendências fidedignas do padrão de nascimento na população nos próximos anos. Por fim, o desenho do estudo de forma transversal dificulta a diferenciação entre causalidade ou acaso entre as associações que eventualmente tenham surgido durante o estudo.

O estudo demonstra que a principal via de nascimento na região Sul do Brasil foi a cesariana, principalmente por influência do setor suplementar de saúde. Os projetos públicos para adequação das taxas de cesáreas do Brasil ainda são insuficientes principalmente por não impactarem de forma significativa nos nascimentos do sistema privado de saúde.(13) Mais estudos são necessários para maior esclarecimento sobre as tendências dos nascimentos pelo SUS e pelo sistema suplementar da região Sul do Brasil nas próximas décadas.

## **6. CONCLUSÃO**

A taxa de cesáreas na região Sul no período de dez anos analisados foi de 61%, em média, com a maior taxa em 2013 e a menor em 2010, correspondendo a 63% e 58%, respectivamente. O estado que teve a maior taxa média (61,8%) foi o Rio Grande do Sul e o que teve a menor taxa (58,8%) foi Santa Catarina. No período, a taxa de nascimentos atendidos pelo SUS corresponderam a 62,7% do total, em média, e foi maior (65,6%) em Santa Catarina e menor (61,5%) no Paraná.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. WHO Statement on Caesarean Section Rates. Geneva: WHO; 2015.
2. Betran AP, Ye J, Moller AB, Souza JP, Zhang J. Trends and projections of caesarean section rates: Global and regional estimates. *BMJ Glob Health*. 2021 Jun 15;6(6).
3. Knobel R, Lopes TJP, Menezes MDO, Andreucci CB, Gieburowski JT, Takemoto MLS. Cesarean-section Rates in Brazil from 2014 to 2016: Cross-sectional Analysis Using the Robson Classification. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*. 2020 Sep 1;42(9):522–8.
4. Keag OE, Norman JE, Stock SJ. Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2018 Jan 1;15(1).
5. Sandall J, Tribe RM, Avery L, Mola G, Visser GH, Homer CS, et al. Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. Vol. 392, *The Lancet*. Lancet Publishing Group; 2018. p. 1349–57.
6. ACOG Committee Opinion No. 761 Summary: Cesarean Delivery on Maternal Request. *Obstetrics & Gynecology*. 2019 Jan;133(1):226–7.
7. Robson MS. Can we reduce the caesarean section rate? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2001;15(1):179–94.
8. Samira El Maerrawi T. Haddad, José Guilherme Cececatti. Estratégias dirigidas aos profissionais para a redução das cesáreas desnecessárias no Brasil Strategies directed to professionals for reducing unnecessary cesarean sections in Brazil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2011 May;33.
9. Mazzoni A, Althabe F, Liu NH, Bonotti AM, Gibbons L, Sá AJ, et al. Women's preference for caesarean section: a systematic review and meta-analysis of observational studies. Available from: [www.bjog.org](http://www.bjog.org)
10. Potter JE, Berquo E, Perpetuo IHO, Leal OF, Hopkins K, Souza MR, et al. Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study. *BMJ*. 2001 Nov 17;323(7322):1155–8.

11. Diniz SG. GÊNERO, SAÚDE MATERNA E O PARADOXO PERINATAL. 2009;19(2):313–26.
12. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Parto Adequado [Internet]. 2015 [cited 2022 Aug 17]. Available from: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/gestaosaude/parto-adequado>
13. Ramires de Jesus G, Ramires de Jesus N, Peixoto-Filho F, Lobato G. Caesarean rates in Brazil: what is involved? BJOG. 2015 Apr;122(5):606–9.
14. Vogel JP, Betr n AP, Vindevoghel N, Souza JP, Torloni MR, Zhang J, et al. Use of the robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: A secondary analysis of two WHO multicountry surveys. Lancet Glob Health. 2015 May 1;3(5):e260–70.
15. Silva TPR da, Dumont-Pena E, Moreira AD, Camargos BA, Meireles MQ, Souza KV de, et al. Factors associated with normal and cesarean delivery in public and private maternity hospitals: a cross-sectional study. Rev Bras Enferm. 2020;73 4:e20180996.
16. Szwarcwald CL, do Carmo Leal M, Esteves-Pereira AP, da Silva de Almeida W, de Frias PG, Damacena GN, et al. Evaluation of data from the brazilian information system on live births (SINASC). Vol. 35, Cadernos de Saude Publica. Fundacao Oswaldo Cruz; 2019.
17. Ministério da Saúde. Diretrizes de Aten o   Gestante: a opera o cesariana. 2016 Mar [cited 2022 Sep 19];179:52–64. Available from: <https://www.sogesp.com.br/media/1102/diretrizes-operacao-cesariana.pdf>.
18. Betran AP, Torloni MR, Zhang J, Ye J, Mikolajczyk R, Deneux-Tharaux C, et al. What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. Reprod Health. 2015 Dec 21;12(1):57.
19. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial (Brasil – 2012-2022) [Internet]. 2022 [cited 2022 Sep 21]. Available from: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-gerais>.