



INSTITUTO DE ESTUDOS  
DE SAÚDE SUPLEMENTAR

# ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER NA SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRA ENTRE 2011 E 2017

*Autor: Bruno Minami*

*Superintendente Executivo: Luiz Augusto Carneiro*

# ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER NA SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRA ENTRE 2011 E 2017

## SUMÁRIO EXECUTIVO

---

• **Beneficiárias:** em 2017 havia 47,2 milhões de brasileiros vinculados a planos de saúde de assistência médico-hospitalar. Desse total, 25,2 milhões (ou 53%) eram mulheres e a maioria delas (16 milhões ou 63%) estavam em planos coletivos empresariais – aqueles fornecidos pelas empresas aos seus colaboradores.

• **Câncer de mama feminino:** em 2017 foram realizados 5,0 milhões de exames de mamografia, sendo 2,3 milhões na faixa etária prioritária (de 50 a 69 anos). Na comparação com o ano anterior, houve redução de 46,0 mil mamografias na faixa etária prioritária (queda de 2,0%). Ao considerar o número de beneficiárias nesta faixa etária (que reduziu 0,5% entre 2016 e 2017), o número de exames de mamografia a cada cem mulheres entre 50 a 69 anos apresentou decréscimo, foi de 48,6 em 2016 para 47,9 em 2017. No entanto, verificou-se que houve 40,9 mil internações vinculadas ao câncer de mama feminino em 2017 (aumento de 12,1% em comparação com 2016) e somatório de 17,4 mil cirurgias para tratamento cirúrgico de câncer mama feminino na saúde suplementar em 2017, aumento de 8,3% quando comparado com o ano anterior.

• **Câncer de colo de útero:** no ano de 2017 foram realizadas 6,3 milhões de exames de Papanicolau em beneficiárias de 25 a 59 anos na saúde suplementar, redução de 4,3% em comparação com o ano anterior. Ao considerar o número de beneficiárias nesta faixa etária (que reduziu 1,2% entre 2016 e 2017), verifica-se que houve redução no número desse procedimento a cada 100 beneficiárias na faixa etária de 25 a 59 anos, foi de 44,3 em 2011 para 42,9 em 2017. Além disso, destaca-se que a quantidade de internações relacionadas ao câncer de colo de útero caiu pela metade (-49,6%) entre 2011 e 2017 e o tratamento para esse tipo de câncer também reduziu pela metade (queda de 47,0% entre 2011 e 2017).

• **Proporção de partos:** segundo a Organização Mundial da Saúde, o Brasil é o segundo país com a maior taxa de partos cesáreos no mundo (55,6%). Especificamente na saúde suplementar, os partos cesáreos representaram 83,1% do total de partos em 2017. Para reduzir esse cenário, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) implementou em 2015 o “Projeto Parto Adequado” com hospitais e operadoras que aceitaram apoiar esse projeto. Segundo resultados preliminares, entre janeiro e dezembro de 2017 - considerando os 90 hospitais que estão cumprindo com todas as atividades obrigatórias do projeto na Fase 2, a média de partos normais na população alvo foi de 47%. Nota-se que a meta global do projeto foi de alcançar a taxa de 40% de partos vaginais ao final da Fase 1, indicando assim, que as maternidades deste projeto estão mudando o seu modelo de cuidado.

• **Métodos contraceptivos:** houve aumento de 58,4% no número de procedimentos de laqueadura tubária (sendo 10 mil em 2011 e 16 mil em 2017). Na mesma comparação, o número de procedimentos de implante de dispositivo intrauterino quadruplicou (sendo 34,7 mil em 2011 e 143,5 mil em 2017).

# SUMÁRIO

## Análise da Assistência à Saúde da Mulher na Saúde Suplementar Brasileira entre 2011 e 2017

<b>A. INTRODUÇÃO</b>	<b>4</b>
<b>B. CONHECENDO AS BENEFICIÁRIAS DE PLANOS DE SAÚDE MÉDICO-HOSPITALARES</b>	<b>4</b>
<b>C. ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER NA SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRA</b>	<b>6</b>
C.1) CÂNCER DE MAMA FEMININO	8
C.2) CÂNCER DE COLO DE ÚTERO	10
C.3) PARTOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR	12
C.4) MÉTODOS CONTRACEPTIVOS	15
<b>D. FONTES, LIMITAÇÕES E VIESES</b>	<b>16</b>
<b>E. REFERÊNCIAS</b>	<b>17</b>
<b>ANEXO 1</b>	<b>18</b>

## A. INTRODUÇÃO

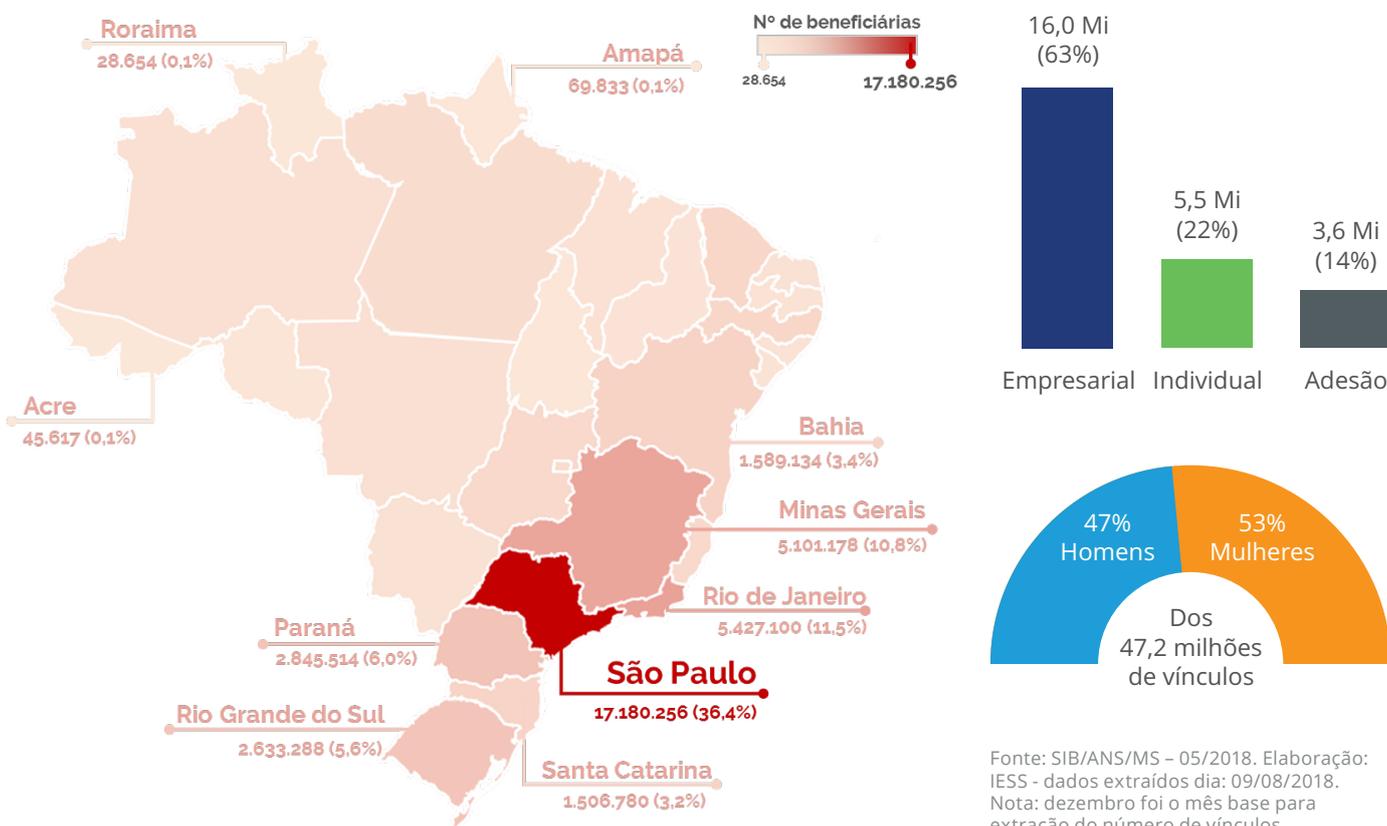
A população feminina requer programas de prevenção e cuidados específicos de saúde e, além disso, as questões de gênero devem ser consideradas como um dos determinantes de saúde na formulação de políticas assistenciais. Com base na importância de observar melhor esse grupo particular, o objetivo desta análise foi acompanhar alguns procedimentos de assistência à saúde realizada pelas mulheres da Saúde Suplementar brasileira, entre os anos de 2011 a 2017. Os dados apresentados nesta análise foram coletados do “Mapa Assistencial da Saúde Suplementar” publicado desde 2012 pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Os resultados encontrados permitiram acompanhar o número de eventos assistenciais realizados pelas mulheres entre 2011 e 2017 e criar discussões em relação à assistência das mulheres na Saúde Suplementar voltadas ao câncer de mama feminino, câncer de colo de útero, proporção de parto (normal e cesáreo) e métodos contraceptivos.

Ressalta-se que os dados são secundários, enviados periodicamente pelas operadoras a ANS e os sistemas de informações permitem a correção/atualização de dados de meses anteriores. Por esse motivo, reconhece-se as limitações e vieses no final desta análise. Além disso, atenta-se que os resultados apresentados são especificamente da saúde suplementar.

## B. CONHECENDO AS BENEFICIÁRIAS DE PLANOS DE SAÚDE MÉDICO-HOSPITALARES

Em 2017, 47,2 milhões de brasileiros (ou 23% da população) possuíam planos de saúde de assistência médico-hospitalar<sup>1</sup>. No infográfico 1, observa-se que desse total, 53% (ou 25,2 milhões) eram mulheres. A grande parte delas estavam localizadas no Sudeste, sendo 17,2 milhões em São Paulo, 5,4 milhões no Rio de Janeiro e 5,1 milhões em Minas Gerais (juntos esses três Estados concentram 58,7% das beneficiárias). Além disso, a maioria desses vínculos (16 milhões ou 63%) estavam em planos coletivos empresariais – fornecidos pelas empresas aos colaboradores.

**Infográfico 1 – Número (e proporção) de mulheres vinculadas a planos médico-hospitalares por Estados selecionados, por tipo de contratação e representatividade segundo sexo em dezembro de 2017.**



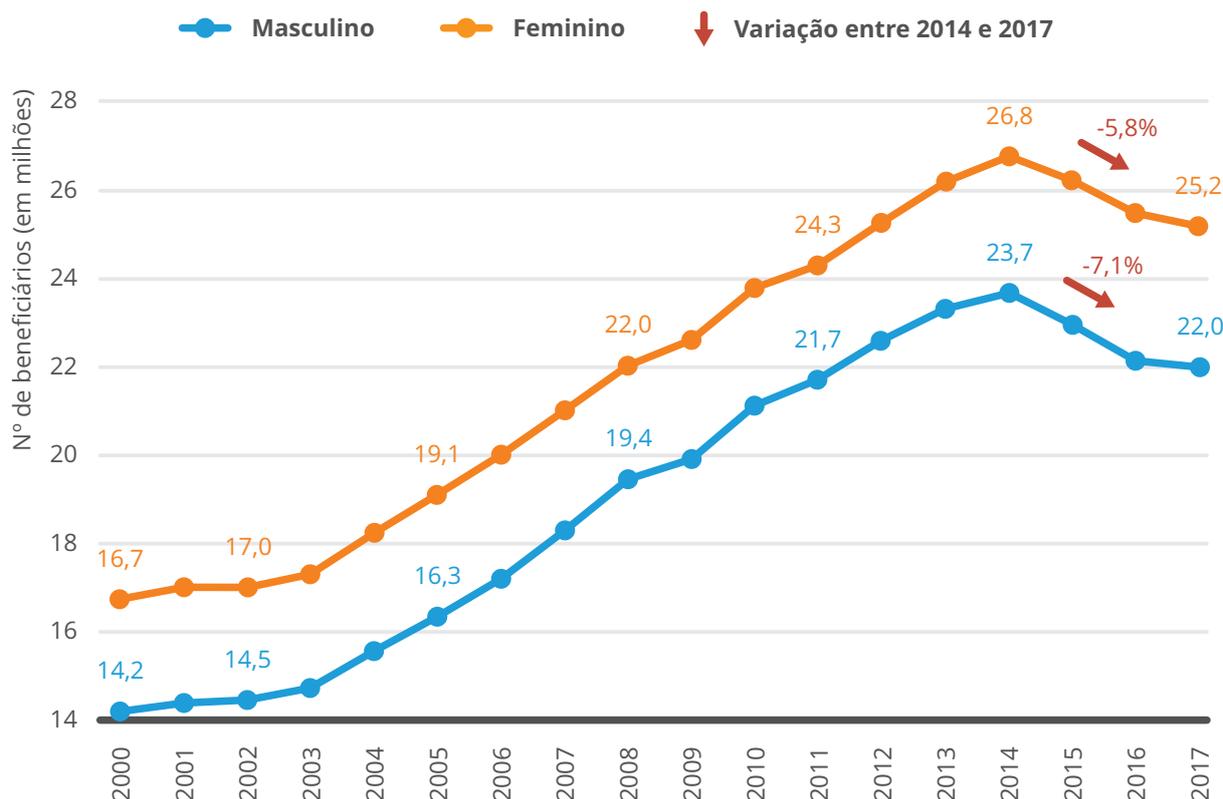
<sup>1</sup> Os dados do número de vínculos a planos médico-hospitalares foram extraídos do Sistema de Informação de Beneficiários (SIB) da ANS, atualizado na versão 03/2017.

Ao analisarmos a evolução do número de vínculos ao longo do tempo, observa-se que de 2014 para 2017 as pessoas que possuem um plano de saúde vêm caindo consecutivamente em ambos os sexos (gráfico 1), no entanto, a queda foi maior entre os homens (-7,1%) do que entre as mulheres (-5,8%). Nesse período também houve retração do PIB, aumento da taxa de desemprego e queda do rendimento médio real dos trabalhadores - fatores que

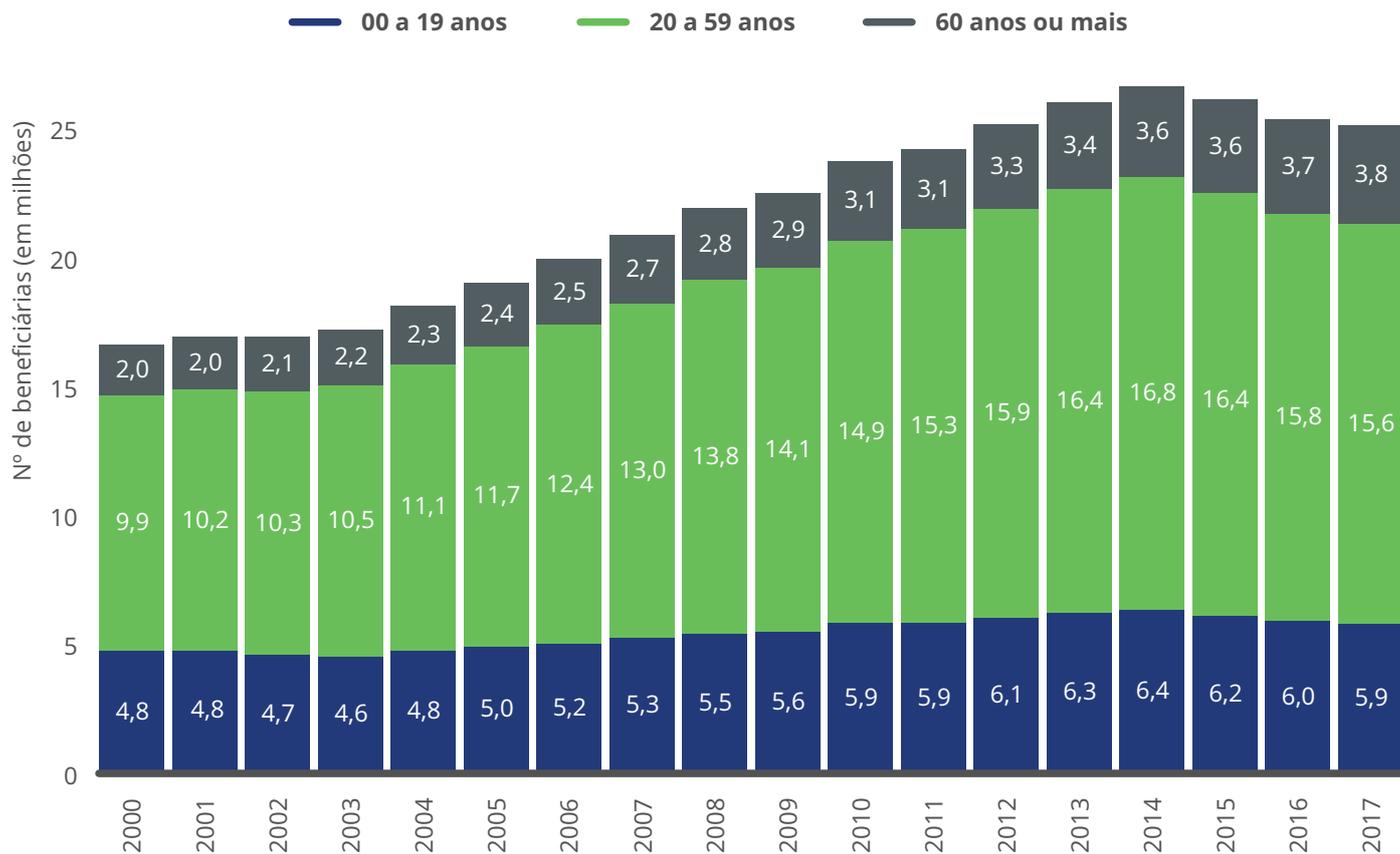
contribuem para esse cenário de perda do plano de saúde, pois há uma correlação entre o nível de emprego e o acesso aos planos.

No gráfico 2 é possível observar que a queda não ocorreu igualmente em todas as faixas etárias. O número de beneficiárias com 60 anos ou mais (idasas) cresceu em todos os anos desde 2000, já as faixas etárias de 0 a 19 anos e de 20 a 59 anos estão caindo desde 2014.

**Gráfico 1 - Número de vínculos a planos médico-hospitalares segundo sexo. Brasil, 2011 a 2017.**



Fonte: SIB/ANS/MS - 05/2018. Elaboração: IESS - dados extraídos dia: 09/08/2018.  
Nota: dezembro foi o mês base para extração do número de vínculos.

**Gráfico 2 – Número de mulheres vinculadas a planos médico-hospitalares segundo faixa etária. Brasil, 2011 a 2017.**

Fonte: SIB/ANS/MS – 05/2018. Elaboração: IESS - dados extraídos dia: 09/08/2018.

Nota: dezembro foi o mês base para extração do número de vínculos.

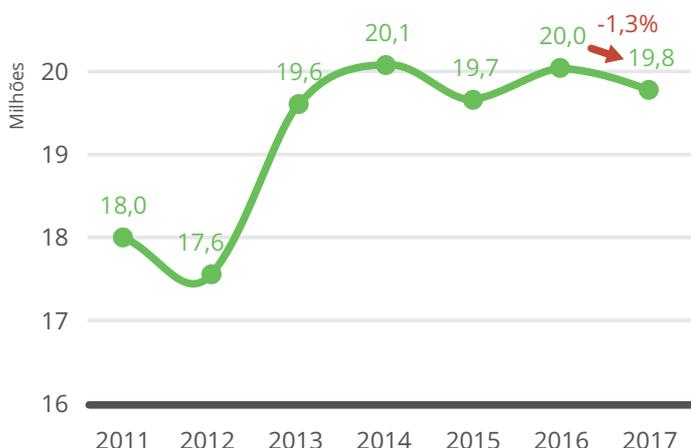
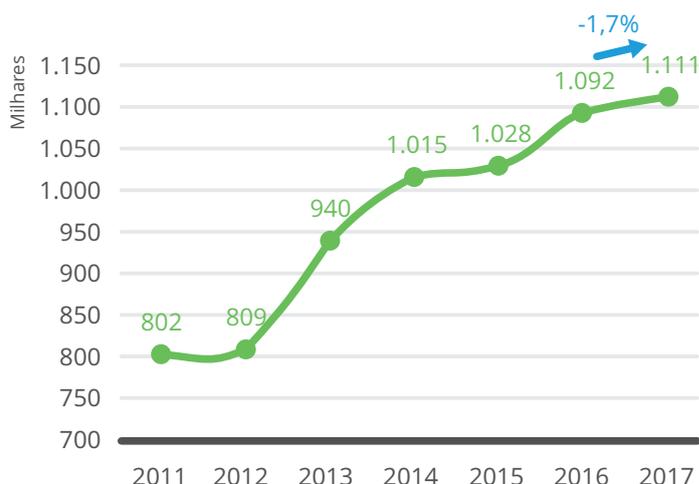
No anexo 1, tabela A1, está o número de vínculos por determinadas faixas etárias selecionadas. Para o cálculo de alguns indicadores, essa tabela será utilizada nos capítulos posteriores.

### C) ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER NA SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRA

Na tabela 1 estão alguns dos procedimentos de assistência à saúde da mulher disponibilizados no Mapa Assistencial da ANS.

Em síntese, verifica-se no gráfico 3 e 4 que foram 19,8 milhões de consultas com a especialidade de Ginecologia e Obstetrícia<sup>2</sup> e 1,1 milhões de consultas com mastologistas em 2017 (redução de 1,3% e aumento de 1,7% em comparação com o ano anterior, respectivamente).

<sup>2</sup> A ginecologia é uma especialidade médica que lida com a saúde do aparelho reprodutor feminino e das mamas e a Obstetrícia é uma especialidade médica que lida com os aspectos fisiológicos e patológicos da gestação, do parto e do puerpério da mulher.

**Gráfico 3 – Evolução do número de atendimentos com as especialidades ginecologia e obstetria entre 2011 e 2017 e variação percentual entre 2016 e 2017.****Gráfico 4 – Evolução do número de atendimentos com mastologistas entre 2011 e 2017 e variação percentual entre 2016 e 2017.**

↑ ↓ Variação entre 2016 e 2017

Fonte: SIP/ANS/MS – 03/2018. Elaboração: IESS - dados extraídos dia: 10/07/2018.

Em relação aos exames, em 2017 foram realizados 6,3 milhões de procedimentos diagnósticos de citopatologia cérvico-vaginal oncológica em mulheres de 25 a 59 anos, 5,0 milhões de mamografias (sendo 2,3 milhões em mulheres de 50 a 69 anos) e 979,4 mil exames de ultrassonografia obstétrica morfológica (tabela 1). Destaca-se que entre todos esses exames realizados em 2017, houve redução em comparação com o ano anterior.

Entre as internações, verifica-se na tabela 1 que em 2017 foram realizadas cerca de 16,0 mil internações para laqueadura tubária (aumento de 58,0% em comparação com o ano de 2011). Registrou-se também 662,8 mil internações obstétricas, sendo 87,9 mil parto normal e 432,7 mil cesarianas. Dentre as causas de internação, foram 40,9 mil internações por câncer de mama feminino e 11,8 mil por câncer de colo de útero.

Das terapias, identificou-se que foram realizados 143,5 mil procedimentos para implantes de dispositivo intrauterino (DIU) em 2017. Destaca-se que esse número foi 40,8% maior em relação ao ano anterior e o quatro vezes maior em comparação com o ano de 2011.

**Tabela 1 – Evolução do número de procedimentos vinculados a assistência à saúde da mulher beneficiária de plano médico-hospitalar entre 2011 e 2017 e variação percentual entre 2016 e 2017 e entre 2011 e 2017.**

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Variação % entre 2016 e 2017	Variação % entre 2011 e 2017
<b>CONSULTAS</b>									
Ginecologia e Obstetria	18.012.341	17.556.440	19.603.731	20.082.226	19.661.680	20.039.033	19.770.169	-1,3	9,8
Mastologia	802.303	808.518	939.657	1.014.903	1.028.365	1.092.449	1.110.557	1,7	38,4
<b>EXAMES</b>									
Citopatologia cérvico-vaginal oncológica em mulheres de 25 a 59 anos	6.477.982	6.335.427	6.561.248	7.014.115	6.842.147	6.611.968	6.328.302	-4,3	-2,3
Mamografia	4.509.387	4.497.474	4.755.734	5.055.895	5.142.900	5.120.133	5.020.622	-1,9	11,3
Mamografia em mulheres de 50 a 69 anos	1.982.912	1.899.869	2.143.216	2.259.445	2.306.864	2.304.270	2.258.243	-2,0	13,9

Tabela 1 – Continuação

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Variação % entre 2016 e 2017	Variação % entre 2011 e 2017
Ultra-sonografia obstétrica morfológica	983.349	1.028.597	981.484	1.082.766	1.126.648	982.802	979.411	-0,3	-0,4
<b>INTERNAÇÃO</b>									
Laqueadura tubária	10.097	12.684	13.022	14.907	10.993	15.873	15.956	0,5	58,0
Obstétrica	626.703	624.217	690.451	713.840	750.660	701.855	662.782	-5,6	5,8
Parto normal	78.185	78.041	82.448	78.306	87.617	86.358	87.947	1,8	12,5
Cesarianas	383.810	413.356	453.227	466.276	481.571	457.105	432.675	-5,3	12,7
<b>CAUSA DA INTERNAÇÃO</b>									
Câncer de mama feminino	30.505	34.179	34.866	33.454	34.830	36.495	40.898	12,1	34,1
Tratamento cirúrgico de câncer de mama feminino	13.530	15.452	16.509	15.814	17.169	16.025	17.361	8,3	28,3
Câncer de colo de útero	23.436	24.656	12.345	12.408	15.069	12.710	11.818	-7,0	-49,6
Tratamento cirúrgico de câncer de colo de útero	15.478	16.062	9.444	9.590	9.140	9.033	8.206	-9,2	-47,0
<b>TERAPIA</b>									
Implante de dispositivo intrauterino - DIU	34.671	43.652	40.210	50.988	61.307	101.897	143.492	40,8	313,9

Fonte: SIP/ANS/MS – 03/2018. Elaboração: IESS - dados extraídos dia: 10/07/2018.

A seguir serão realizadas outras análises não contempladas neste bloco, que exigem maior espaço de discussão e estão voltadas ao câncer de mama feminino, câncer de colo de útero, proporção de partos e métodos contraceptivos.

### C.1) CÂNCER DE MAMA FEMININO

No Brasil, o câncer de mama é o tipo de câncer mais incidente em mulheres, excluindo-se os tumores de pele não melanoma, em todas as regiões, exceto na região Norte, onde a principal incidência é o câncer de colo de útero. Além disso, o câncer de mama é a primeira causa de morte por câncer na população feminina brasileira. Para a detecção precoce do câncer de mama e para a redução da mortalidade nesse grupo, a mamografia é o exame radiológico preconizado pelo Ministério da Saúde e é recomendado para as mulheres de 50 a 69 anos a cada dois anos (INCA, 2015).

Em relação à detecção precoce, observa-se no gráfico 5 que na saúde suplementar foram realizados 5,0 milhões de exames de mamografia, sendo 2,3 milhões na faixa etária prioritária (de 50 a 69 anos) em 2017. Na comparação com o ano anterior, houve redução de 46,0 mil mamografias na faixa etária prioritária (queda de 2,0%).

No entanto, é preciso levar em consideração que houve redução de 0,5% no número de beneficiárias entre a faixa etária prioritária nesse último ano (gráfico 7). Mesmo assim, verifica-se no gráfico 8 que, a cada 100 mulheres entre 50 a 69 anos vinculadas a planos médico-hospitalares, em média 47,0 haviam feito o exame de mamografia na saúde suplementar em 2011, 48,6 em 2016 e 47,9 em 2017<sup>3</sup>.

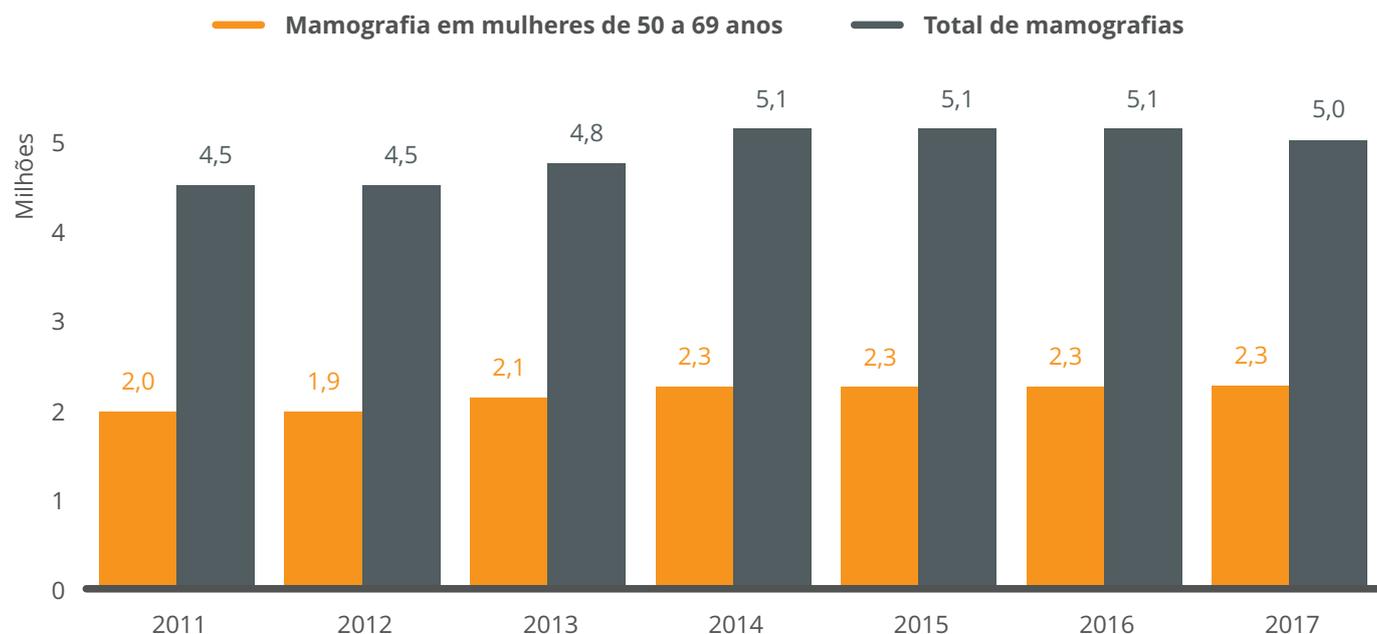
Ao observar a internação relacionada ao câncer de mama feminino no gráfico 6, verifica-se que em 2016 foram 36,5 mil internações vinculadas à essa doença e em 2017 foram 40,9

<sup>3</sup> Pelo Programa de Qualificação da Saúde Suplementar Ano 2017 da ANS, a meta era atingir um resultado igual ou superior a 50 mamografias para cada 100 beneficiárias na faixa etária prioritária, considerando a realização de um exame em mulheres dessa faixa etária a cada 2 anos (ANS, 2017). Como os dados do Mapa Assistencial são referentes a quantidade de mamografias realizada pelas operadoras no ano respectivo (e não a cada dois anos), não foi possível comparar a taxa apresentada acima com a meta da ANS.

mil internações (aumento de 12,1%). Já o tratamento cirúrgico de câncer mama feminino na saúde suplementar obteve um somatório de 17,4 mil cirurgias em 2017, aumento de 8,3% quando comparada com o ano anterior (gráfico 6).

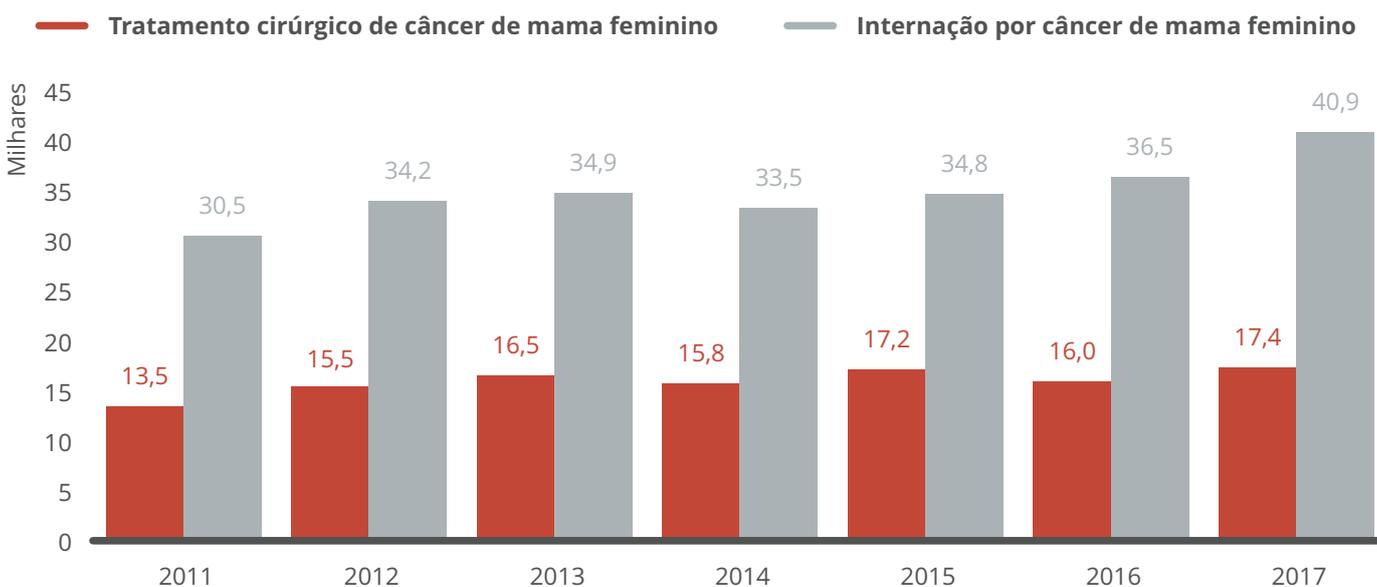
Ao câncer de mama também estão vinculadas as consultas com os mastologistas<sup>4</sup>. Em 2017 foram realizadas 1,1 milhão de consultas com esses profissionais (aumento de 1,7% em comparação com o ano anterior – gráfico 4). A razão de consultas com o mastologistas a cada 100 beneficiárias com mais de 10 anos de idade também aumentou, foi de 4,9% em 2016 para 5,1% em 2017.

**Gráfico 5 – Evolução do total de mamografias e número de mamografias em mulheres de 50 a 69 anos, 2011 a 2017.**



Fonte: SIP/ANS/MS – 03/2018 e SIB/ANS/MS – 05/2018. Elaboração: IESS - dados extraídos dia: 10/07/2018.

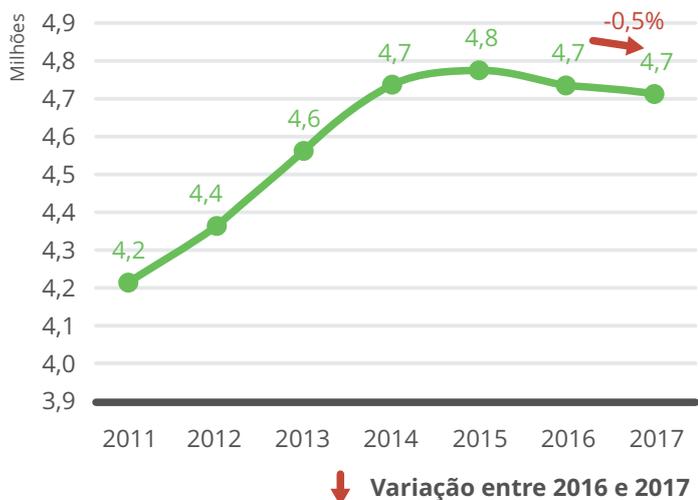
**Gráfico 6 – Evolução de internações para tratamento do câncer de mama feminino e total de internações para câncer de mama feminino, 2011 a 2017.**



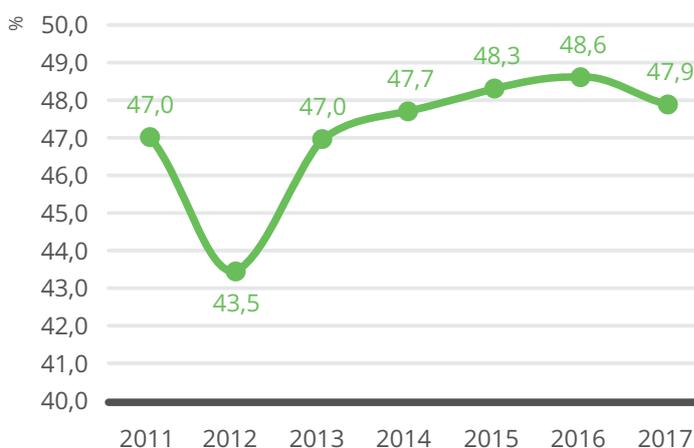
Fonte: SIP/ANS/MS – 03/2018 e SIB/ANS/MS – 05/2018. Elaboração: IESS - dados extraídos dia: 10/07/2018.

<sup>4</sup> A mastologia é uma especialidade médica que lida com a prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação das doenças da mama.

**Gráfico 7 – Evolução do número de beneficiárias de planos médico-hospitalares entre a faixa etária de 59 anos ou mais entre 2011 e 2017 e variação percentual entre 2016 e 2017.**



**Gráfico 8 – Evolução do percentual de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária, 2011 a 2017.**



Fonte: SIP/ANS/MS – 03/2018 e SIB/ANS/MS – 05/2018. Elaboração: IESS - dados extraídos dia: 10/07/2018.

Embora a mamografia seja ainda o único método de rastreamento de câncer de mama com comprovada efetividade, um estudo Braga (2015) demonstrou que a mamografia também oferece riscos para as mulheres e não deve ser usada de maneira imprudente, pois, assim como acontece quando as mulheres são expostas ao raio-X, a radiação do mamógrafo também pode aumentar a chance de desenvolvimento da doença. Além disso, o uso indevido do procedimento sobrecarrega o sistema de saúde, gerando desperdício tanto de recursos financeiros quanto de alocação de equipamentos e operadores, que poderiam ser empregados na realização e exames em um público apropriado (Braga, 2015).

## C.2) CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

O câncer de colo de útero é o terceiro tumor mais frequente na população feminina e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil. Para a prevenção, a partir de 2017, o Ministério da Saúde ampliou no seu calendário vacinal a vacina contra o HPV, recomendando a vacinação para as meninas de 9 a 14 anos e meninos de 12 a 13 anos de idade. Quando diagnosticado na fase inicial, as chances de cura desse câncer são de 100% (INCA, 2017).

Nas mulheres, o exame de citopatologia cérvico-vaginal oncótica (ou também denominado de Papanicolau) é o principal exame de detecção precoce e preventivo para esse tipo de câncer. Após o início da vida sexual, recomenda-se que as mulheres que estão entre 25 e 64 anos de idade façam o exame a cada três anos (INCA, 2017).

Os dados do gráfico 9 demonstra, em números absolutos, a quantidade de exames de papanicolau em beneficiárias de 25 a 59 anos<sup>5</sup> na Saúde Suplementar. Em 2017 foram realizadas 6,3 milhões desses procedimentos (redução de 4,3% em comparação com o ano de 2016). Destaca-se que, desde 2015, houve sucessivas quedas no número de exames de papanicolau.

<sup>5</sup> O Ministério da Saúde ampliou a faixa etária indicada para o exame de Papanicolau. Antes de 2011, era feito em mulheres entre 25 e 59 anos. Após esse ano, a faixa etária se estendeu para 25 a 64 anos (Inca, 2011). No entanto, nota-se que os dados divulgados no Mapa Assistencial seguem a faixa etária de 25 a 59 anos. Por tal motivo, realizou-se os cálculos da taxa de exames de papanicolau em mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos.

Na mesma lógica da análise do câncer de mama, é necessário considerar que nesse mesmo período, o número de beneficiárias na faixa etária de 25 a 59 anos em planos com segmentação ambulatorial reduziu 1,2% (gráfico 11). Assim, considerando os vínculos, verifica-se no gráfico 12 que em 2011, esse procedimento diagnóstico preventivo foi realizado em 46,3 a cada 100 mulheres na faixa etária priorizada, em 2016 essa taxa foi de 44,3 e em 2017 foi de 42,9 na Saúde suplementar.

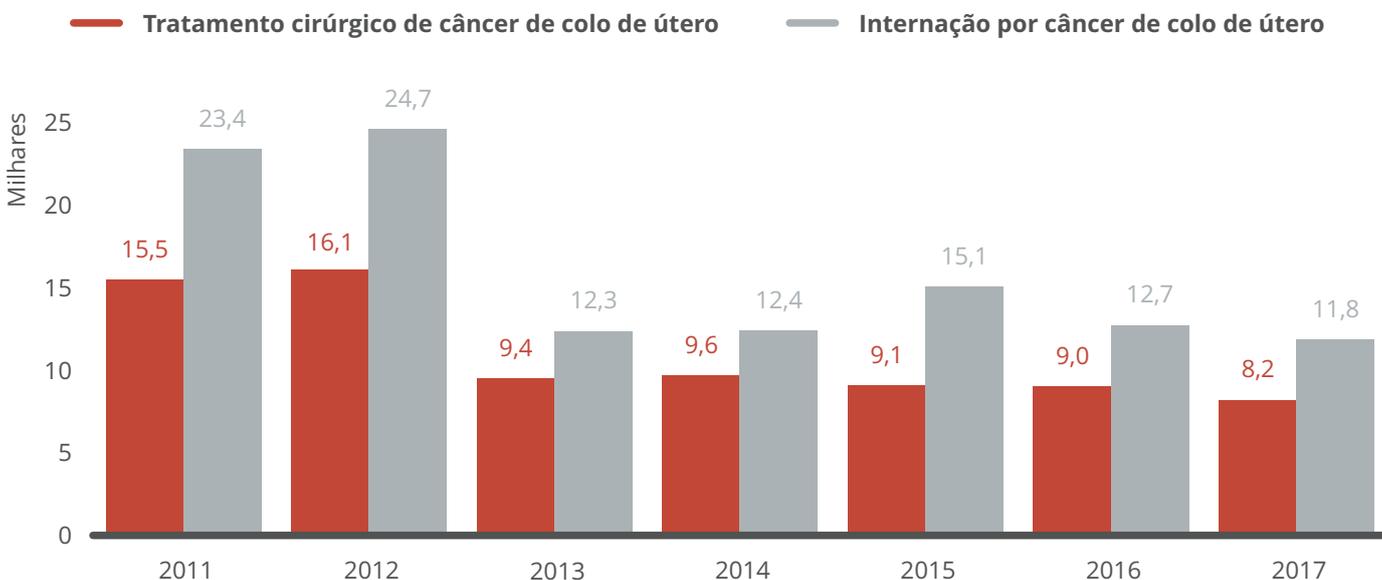
No gráfico 10 e na tabela 1, destaca-se que a quantidade de internações relacionadas ao câncer de colo de útero caiu pela metade (-49,6%) entre 2011 e 2017. Em números absolutos, em 2011, foram 23,4 mil procedimentos e em 2017, 11,8 mil. O tratamento para esse tipo de câncer também reduziu pela metade (queda de 47,0% entre 2011 e 2017 – gráfico 10).

**Gráfico 9 – Evolução do total de procedimentos diagnóstico em citopatologia cérvico-vaginal oncótica em mulheres de 25 a 59 anos, 2011 a 2017.**



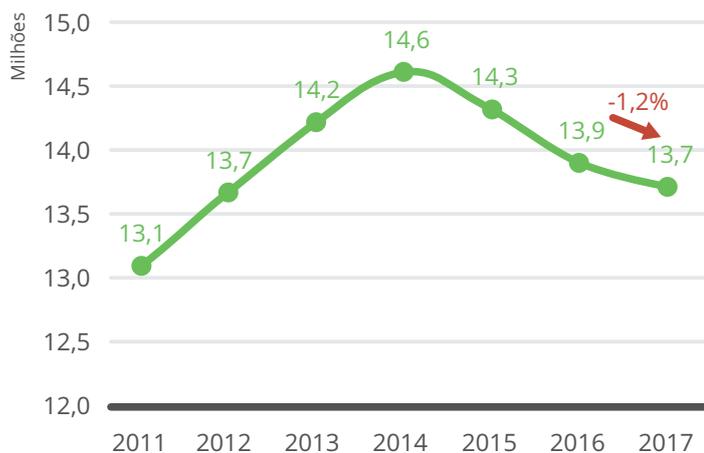
Fonte: SIP/ANS/MS – 03/2018 e SIB/ANS/MS – 05/2018. Elaboração: IESS - dados extraídos dia: 10/07/2018.  
Nota: \*Somente beneficiárias com cobertura ambulatorial.

**Gráfico 10 – Evolução de internações para tratamento cirúrgico de câncer de colo de útero e total de internações por câncer de colo de útero, 2011 a 2017.**



Fonte: SIP/ANS/MS – 03/2018 e SIB/ANS/MS – 05/2018. Elaboração: IESS - dados extraídos dia: 10/07/2018.  
Nota: \*Somente beneficiárias com cobertura ambulatorial.

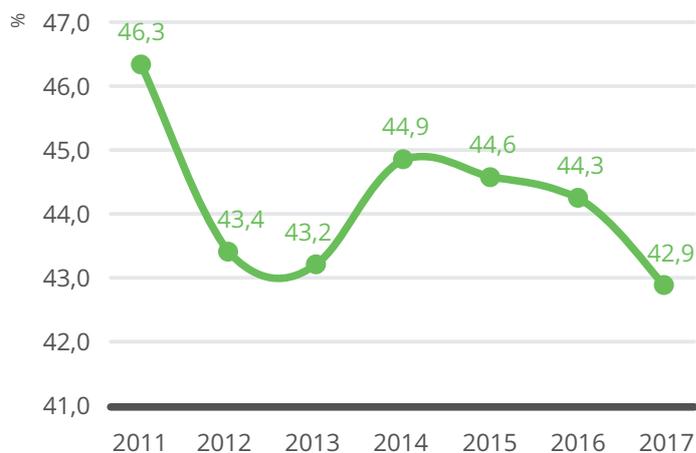
**Gráfico 11 – Evolução do número de beneficiárias de planos médico-hospitalares entre a faixa etária de 25 a 59 anos\* entre 2011 e 2017 e variação percentual entre 2016 e 2017.**



↓ Variação entre 2016 e 2017

Fonte: SIP/ANS/MS – 03/2018 e SIB/ANS/MS – 05/2018. Elaboração: IESS - dados extraídos dia: 10/07/2018.  
Nota: \*Somente beneficiárias com cobertura ambulatorial.

**Gráfico 12 – Evolução do percentual de exames de Papanicolau realizados em mulheres de 25 a 59 anos e população da mesma faixa etária, 2011 a 2017.**



### C.3) PARTOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR

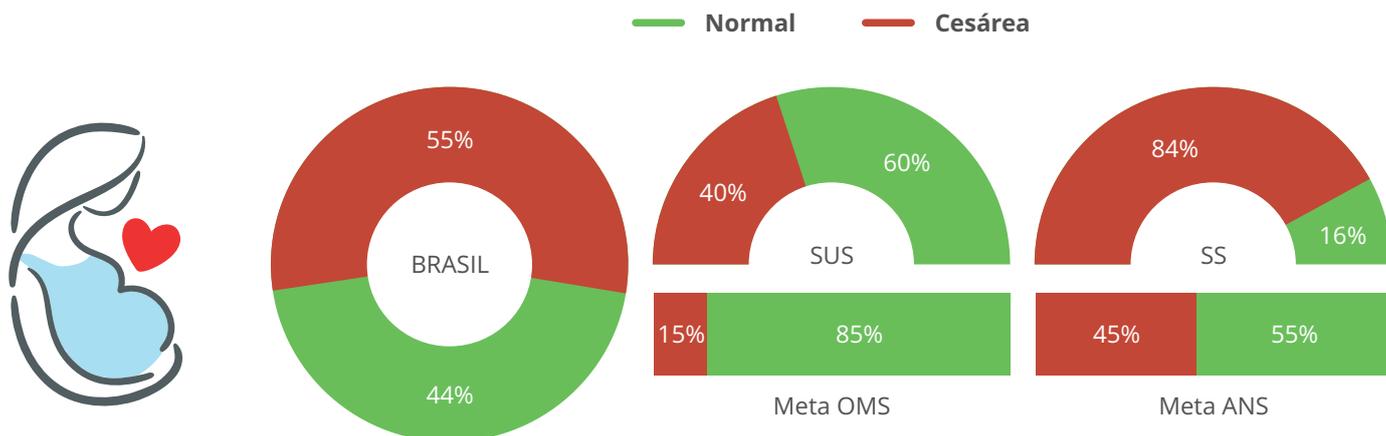
As Nações Unidas estimaram que em 2015, cerca de 303 mil mulheres morreram durante, após a gravidez ou na hora do parto (UN, 2016). Para o Brasil, esse tópico é especialmente importante por conta dos intensos debates a respeito das taxas de parto por cesarianas e riscos que isso gera às mães e aos bebês.

Sabe-se que a cesariana é uma das operações cirúrgicas mais realizadas no mundo. Quando necessário, uma cesariana pode efetivamente prevenir a mortalidade e morbidade materna e perinatal (OMS, 2015). Porém a cesárea pode causar complicações, assim como sequelas ou morte e uma proporção significativa dessas intervenções cirúrgicas está sendo realizada sem que haja uma clara indicação médica e devem ser consideradas com um problema de saúde (WHO, 2009). Um estudo de Pereira et al. (2016), constata que o risco de morte materna pós parto é três vezes maior em cesarianas quando comparado a outras modalidades de parto e recomendam que médicos e pacientes analisem os benefícios e os riscos do procedimento.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2014 o Brasil era o segundo país com a maior taxa de partos cesáreos no mundo (55,6%) e somente está atrás da República Dominicana (56,4%). A OMS descreve que desde 1985, a comunidade médica internacional de saúde considera a taxa ideal para cesarianas entre 10% e 15%. Novos estudos revelam que quando as taxas de cesariana aumentam para 10% em toda a população, o número de mortes maternas e neonatais diminui. Mas quando a taxa ultrapassa 10%, não há evidências de que as taxas de mortalidade melhorem (WHO, 2015).

Atenta-se que esse dado de 55,6% apresentado pela OMS é a taxa de Partos Cesáreos (PC) no sistema de saúde como um todo (unindo sistema público e suplementar). Ao analisar os dados mais recentes disponíveis, verificou-se que no Sistema Único de Saúde (SUS) a taxa de PC foi de 40% em 2016 (MS, 2016) e na saúde suplementar, percebe-se o dado é ainda mais alarmante, de 84% em 2017 (ANS, 2018). O infográfico 2 ilustra esse cenário acima descrito e demonstram que algo precisa mudar no Brasil.

## Infográfico 2 – Parto Normal vs. Parto Cesárea



O Brasil é o **segundo país** com a maior taxa de partos cesáreos no mundo (**55,6%**). Na Saúde Suplementar, essa proporção chega a **84%**. A OMS considera a taxa ideal de cesarianas entre **10% e 15%**.

Fonte: Dados do Brasil (MS/Sinasc, 2018), dados do SUS (MS, 2016), dados da Saúde Suplementar (ANS, 2018), meta OMS (WHO, 2015) e meta ANS (ANS, 2018). Nota técnica: os dados do Brasil são referentes ao ano de 2016, do SUS referem-se ao ano de 2016 e da Saúde Suplementar (SS) ao ano de 2017.

Na tabela 3 é possível observar a evolução do número de partos na Saúde Suplementar. Observa-se que desde 2014, a proporção de cesarianas está caindo. Para reduzir o percentual de cesarianas desnecessárias e identificar novos modelos de atenção ao parto e nascimento, a ANS instituiu no início de 2015 o projeto “Parto Adequado”. Nessa época, a taxa de partos vaginais no conjunto de Hospitais participantes era de cerca de 20%. Dois anos depois, já na Fase 2, o Projeto contava com a participação de 127 hospitais e 62 operadoras de planos de saúde e segundo dados preliminares da ANS, a média de partos normais na população alvo do Projeto foi de 47%, aumento de 6,3% no período de 12 meses - janeiro a dezembro de 2017 (ANS, 2018). Nota-se que a meta global no início desse projeto foi alcançar

a taxa de 40% de partos vaginais ao final da Fase 1, indicando assim, que as maternidades deste projeto estão mudando o seu modelo de cuidado (ANS, 2016).

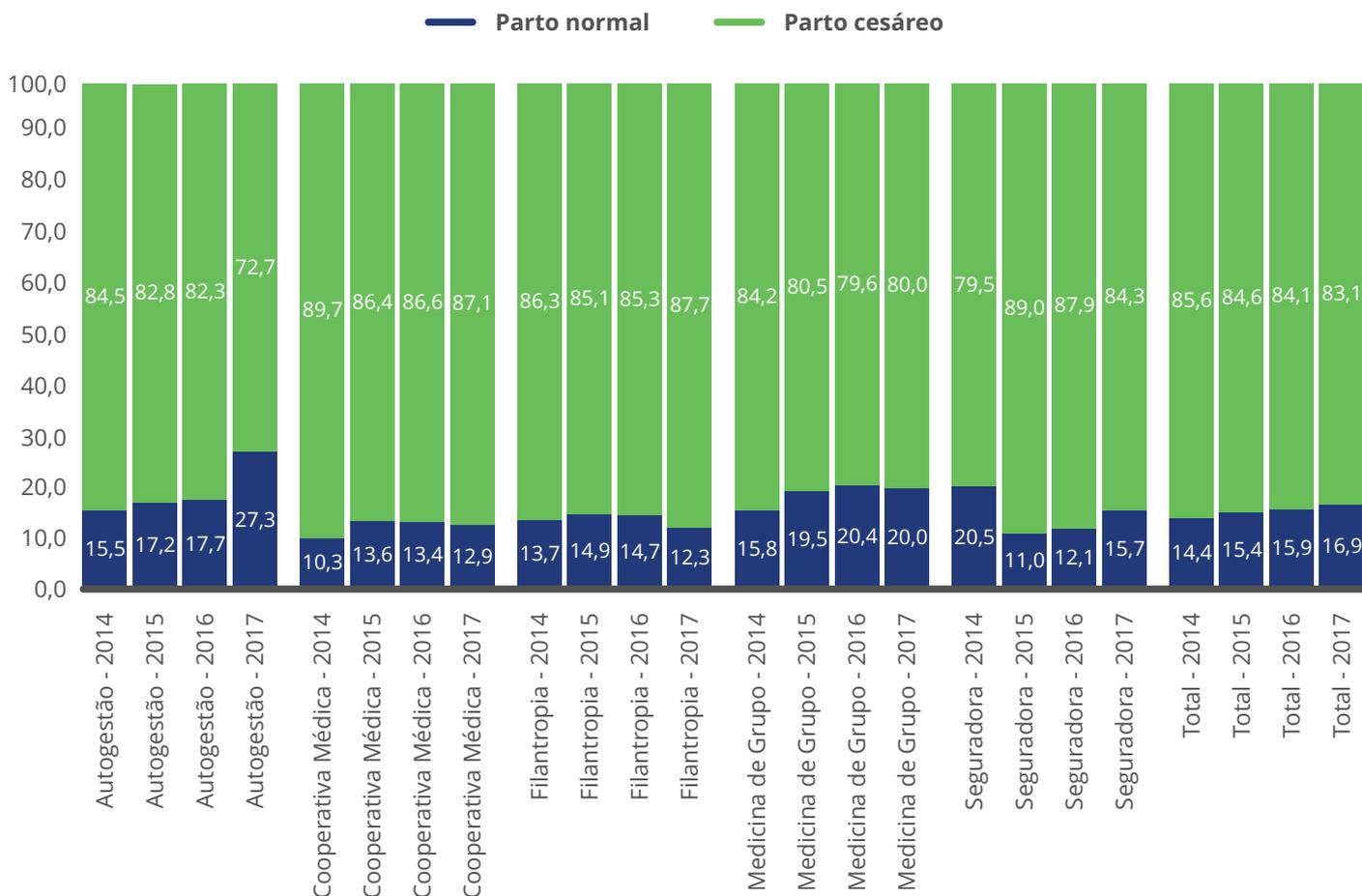
Além disso, diante desse cenário de dificuldades de reversão, a ANS propõe no seu “Programa de Qualificação de Operadoras” de 2018 (ano-base 2017) uma meta de redução maior ou igual que 10% na proporção de partos cesáreos em relação ao ano-base anterior ou atingir um resultado igual ou inferior a 45% de PC, independentemente da redução alcançada (ANS, 2017). Embora seja elevada, essa meta é inferior às taxas praticadas atualmente pelo setor, sendo assim um pouco mais realista e levando em conta fatores culturais, organização da rede de atenção e políticas de remuneração.

**Tabela 3 – Evolução do número de parto normal e cesariana, variação percentual em 12 meses e proporção no período de 2011 a 2017.**

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>NÚMERO DE PROCEDIMENTOS</b>							
<b>Total de partos</b>	461.995	491.397	535.675	544.582	569.188	543.463	520.622
<b>Parto Normal</b>	78.185	78.041	82.448	78.306	87.617	86.358	87.947
<b>Parto Cesariana</b>	383.810	413.356	453.227	466.276	481.571	457.105	432.675
<b>VARIAÇÃO EM 12 MESES (%)</b>							
<b>do total de partos</b>	(-)	6,4	9,0	1,7	4,5	-4,5	-4,2
<b>do Parto Normal</b>	(-)	-0,2	5,6	-5,0	11,9	-1,4	1,8
<b>do Parto Cesariana</b>	(-)	7,7	9,6	2,9	3,3	-5,1	-5,3
<b>PROPORÇÃO EM RELAÇÃO AO TOTAL DE PARTOS</b>							
<b>Parto normal</b>	16,9	15,9	15,4	14,4	15,4	15,9	16,9
<b>Cesarianas</b>	83,1	84,1	84,6	85,6	84,6	84,1	83,1

Fonte: SIP/ANS/MS – 03/2018. Elaboração: IEES - dados extraídos dia: 10/07/2018.

Esta análise se propôs também a observar a proporção de partos por modalidade da operadora, já que 83,1% foi a média vista em 2017 para todas as operadoras da saúde suplementar. Entre 2014 e 2018, destaca-se no gráfico 13 que as autogestões saltaram de 15,5% de parto normal de 2014 para 27,3% em 2017. Além disso, as demais modalidades, com exceção das seguradoras, apresentaram aumento ou estabilidade na proporção de parto normal. Assim, observa-se que, em média, as operadoras de planos médico-hospitalares têm conseguido manter ou aumentar, aos poucos, sua proporção de partos normais em relação ao total de partos.

**Gráfico 13 - Proporção de parto normal e parto cesáreo por modalidade da operadora. Brasil, 2014 a 2017.**

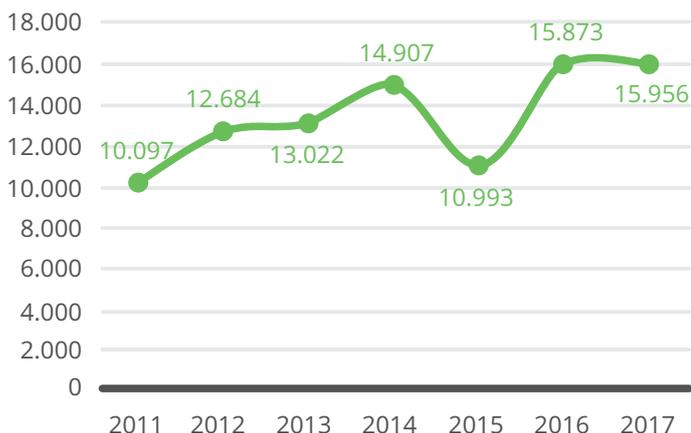
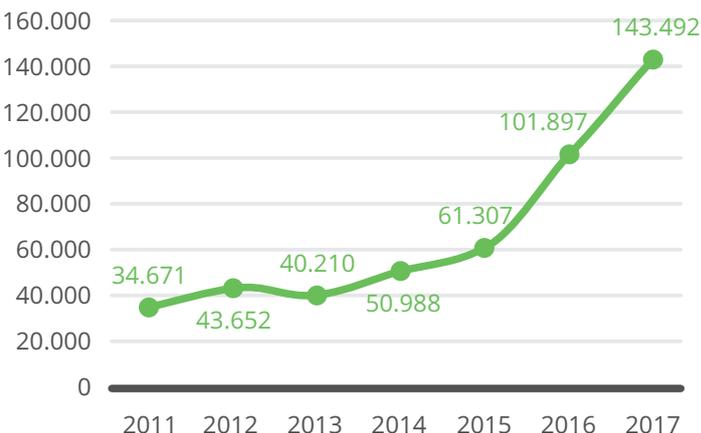
Fonte: SIP/ANS/MS - 03/2018. Elaboração: IESS - dados extraídos dia: 10/07/2018.

Em uma análise comparativa, em 2014, nos 150 países estudados por Bétran et. al, 18,6% dos nascimentos ocorreram via PC, variando de 6% nas regiões menos desenvolvidas a 27,2% nas mais desenvolvidas. A região com as maiores taxas de cesáreas foi a América Latina e Caribe (40,5%), seguida pela América do Norte (32,3%), Oceania (31,1%), Europa (25%), Ásia (19,2%) e África (7,3%). O mesmo estudo indicou que entre 1990 e 2014, a taxa média anual de crescimento de PC foi 4,4%. A sub-região que apresentou a maior taxa de PC foi a América do Sul (42,9%) (Betrán et. al., 2016).

#### C.4) MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

A contracepção é a ação de um procedimento, medicamento, dispositivo e/ou comportamento para evitar a gravidez. Na saúde suplementar são catalogadas as internações para laqueadura tubária (procedimento de anticoncepção definitivo) e o implante de dispositivo intrauterino (DIU), métodos contraceptivos que se destacaram quando realizada a comparação entre 2011 e 2017.

Nesse período, observa-se nos gráficos 14 e 15 que houve aumento de 58,0% no número de internações de laqueadura tubária (sendo 10 mil em 2011 e de 16 mil em 2017). Na mesma comparação, o número de procedimentos de implante de dispositivo intrauterino quadruplicou, foi de 313,9% (sendo 34,7 mil em 2011 e 143,5 mil em 2017).

**Gráfico 14 – Evolução do número de internações para Laqueadura tubária, 2011 a 2017.****Gráfico 15 – Evolução do número de terapias para Implante de dispositivo intrauterino - DIU, 2011 a 2017.**

Fonte: SIP/ANS/MS – 03/2018. Elaboração: IESS - dados extraídos dia: 10/07/2018.

## D. FONTES, LIMITAÇÕES E VIESES

Os dados assistenciais desta análise foram coletados de seis publicações da ANS denominadas “Mapa Assistencial da Saúde Suplementar”. Sua principal fonte de informação é o Sistema de Informações de Produtos (SIP), uma base de dados da ANS que coleta periodicamente as informações assistenciais das operadoras de planos privados de assistência à saúde. Além disso, os dados quantitativos do número de beneficiários de planos médico-hospitalares foram extraídos de uma ferramenta denominada “ANS Tabnet”, cuja principal fonte de informações é o Sistema de Informações de Beneficiários (SIB).

### Limitações e Vieses dessa análise:

- O SIP não é um sistema auditado e os dados são enviados periodicamente pelas operadoras planos privados de assistência à saúde à ANS;
- Ao citar o termo beneficiário, o IESS reconhece a nota técnica da ANS/Tabnet: “um beneficiário pode possuir mais de um plano e assim constar no sistema tantas vezes quantos forem os vínculos que possuir com planos privados de assistência à saúde”;
- Os dados estão sujeitos a revisão pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ou qualquer outra fonte citada. Por tal motivo, o IESS coloca a data de extração e elaboração dos dados apresentados;
- Pelo fato de serem dados secundários e passíveis de atualização, preferiu-se não fazer análises estatísticas para que não fossem realizadas inferências que não expressem a realidade. No entanto, admitiu-se que, para gerar alguns indicadores, estes dados expressam a realidade e que são os dados disponíveis para análises como desse relatório;
- Atenta-se que esse resultado é especificamente da saúde suplementar e que um procedimento também pode ser realizado no sistema público de saúde ou em clínicas particulares e conseqüentemente não será computado nesta análise; e
- Taxas por beneficiário: por ser uma média do Brasil, esse indicador não se expressa igualmente para todas as operadoras e regiões do Brasil pois os modelos assistenciais, operacionais e de infraestrutura da rede variam. Além disso, um beneficiário pode realizar várias consultas médicas no período analisado e distorcer a informação.

## E. REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Cartilha. Nova Organização do cuidado ao parto e nascimento para melhores resultados de saúde. Projeto Parto Adequado – Fase 1 [recurso eletrônico]. Rio de Janeiro, 2016.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Mapa assistencial da Saúde Suplementar Setembro de 2012 [recurso eletrônico]. Rio de Janeiro, 2012.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Mapa assistencial da Saúde Suplementar Abril de 2013 [recurso eletrônico]. Rio de Janeiro, 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Mapa assistencial da Saúde Suplementar 2014 [recurso eletrônico]. Rio de Janeiro, 2014.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Mapa assistencial da Saúde Suplementar 2015 [recurso eletrônico]. Rio de Janeiro, 2016.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Mapa assistencial da Saúde Suplementar 2016 [recurso eletrônico]. Rio de Janeiro, 2017.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Mapa assistencial da Saúde Suplementar 2017 [recurso eletrônico]. Rio de Janeiro, 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Sítio eletrônico: Fase 2 do Projeto Parto Adequado registra aumento de 8% nos partos vaginais. Publicado em: 03/04/2018. Disponível em: < <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/sobre-a-ans/4389-fase-2-do-projeto-parto-adequado-registra-aumento-de-8-nos-partos-vaginais> >.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ficha técnica. Indicadores do programa de qualificação de operadoras 2018 (ano-base 2017). Julho/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Portaria nº 306, de 28 de março de 2016. Aprova as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana.

Braga M. R. Análise da utilização de mamografia e seus desdobramentos em um plano de autogestão em saúde. Dissertação apresentadas com vistas à obtenção do título de mestre em ciências na área da saúde pública. Fiocruz. 2015.

Esteves-Pereira AP, Deneux-Tharoux C, Nakamura-Pereira M, Saucedo M, Bouvier-Colle MH, et al. Caesarean Delivery and Postpartum Maternal Mortality: A Population-Based Case Control Study in Brazil. 2016. PLOS ONE 11(4): e0153396.

UN - Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller A-B, Gemmill A et al.; United Nations Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group collaborators and technical advisory group. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. Lancet. 2016; 387(10017):462-74. doi:10.1016/S0140-6736(15)00838-7.

Betrán, A.P., Ye, J., Moller, A.B., Zhang, J., Gülmezoglu, A.M., Torloni, M.R. The increasing trend in caesarean section rates: Global, regional and national estimates: 1990–2014. PLoS One. 2016.

INCA. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/livro\\_deteccao\\_precoce\\_final.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/livro_deteccao_precoce_final.pdf)>.

INCA. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro, 2011.

WHO. Rising caesarean deliveries in Latin America: how best to monitor rates and risks. 2009. Disponível em: <[http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/rhr\\_09\\_05/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/rhr_09_05/en/)>

WHO. Caesarean sections should only be performed when medically necessary. 2015. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/caesarean-sections/en/>>.

## ANEXO 1

**Tabela A1 – Evolução do número de mulheres vinculadas a planos médico-hospitalares entre 2011 e 2017 e variação percentual entre 2016 e 2017 e entre 2011 e 2017.**

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Varição % entre 2016 e 2017	Varição % entre 2011 e 2017
<b>Acima de 10 anos</b>	21.250.071	22.057.059	22.830.594	23.348.915	22.904.056	22.240.066	21.983.070	-1,2	3,4
<b>10 a 49 anos</b>	15.464.528	16.073.054	16.587.334	16.864.897	16.342.955	15.685.935	15.406.390	-1,8	-0,4
<b>25 a 59 anos*</b>	13.979.549	14.599.036	15.190.713	15.635.399	15.350.402	14.939.083	14.760.346	-1,2	5,6
<b>50 a 69 anos</b>	4.217.348	4.369.438	4.564.240	4.738.161	4.776.039	4.736.871	4.714.655	-0,5	11,8
<b>60 anos ou mais</b>	3.148.022	3.257.135	3.406.856	3.557.291	3.641.459	3.697.147	3.765.870	1,9	19,6
<b>Total de Beneficiárias</b>	<b>24.321.188</b>	<b>25.269.500</b>	<b>26.176.912</b>	<b>26.759.633</b>	<b>26.236.757</b>	<b>25.484.725</b>	<b>25.201.108</b>	<b>-1,1</b>	<b>3,6</b>

Fonte: SIB/ANS/MS – 05/2018. Elaboração: IESS - dados extraídos dia: 09/08/2018.

Nota: dezembro foi o mês base para extração do número de vínculos.

\*Somente beneficiárias com cobertura ambulatorial.



**INSTITUTO DE ESTUDOS  
DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

## Equipe

Luiz Augusto Carneiro - Superintendente Executivo

Amanda Reis - Pesquisadora

Natalia Lara - Pesquisadora

Bruno Minami - Pesquisador

IESS

Rua Joaquim Floriano 1052, conj. 42  
CEP 04534 004, Itaim, São Paulo, SP

Tel (11) 3706.9747

[contato@iess.org.br](mailto:contato@iess.org.br)

[www.iess.org.br](http://www.iess.org.br)