

Estudo epidemiológico transversal dos partos realizados em beneficiárias de uma operadora de saúde suplementar de pequeno porte

Epidemiological study of births in beneficiaries of a small health insurance service provider

Hermano Alexandre Lima Rocha¹, Clara Maria Nantua Evangelista², Maria Verônica Sales da Silva³, Sabrina Gabriele Maia Oliveira Rocha³, Ítalo Martins de Oliveira⁴

Palavras-chave:

financiamento da assistência à saúde, saúde suplementar, cesárea, parto normal

Keywords:

healthcare financing, supplemental health, cesarean section, natural childbirth

RESUMO

Introdução: A cesárea é um procedimento cirúrgico originalmente desenvolvido para salvar a vida da mãe e/ou da criança, quando ocorrem complicações durante a gravidez ou no parto. O Ceará, no período de 2005 a 2012, apresentou uma das mais altas taxas de partos cesáreos do Brasil, passando de 28,3% em 2005 para 49,1% em 2012. **Objetivo:** Este trabalho visa a descrever o perfil dos partos realizados por uma operadora de saúde suplementar de pequeno porte no Ceará, nos anos de 2011 e 2012. Foi realizado estudo descritivo transversal para a coleta das principais variáveis relacionadas aos eventos de parto. **Métodos:** descrição através da obtenção de medidas de tendência central das variáveis e comparações intragrupos. As comparações bivariadas foram realizadas utilizando os testes de qui-quadrado e ANOVA/Mann-Whitney. Foram considerados como significativos os resultados com valor de p menores que 0,05. **Resultados:** Dos 67 partos realizados, a média de idade foi de 28,1 anos. Notou-se também que 94% dos partos realizados no período em questão na operadora foram cesarianas. A média de idade gestacional ficou entre 36 a 39 semanas nas quatro instituições prestadoras, e todos os resultados foram estatisticamente significantes. 97% dos prestadores não precisaram de UTI neonatal. Um dos principais achados encontrados nesse trabalho foi que um dos prestadores credenciados à operadora realiza os procedimentos de parto com menor média de idade gestacional que seus pares e utiliza mais berçário especial. **Conclusão:** A realização de procedimentos com menor idade gestacional pode levar a maiores custos para a operadora.

ABSTRACT

Introduction: Caesarean section is a surgical procedure originally developed to save the life of the mother and/or child, when complications occur during pregnancy or childbirth. Ceará, in the period from 2005 to 2012, has presented one of the highest rates of cesarean deliveries in Brazil, from 28.3% in 2005 to 49.1% in 2012. **Objective:** This paper aims to describe the profile of deliveries by a small health insurance provider in Ceará, in the year 2011-2012. We conducted cross-sectional survey to collect the main variables related to the events of birth. **Methods:** description by obtaining measures of central tendency of variables and intra-group. The bivariate comparisons were performed using the chi-square and ANOVA/Mann-Whitney test. Was considered significant results with p value less than 0.05. **Results:** Of the 67 deliveries, the mean age was 28.1 years. We also note that 94% of births in the period in question were cesareans operator. The mean gestational age was between 36-39 weeks of gestation in the four providers, and all results were statistically significant. 97% of providers did not need NICU. One of the main findings in this study was that one of the accredited providers performs the procedures for delivery with lower mean gestational age than their peers and uses more special nursery. **Conclusion:** We conclude that the procedures performed with lower gestational age may lead to higher costs for the operator.

Recebido em: 09/11/2013 – Aprovado para publicação em: 08/04/2014

Instituição onde o trabalho foi executado: Free Life Operadora de Planos de Saúde LTDA.

Auxílios recebidos sob a forma de financiamento, equipamentos ou medicamentos: Não houve

Congressos onde o estudo foi apresentado: Não houve

Potenciais conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

Endereço para correspondência: Hermano Alexandre Lima Rocha, Departamento de Saúde Comunitária, Universidade Federal do Ceará, Rua Prof. Costa Mendes, 1609, 60.430-130, Fortaleza, Ceará, 85-33668044, e-mail: hermano@ufc.br

Introdução

A cesárea é um procedimento cirúrgico originalmente desenvolvido para salvar a vida da mãe e/ou da criança, quando ocorrem complicações durante a gravidez ou o parto. É, portanto, um recurso que deve ser utilizado somente quando surge algum tipo de risco para a mãe ou para o bebê, durante a evolução da gravidez e/ou do parto. Como todo procedimento cirúrgico, a cesárea não é isenta de riscos, estando associada à maior morbimortalidade materna e infantil, quando comparada ao parto vaginal. A escolha de qualquer intervenção médica, em termos éticos, deve basear-se no balanço entre riscos e benefícios. No Brasil e em outros países, no entanto, a cesárea tem sido abusivamente utilizada, sem benefícios para as mulheres e recém-natos. (Catling-paull, 2011; Liu, 2007; Häger, 2004).

Os países desenvolvidos que têm taxas de cesarianas mais baixas são também aqueles que apresentam os valores de mortalidade materna e perinatal mais baixos. A cesariana envolve riscos adicionais de morbidade e mortalidade maternas, decorrentes sobretudo de uma maior incidência de complicações tromboembólicas, hemorrágicas, infecciosas e de placentação anormal em gestações subsequentes. A forma de cálculo dos custos associados à cesariana é muito variável, mas é geralmente aceito que a cesariana tem mais custos que o parto vaginal. Os países europeus têm uma taxa média de 25% de cesarianas (Schuitemaker, 2011).

Apesar de ser um problema atual, com estudos recentes mostrando uma mortalidade sete vezes maior para gestantes que se submetem a partos cesáreos, e continuar apresentando tendência de aumento em sua relação aos partos normais (Barros, 2012), a alta prevalência de partos cesáreos vem sendo estudada desde os anos 60.

Muitas intervenções recentes têm tentado reverter esse painel de excesso de partos cesarianos. A literatura internacional mostra que diretrizes nacionais de incentivo ao parto vaginal podem influenciar as taxas de cesariana, mas um maior efeito é visto quando as próprias instituições desenvolvem diretrizes locais, adotam uma abordagem conservadora para a cesariana, restringindo as indicações aceitas para a mesma, usa os formadores de opinião locais, fornecem informação individualizada para as mulheres, e apresentam resposta aos obstetras sobre as taxas de natalidade e mortalidade relacionadas com cada tipo de parto realizado. Características individuais e clínicas podem ter impacto sobre o número de mulheres que escolhem o parto vaginal. Há evidências, embora ainda inconsistentes, que ter seguro de saúde privado, no Brasil representado pela saúde suplementar, conhecido como plano de saúde, pode ser uma barreira para a aceitação e sucesso de parto vaginal (Catling-paull, 2011).

A Agência Nacional de Saúde (ANS) leva em consideração a evolução do número de cesáreas ao fazer a avaliação das operadoras de planos de saúde, mas isso não tem sido sufi-

ciente para diminuir suas altas taxas na saúde suplementar. A regulamentação criou indicadores e notas de qualificação para operadoras e hospitais específicos, visando à redução do número de cesarianas, e estabeleceu que a remuneração dos honorários médicos a serem pagos pelas operadoras seja proporcional e significativamente superior para o parto normal em relação à cesariana, em valor a ser definido pela ANS (ANS, 2009).

Um grande estudo que envolveu mais de dois milhões de mulheres realizado no Canadá, identificou que o grupo da cesariana planejada tinham maiores riscos de parada cardíaca pós-parto (*odds ratio* ajustada [OR] 5,1, intervalo de confiança de 95% [IC] 4,1-6,3), histerectomia, hematoma na ferida operatória, infecção puerperal, complicações anestésicas, tromboembolismo venoso (OR 2,2, IC 95% 1,5-3,2) hemorragia exigindo histerectomia, além de ficarem mais tempo no hospital (média ajustada da diferença de dias de 1,47, 95% CI 1,46-1,49 dias) do que aquelas no grupo de parto vaginal planejado. (Liu, 2007) Uma coorte populacional realizada na Noruega que estudou 2751 cesarianas viu que 21,4% das mulheres tinham uma ou mais complicações (Häger, 2004). Um estudo realizado em Ribeirão Preto, comparando pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) e da rede suplementar demonstrou que a incidência de cesariana variou segundo a categoria de internação, observando-se um gradiente crescente à medida que se elevou o padrão social das gestantes, não havendo correspondência com o risco obstétrico (Meller, 2006).

Para tentar reduzir o número de cesarianas na rede privada, entidades querem que os hospitais mantenham equipes especializadas de plantão para acompanhar as primeiras horas do trabalho de parto das gestantes. Com isso, o obstetra que acompanhou o pré-natal poderia ser acionado só quando o nascimento estivesse se aproximando, pois a longa duração do trabalho de parto é um dos motivos pelos quais muitos médicos optam pelas cirurgias. Essa é uma das propostas da Comissão de Parto Normal, criada em 2009 pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), pelo CFM (Conselho Federal de Medicina), pela FEBRASGO (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia) e pela SBP (Sociedade Brasileira de Pediatria), para estimular esse tipo de parto sempre que não houver indicação clínica para a cesariana (Schuitemaker, 2011).

O Ceará, no período de 2005 a 2012, apresentou uma das mais altas taxas de partos cesáreos do Brasil, passando de 28,3% em 2005 para 49,1% em 2012 (Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, 2013).

Foi lançado recentemente, no Brasil, o Programa Rede Cegonha, iniciativa nacional orientada à gestante e às mães brasileiras usuárias do serviço público de saúde. Uma das diretrizes deste programa governamental é a implantação de casas de parto normal para implementar as demandas do parto humanizado para os casos de baixo risco, visando aumentar o número de partos normais (Carneiro, 2013).

Tendo em vista os riscos assistenciais e a cronicidade do quadro acima exposto, há uma necessidade de análise contínua dos procedimentos realizados através de uma operadora de saúde por meio de sua equipe de auditoria. No Brasil, as taxas de cesariana são bastante elevadas, em torno de 35%, e atingem valores ainda maiores nos serviços privados – 70 a 90% (Yazlle, 2001).

Almeja-se, por meio desse artigo, relatar os resultados de avaliação dos partos realizados durante os anos de 2011 e 2012, em empresa de saúde suplementar de pequeno porte do Ceará, para descrição das principais características dos mesmos.

O objetivo principal deste estudo é analisar o perfil dos partos realizados por uma operadora de saúde suplementar de pequeno porte no Ceará, nos anos de 2011 a 2012, e os objetivos específicos são: descrever a proporção entre partos cesarianos e vaginais; verificar a utilização de recursos de alta tecnologia neonatal e sua relação com o tipo de parto realizado.

Métodos

Foi realizado estudo descritivo transversal, para coleta das principais variáveis relacionadas à caracterização dos eventos de parto das usuárias do plano de saúde comercializado pela operadora, utilizando-se um questionário semiestruturado. A operadora em questão foi fundada há 14 anos, e tem em sua carteira mais de 13.000 beneficiários.

Inicialmente, procedeu-se pesquisa histórica através de levantamento bibliográfico nas bases de pesquisa *PubMed*, *SciELO* e *MEDLINE*, através dos descritores “parto” e “saúde suplementar”. Foram selecionados para a bibliografia, através desta busca, 24 artigos, tendo prioridade os artigos nacionais e mais recentes.

O estudo envolveu as beneficiárias localizadas em todas as regiões atendidas pela operadora, que são em sua maioria do Cariri e de Fortaleza, representando as beneficiárias em quase todos os outros municípios do Estado do Ceará.

Foram estudados todos os partos realizados na operadora entre 1 de junho de 2011 a 1 de junho de 2012. Foram

considerados como partos os procedimentos cadastrados junto à operadora com os códigos da Terminologia Unificada da Saúde Suplementar como 31309054, 31309127 e 31309135. No total, foram identificados 67 partos. O levantamento foi feito através do módulo “guias emitidas” do sistema informatizado da operadora. Foram excluídas do estudo as guias não faturadas, pois provavelmente foram partos solicitados, mas não realizados por alguma razão.

Obteve-se as principais características dos partos estudados e realizou-se: descrição através da obtenção de medidas de tendência central das variáveis e comparações intra-grupos estabelecidas através da divisão da amostra pelas variáveis de interesse. As principais medidas de tendência central foram: média, máximo e mínimo; as comparações bivariadas foram realizadas utilizando os testes de qui-quadrado e ANOVA/Mann-Whitney. Foi utilizado também o coeficiente de correlação de Pearson com interpolação cúbica na comparação de variáveis numéricas. Foram considerados como significativos os resultados com valor de p menores que 0,05.

A análise foi realizada utilizando o programa SPSS v. 13 for Windows, SPSS Inc.

Foi observado o cumprimento dos preceitos éticos da autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça da pesquisa em seres humanos, conforme consta na Resolução 196/96 do CNS. Esta pesquisa foi realizada com a finalidade exclusiva de gerar subsídios para o relatório de auditoria médica, sem identificação de nenhum beneficiário envolvido. Foi obtido termo de fiel depositário emitido pela presidência da operadora de saúde.

Resultados

Dos 67 partos realizados através de uma operadora de saúde suplementar de pequeno porte no Ceará, a média de idade das beneficiárias da amostra foi 28,1 anos, tendo um mínimo de 17 anos e um máximo de 43 anos.

Notou-se também que 94% dos partos realizados no período em questão, pela operadora, foram cesarianas.

Na Tabela 1 observa-se que a menor média de idade materna foi verificada no prestador 2 (22 anos) e com a idade

Tabela 1. Número de partos por idade das beneficiárias, valor de fatura e semanas de gestação de acordo com o prestador. Ceará, 2011

LOCAL	Idade		Valor da fatura do lote		Semanas de gestação	
	Média	Mínimo	Média	Mínimo	Média	Mínimo
Prestador 1	28	18	1876,20	478,02	36	35
Prestador 2	22	19	1556,90	1486,58	39	38
Prestador 3	31	20	1333,05	260,28	38	38
Prestador 4	27	17	1787,61	1062,29	37	37
VALOR DE P*		0,006		0,009		0,004

Nota: *Teste ANOVA.

mínima no prestador 4 (17 anos). Sendo que a média de idade gestacional ficou entre 36 a 39 semanas de gestação nos quatro prestadores e todos os resultados foram estatisticamente significantes. O valor da fatura foi maior no prestador que apresentou menor média de tempo de gestação, com significância estatística. Além disso, notou-se grande variação entre o valor médio de cada fatura e os valores mínimos encontrados. Também, notou-se que a diferença interprestadores da média da fatura pode chegar a até 29%.

A Figura 1 mostra a correlação linear negativa entre a idade gestacional e o valor da fatura, com um valor de $p < 0,001$ e um R quadrático de 0,734.

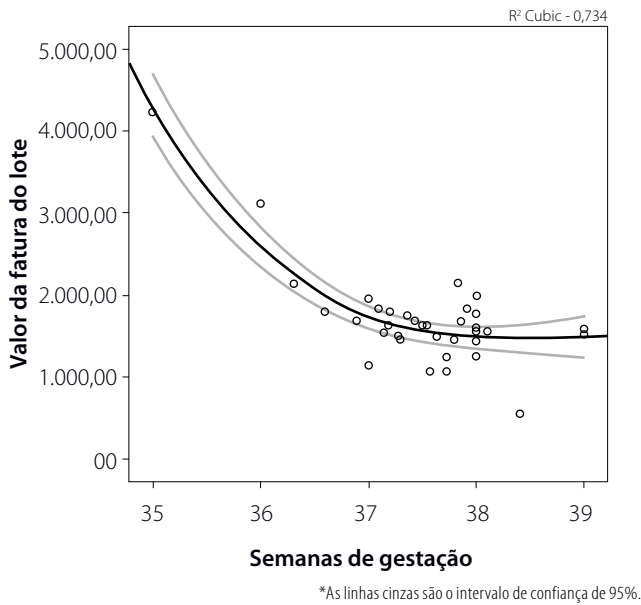


Figura 1. Correlação linear entre valor final de conta do parto e idade gestacional, Ceará, 2011

Conforme a Figura 2, observou-se que a região do Cariri contribuiu com 64,18% dos partos e Fortaleza com 35,82%.

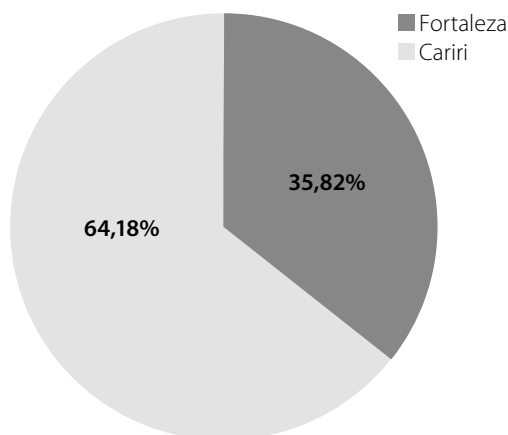


Figura 2. Percentual dos partos por regiões de Fortaleza e Cariri, Ceará, 2011

A Tabela 2 demonstra que o prestador 4 é o que apresenta o menor percentual de intercorrências, de 12,5%, pois a média de presença de intercorrências no parto foi de 20,9%. Os quatro prestadores apresentaram uma média de 79,1% de partos sem intercorrências. Houve diferença para os outros hospitais, porém não foi estatisticamente significante.

Tabela 2. Número e percentual de partos por prestadores segundo presença de intercorrências, no Cariri e em Fortaleza, 2011

Local	Se apresentou intercorrências			
	Sim		Não	
	Nº	(%)	Nº	(%)
Prestador 1	5	(21,7)	18	(78,3)
Prestador 2	1	(25,0)	3	(75,0)
Prestador 3	6	(25,0)	18	(75,0)
Prestador 4	2	(12,5)	14	(87,5)
Total	14	(20,9)	53	(79,1)

Nota: Valor de $p = 0,635$. * Teste do Qui-quadrado.

Quase a totalidade dos prestadores (97%) não precisaram de UTI neonatal. O único local em que foi registrado o uso de unidade de terapia intensiva neonatal foi o prestador 3, em apenas 2 partos (8,3%), porém o fato não foi estatisticamente significante, conforme Tabela 3.

Tabela 3. Número e percentual de partos por prestadores e utilização de UTI neonatal. Ceará, 2011

Local	UTI neonatal			
	Sim		Não	
	Nº	(%)	Nº	(%)
Prestador 1	0	(0,0)	23	(100)
Prestador 2	0	(0,0)	4	(100)
Prestador 3	2	(8,3)	22	(91,7)
Prestador 4	0	(0,0)	16	(100)
Total	2	(3,0)	65	(97)

Nota: Valor de $p = 0,297$. * Teste do Qui-quadrado.

Ao verificar-se a utilização de berçário especial, de custo mais elevado, no pós-parto, notou-se que o prestador 1 utiliza esse berçário em 30,4% dos partos que foram realizados, com diferença estatisticamente significante, como visto na Tabela 4.

Tabela 4. Número e percentual de partos por prestadores e uso de berçário especial. Ceará, 2011

Local	Berçário			
	Sim		Não	
	Nº	(%)	Nº	(%)
Prestador 1	7	(30,4)	16	(69,6)
Prestador 2	0	(0,0)	4	(100)
Prestador 3	0	(0,0)	24	(100)
Prestador 4	0	(0,0)	16	(100)
Total	7	(10,4)	60	(89,6)

Nota: Valor de $p=0,002$. * Teste do Qui-quadrado.

Discussão

A problemática das cesarianas no Brasil, no contexto do SUS e da Saúde Suplementar é uma questão multidimensional e de grande dificuldade em sua interpretação, controle, avaliação e, em especial, em sua auditoria. Estudo realizado recentemente com estudantes de uma escola de medicina brasileira mostrou que, de um total de 189 alunos que responderam os questionários, para qualquer gravidez sem intercorrências e para uma mulher grávida sob seus cuidados, 8,46% dos estudantes optariam por cesariana e, como gerente de saúde, apenas 2,64% dos alunos recomendaria cesariana. Entretanto, no caso do estudante ser interrogado sobre a própria gravidez ou de uma parceira, 41,4% das pessoas, no sexto ano e 16,8% dos que estão no primeiro ano escolheria realizar uma cesariana (Watanabe, 2012).

No Brasil, as taxas de cesarianas são bastante elevadas e a tendência atual é de aumento no número de partos cesáreos. Em 1997, apresentou a maior taxa do mundo, chegando a 36,4%. Em 2003, o percentual desse tipo de parto no Sistema Único de Saúde (SUS) atingiu 32,9%. A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que não há justificativa para um percentual superior a 15% em nenhuma região do mundo. Em 2006, o Brasil chegou a 42,9% (Meller, 2006).

No presente estudo, 94% dos partos realizados no período em questão na operadora foram cesarianas. As razões para esta alta prevalência parecem se relacionar com fatores que interferem na escolha da via do parto, bem como o estrato econômico, cultural e o acompanhamento profissional durante o pré-natal e parto (Barbosa, 2003).

Nos resultados aqui apresentados, dos 67 partos realizados através de uma operadora de saúde suplementar de pequeno porte no Ceará, a média de idade das beneficiárias da amostra foi 28,1 anos, tendo um mínimo de 17 anos e máximo de 43 anos.

Tem sido desenvolvida no Brasil uma cultura de apoio ao parto cirúrgico, sendo considerado por parte da população como superior ao parto normal. Dados recentes mostram que, na opinião dos médicos, a maioria das mulheres dá preferência ao parto cesáreo. O relatório da pesquisa sobre Saúde Reprodutiva e Práticas Obstétricas no Brasil (Núcleo de Estudos de População, 1996) reportou que 89% dos médicos entrevistados em São Paulo consideravam que as mulheres preferiam o parto cirúrgico, assinalando como razões mais importantes dessa preferência o medo do parto vaginal (65%), a possibilidade de laqueadura (11%) e o não pagamento pelo SUS da anestesia para o parto vaginal (8%) (Barbosa, 2003).

Além disso, viu-se que o maior número de cesarianas não se reverte em maior número de uso de UTIs neonatais, mas em um número muito maior de uso de berçários, o que deve explicar em parte o maior custo da fatura final.

Neste trabalho, foi encontrado que há uma forte relação entre a idade gestacional da mãe durante o parto e o custo da fatura da paciente. Os dados gerais do estado do Ceará mostram uma tendência maior para a realização de cesarianas em mulheres com maior idade e uma menor pontuação de Apgar nos partos realizados via vaginal. Isto mostra uma tendência que está sendo estudada pelos pesquisadores atualmente que é a de que as cesarianas são realizadas nas crianças que menos precisam dela.

Mesmo com todas estas considerações, incentivava-se fortemente as tentativas em reduzir a quantidade de partos cesáreos realizados na rede suplementar. As ações já vistas do Ministério da Saúde produziram efeitos. Em São José do Rio Preto, observou-se que as proporções de cesárea diminuíram nos hospitais selecionados e que houve aumento no número de consultas no pré-natal (Moraes, 2004).

Conclusões

Concluiu-se que certas características dos partos realizados determinam um maior uso de alta tecnologia, com consequente maior custo assistencial para a operadora e, dentre elas, a mais impactante é a idade gestacional na ocasião do parto. As recomendações são que as operadoras utilizem termos de consentimento informado sobre possíveis riscos do parto cesariana e outras estratégias de conscientização das beneficiárias sobre as vantagens do parto normal e estimulem maior cuidado e vigilância de recém-nascidos após cesariana por parte da auditoria médica em situações de partos prematuros, dado que nestes poderá haver maior índice de complicações.

Referências bibliográficas

- Althabe, F et al. Mandatory second opinion to reduce rates of unnecessary caesarean sections in Latin America: a cluster randomised controlled trial. *The Lancet*, v. 363, n. 9425, p. 1934-1940, 2004.
- Bager, P et al. Mode of delivery and risk of allergic rhinitis and asthma. *Journal of allergy and clinical immunology*, v. 111, n. 1, p. 51-56, 2003.
- Barbosa, GP et al. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? Caesarean sections: who wants them and under what circumstances?. *Cad. Saúde Pública*, v. 19, n. 6, p. 1611-1620, 2003.
- Barros, FC et al. Caesarean section and risk of obesity in childhood, adolescence, and early adulthood: evidence from 3 Brazilian birth cohorts. *The American journal of clinical nutrition*, v. 95, n. 2, p. 465-470, 2012.
- Brasil, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS. Disponível em <http://www.datasus.gov.br> [Acessado em 8 de abril de 2013]
- Carneiro, RG. Anthropological dilemmas of a public health agenda: Rede Cegonha program, individuality and plurality. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 17, n. 44, p. 49-59, 2013.
- Catling-paull, C et al. Non-clinical interventions that increase the uptake and success of vaginal birth after caesarean section: a systematic review. *Journal of advanced Nursing*, v. 67, n. 8, p. 1662-1676, 2011.
- Conselho Federal de Medicina (CFM), Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Comissão de parto normal. Projeto de intervenção para melhorar a assistência obstétrica no setor suplementar de saúde e para o incentivo ao parto normal. CFM; ANS; 2009.
- Häger, RM et al. Complications of cesarean deliveries: rates and risk factors. *American journal of obstetrics and gynecology*, v. 190, n. 2, p. 428-434, 2004.
- Liu, S et al. Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *Canadian medical association journal*, v. 176, n. 4, p. 455-460, 2007.
- Meller, FO; Schäfer, AA; Neutzling, MB. FATORES ASSOCIADOS AO TIPO DE PARTO EM MULHERES BRASILEIRAS: PND5 2006.
- Ministério da Saúde (Brasil). Portaria MS/GM n.º 2.816, de 29 de maio de 1998. Determina que, no Programa de Digitação de Autorização de Internação Hospitalar - SISAIO1 - seja implantada crítica visando ao pagamento de percentual máximo de cesarianas em relação ao total de partos por hospital. *Diário Oficial da União*, 2 jun. 1998.
- Ministério da Saúde (Brasil). Portaria MS/GM n.º 466, de 14 de junho de 2000. Institui o pacto pela redução das taxas de cesárea. *Diário Oficial da União*, 30 jun. 2000. p. 43.
- Moraes, MS et al. Avaliação da assistência às gestantes: o caso do município de São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil; Health care evaluation of pregnant women: the case of the municipality of São José do Rio Preto, São Paulo, Brazil. *Rev. bras. saúde matern. infant*, v. 4, n. 4, p. 375-384, 2004.
- Schuitmaker, N et al. Maternal mortality after cesarean section in The Netherlands. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, v. 76, n. 4, p. 332-334, 2011.
- Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Boletim de Mortalidade Materna [serial online] 2013; Available from: URL: <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/boletins>.
- Smith, GC; Pell, JP.; Dobbie, R. Caesarean section and risk of unexplained stillbirth in subsequent pregnancy. *Lancet*, v. 362, n. 9398, p. 1779-1784, 2003.
- Watanabe, T et al. Medical students' personal choice for mode of delivery in Santa Catarina, Brazil: a cross-sectional, quantitative study. *BMC Medical Education*, v. 12, n. 1, p. 57, 2012.
- Yazlle, HD et al. Incidência de cesáreas segundo fonte de financiamento da assistência ao parto. *Rev Saúde Pública*, v. 35, n. 2, p. 202-6, 2001.