



<https://doi.org/10.56344/2675-4827.v5n2a2024.18>

## **Estudo dos dados epidemiológicos e via de parto em gestantes de 35 a 49 anos, de 2010 a 2020, em Ribeirão Preto (SP)**

### **Study of epidemiological data and mode of delivery in pregnant women aged 35 to 49 years, from 2010 to 2020, in Ribeirão Preto (SP)**

Daniele Cristina Pereira dos Santos<sup>1</sup>, Eloisa Jardim Gomes<sup>1</sup>, Isabela Cristina Machado<sup>1</sup> Fumes, Julio Cesar Zayas Cansino<sup>1</sup>, Licerio Miguel<sup>2</sup>, Livia Carvalho Grisolia<sup>1</sup>, Marcella Caixeta Tavares<sup>1</sup>, Maria Carolina Bot Bonfim<sup>1</sup>, Narima Caldana<sup>3</sup>, Rafaela Lopes<sup>1</sup>, Rodolfo Oliveira Alves<sup>1</sup>, Talita Thereza Ferraz<sup>1</sup>

**Resumo:** Nos últimos anos, o tema do parto tem recebido crescente atenção nas ciências sociais brasileiras. Em muito, isto se deve à discussão sobre humanização no parto. Por outro lado, o aumento nas taxas de cesariana preocupa cada vez mais pesquisadores, formuladores de políticas, profissionais de saúde e a sociedade civil, uma vez que a cirurgia está relacionada a desfechos negativos de curto e longo prazo, tanto para as mulheres quanto para os recém-nascidos. O objetivo deste trabalho foi caracterizar os dados epidemiológicos das gestantes de 35 a 49 anos, entre 2010 e 2020, em Ribeirão Preto, e a via de parto, abrangendo possíveis complicações, e a informação inadequada, justificada pela incongruência entre a rede de saúde e o público-alvo. É um estudo descritivo. A coleta de dados foi feita no DATASUS, por meio do Tabnet – SISVAN do perfil epidemiológico das gestantes e via de parto. Foram analisados dados de 16.030 gestantes, representando 17,53% do total de gestantes no mesmo período em Ribeirão Preto/SP. Nesse período de 10 anos foram realizados 4.502 partos normais (28%) e 11.528 (71,9%) cesáreas. No momento do parto, 13.791 (86%) entre a 37<sup>a</sup> e 41<sup>a</sup> semana de gestação. Em relação aos bebês nascidos, 1.426 (8,89%) tiveram peso menor do que 2.500g ao nascer, e 910 (5,67%) apresentaram Apgar entre 0 e 5 no 1<sup>o</sup> minuto de vida. Estatísticas nacionais indicam mais de

<sup>1</sup> Acadêmicos do curso de Medicina do Centro Universitário Barão de Mauá, Ribeirão Preto, São Paulo. Contato: carolinaenf2003@hotmail.com

<sup>2</sup> Mestrado em Ginecologia pela USP. Docente do Centro Universitário Barão de Mauá. Contato: licerio.miguel@baraodemaua.br

<sup>3</sup> Especialização em Cardiologia pela FAMERP. Docente do Centro Universitário Barão de Mauá. Contato: narima.caldana@baraodemaua.br

55% dos partos por via alta, sendo ainda maiores os índices encontrados na faixa etária deste estudo.

**Palavras-chave:** Gestação de alto risco. Via de parto. Operação cesariana.

**Abstract:** In recent years, the topic of childbirth has received increasing attention in Brazilian social sciences. In large part, this is due to the discussion about humanization in childbirth. On the other hand, the increase in cesarean section rates increasingly concerns researchers, policymakers, health professionals and civil society, since the surgery is related to negative short- and long-term outcomes, both for women and for newborns. The objective of this work was to characterize the epidemiological data of pregnant women aged 35 to 49 years, between 2010 and 2020, in Ribeirão Preto, and the route of delivery, covering possible complications, and inadequate information, justified by the inconsistency between the health network and the target audience. Data collection was carried out in DATASUS, through Tabnet – SISVAN of the epidemiological profile of pregnant women aged 35 to 49 and information about their births during the period from 2010 to 2020 in Ribeirão Preto, São Paulo. Data from 16,030 pregnant women were analyzed and represent 17.53% of the total number of pregnant women in the same period in Ribeirão Preto/SP. During this 10-year period, 4,502 normal births (28%) and 11,528 (71.9%) cesarean sections were performed. At the time of delivery, 13,791 (86%) between the 37th and 41st week of pregnancy. In relation to the babies born, 1,426 (8.89%) weighed less than 2,500g at birth, and 910 (5.67%) had an Apgar score between 0 and 5 in the first minute of life. National statistics indicate more than 55% of births are discharged, with the rates found in the age group of this study being even higher.

**Keywords:** High-risk pregnancy. Mode of delivery. Cesarean section.

## INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o tema do parto tem recebido crescente atenção nas ciências sociais brasileiras (REZENDE, 2015). Em muito, isto se deve à discussão sobre humanização no parto (ALMEIDA, 1987), com sua proposta de modelos alternativos ao atendimento médico hospitalar, com uma série de procedimentos médicos questionados a partir de uma busca por formas mais “naturais” de parir. Neste debate, o parto aparece também como “forma de empoderamento das mulheres” (TORNQUIST, 2002, p. 483).

Por outro lado, o aumento nas taxas de cesariana preocupa cada vez mais pesquisadores, formuladores de políticas, profissionais de saúde e a sociedade civil, uma vez que a cirurgia está relacionada a desfechos negativos de curto e longo prazo, tanto para as mulheres quanto para os recém-nascidos (FREITAS, 2022). O crescimento na morbimortalidade materna, na prematuridade e na chance de óbito fetal e anormalidades placentárias em gestações futuras são exemplos que podem ser citados (SANDALL, et al. 2018). A cesariana pode salvar vidas e prevenir complicações neonatais; entretanto a elevada ocorrência de cesárea no mundo vem transformando-se em um preocupante problema de saúde pública e obstétrico. As consequências dessa situação podem ser graves, levando a maiores chances de a mulher desenvolver infecções puerperal, risco de mortalidade e morbidade, e de prematuridade e mortalidade neonatal, além da recuperação ser mais difícil para a mãe, há um atraso e dificuldade de lactação, e maior tempo de hospitalização, o que gera aumento de gastos para o sistema de saúde (BITTENCOURT; VIEIRA ALMEIDA, 2013).

Além disso, a cesariana impacta negativamente a amamentação (Chen, et al. 2018) e o desenvolvimento do sistema imunológico e da microbiota do neonato, aumentando as chances de asma e alergias no futuro (SANDALL, et al. 2018). Desde 1985, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece que a proporção de cesáreas deve representar entre 10% e 15% do total de nascimentos, uma vez que valores maiores dificilmente se justificam do ponto de vista clínico (YE, et al. 2014). Apesar disso, nos últimos 15 anos, as taxas mundiais de cesariana dobraram, chegando a 21% do total de nascimentos, e continuam a crescer cerca de 4% ao ano (THE LANCET, 2018). O Brasil é o segundo país em realização de cesarianas, com taxas que passaram de 15% em 1970 para 56% em 2016, ficando atrás apenas da República Dominicana (59%) (BOERMA, et al.2018; LEAL, et al.2012). Ainda em relação ao cenário brasileiro, vale destacar a discrepância na proporção de cesarianas realizadas em serviços públicos em relação às da saúde suplementar (FREITAS, 2022). Em 2014, 87,7% dos nascimentos no setor privado foram por via cirúrgica, em comparação a 42,9% no setor público (LEAL, 2019). No entanto, em ambos os

setores, aproximadamente 50% ocorrem de forma eletiva, com agendamento prévio (VICTORA, et al. 2011).

A decisão acerca da via de parto é influenciada por diversos fatores como os riscos e benefícios, possíveis complicações e repercussões futuras (ROQUE; RIBEIRO; CASON, 2016).

Estudos apontam que são determinantes na formação da opinião das gestantes sobre a decisão do tipo de parto, os fatores socioculturais, familiares e a atuação do profissional que conduz a assistência pré-natal; antecedentes obstétricos; cesárea prévia desejam repetir este tipo de parto e parto normal prévio desejam repetir a mesma via de parto (SGARBI; ESPINDOLA, JULIO, 2013; FAISAL-CURY, 2006). Pesquisas revelam que dentre os fatores que influenciam a alta incidência de cesárea, está o medo da dor durante o trabalho de parto e o parto, e de que a cesárea permite à mulher manter intactas a anatomia e fisiologia da vagina e do períneo, enquanto que o parto vaginal repercute na sexualidade (FAUNDES; CECATTI, 1991).

Um estudo, feito por Odent 2002, apud Santos 2018, apontou alguns motivos também sobre a escolha da via de parto cesáreo, dentre eles, a assistência ao parto normal é geralmente desumanizada, para que a mulher não se sinta protagonista, e que produz também a representação de parto normal como uma experiência de terror, marcada por intensa dor e sofrimento. Esta representação é transmitida de uma mulher para outra, criando mais resistência ao parto normal.

Médicos e pacientes tendem a acreditar que a tecnologia é sinônimo de progresso, modernidade e conhecimento, com isto, que o seu uso indiscriminado não seria prejudicial, o que contradiz a evidência científica acumulada até ao momento, que aponta que o parto cesáreo traz mais riscos para a mãe e o bebê, se comparado ao parto normal (VILLAR, et al.2014). O uso excessivo da tecnologia e intervenções, características do setor obstétrico e modelo de cuidados neonatais no Brasil, não teve impacto positivo sobre a morbidade e mortalidade gestantes e das crianças (DINIZ, 2009).

As mulheres da atualidade têm mais acesso aos serviços de saúde, têm mais consultas pré-natais, ter melhor imunização, melhor rastreio para

diagnóstico de infecções, e um maior número das consultas pós-natais (DINIZ, 2009). No entanto, as taxas de mortalidade materna e mortalidade perinatal, bem como de prematuridade no Brasil, são ainda muito elevadas. A taxa de mortalidade infantil no Brasil em 2011 foi 15,3 óbitos por 1000 nascidos vivos e a mortalidade materna foi de 63,9 por 100.000 nados-vivos (Brasil, 2013).

Complicações devido ao parto prematuro são a principal causa de mortalidade neonatal e a segunda principal causa de mortes infantis (SANTOS, et al.2018). Odent (2002 apud Santos, 2018) também relata, que o exercício do modelo tecnicista sobre a mulher em seu parto, apoiada pela cultura do incentivo a cesárea, faz com que elas se sintam cada vez mais incapaz de dar a luz. Elas muitas vezes acredita que não possui nenhum diploma de dilatação ou mesmo que ela nunca terá essa “passagem”, ou seja, seu corpo não é capaz de dar à luz. Contudo, sabe-se que a maioria das mulheres consegue ter dilatação para um parto normal, simplesmente esperando o tempo necessário para a evolução do trabalho.

Assim, as mulheres correm o risco de ouvir a desinformação e reproduzir representações e mitos do senso comum sobre parto, perdendo a oportunidade de esclarecimento com fundamentação científica, papel que deveria ser exercido pelo profissional (SANTOS, et al.2018). A partir do momento que a mulher não exerce o direito reprodutivo de escolher o tipo de parto que prefere vivenciar, ela passa a ser submissa ao profissional na sua decisão, tornando-se objeto cada vez mais passivo de um processo que fisiologicamente pertence apenas a ela, sendo que cabe ao profissional apenas o acompanhamento e a ajudar nos momentos necessários, sem muitas intervenções (ODENT, 2002, apud SANTOS, 2018).

Os riscos apontados pelos profissionais médicos para justificar as elevadas taxas de cesarianas geralmente não ter fundamentação científica, levando à banalização do procedimento cirúrgico, parto, sem indicação clínica. Assim, as mulheres, embora acreditem na grande vantagem da ausência de dor, não estão a fazer uma escolha consciente. Pelo contrário, estão a tomar uma atitude riscos de que não têm consciência. Isto também é conveniente para muitos profissionais e reflete o exercício de o seu poder sobre as

mulheres, pois se estas fossem adequadamente informados sobre estes riscos, provavelmente não fariam uma escolha tão frequente para uma cesariana (SANTOS, et al.2018).

Nesse contexto, as altas taxas de partos cesáreos hoje mostram a transformação da entrega do processo fisiológico em patológico, permeado por intervenções muitas vezes desnecessárias, que podem ser exemplificadas por amniotomia precoce, monitoramento fetal eletrônico e excesso uso de drogas, principalmente ocitocina sintética. O uso de sedativos, hormônios artificiais para estimular o parto, anestesia epidural e outros, bem como cesarianas frequentes para reduzir os riscos, introduzem muitas vezes novos riscos tanto para a mãe e bebê (ODENT, 2002, apud SANTOS, 2018).

As cesarianas são absolutamente essenciais para salvar vidas em situações em que partos vaginais representam riscos, portanto, todos os sistemas de saúde devem garantir o acesso oportuno para todas as mulheres quando necessário”, afirmou Ian Askew, diretor do Departamento de Saúde Sexual e Reprodutiva e Pesquisa da OMS e do programa conjunto da ONU, HRP. “Mas nem todas as cesáreas feitas no momento, são necessárias por motivos médicos. Procedimentos cirúrgicos desnecessários podem ser prejudiciais tanto para a mulher quanto para seu bebê. ( OMS; OPAS, 2021)

O parto normal é o desfecho natural e sem risco de uma gravidez, que tem um início espontâneo, pois é um tipo de parto cuja recuperação é mais rápida e que não requer procedimentos invasivos (ROQUE; RIBEIRO; CASON, 2016). O bebê nasce espontaneamente, em posição de vértice, entre 37 e 42 semanas completas de gestação (OMS, 1997).

## **OBJETIVO**

Caracterizar os dados epidemiológicos das gestantes de 35 a 49 anos, entre 2010 e 2020, em Ribeirão Preto, e a via de parto, abrangendo possíveis complicações, e a informação inadequada, justificada pela incongruência entre a rede de saúde e o público-alvo.

## MÉTODOS

Estudo descritivo. A coleta de dados foi feita no DATASUS, por meio do Tabnet – SISVAN do perfil epidemiológico das gestantes de 35 a 49 anos e as informações sobre os partos destas no período de 2010 a 2020 em Ribeirão Preto, São Paulo.

## RESULTADOS

Foram analisados dados de 16.030 gestantes e representam 17,53% do total de gestantes no mesmo período em Ribeirão Preto/SP. Em relação ao perfil gestantes com idade entre 35 e 49 anos, 12.670 (79,03%) se consideravam brancas, 917 (5,72%) pretas, 63 (0,39%) amarelas, 2.339 (14,59%) pardas e 8 (0,049%) indígenas. Em relação ao estado civil, 4.136 (25,08%) afirmaram serem solteiras, 1.261 (7,86%) relataram possuir união consensual, 9.738 (60,7%) casadas. Acerca do acompanhamento durante a gestação, 50 delas (0,31%) não realizaram pré-natal, 1.683 (10,49%) realizaram de forma inadequada, 265 (1,65%) de forma intermediária, 474 (2,9%) de forma adequada, 9.530 (59%) de forma mais do que adequada e 2.319 (14,4%) dos acompanhamentos gestacionais estão sendo ignorados nesse estudo por falta de registro. Nesse período de 10 anos foram realizados 4.502 partos normais (28%) e 11.528 (71,9%) cesáreas. Das pacientes que realizaram acompanhamento pré-natal de forma intermediária, adequada e mais que adequada, evoluíram para parto vaginal 2.327 (51,6%). No momento do parto, 2.003(12,49%) estavam entre a 22<sup>a</sup> e 36<sup>a</sup> semana, 13.791 (86%) entre a 37<sup>a</sup> e 41<sup>a</sup>, 220 (1,37%) com 42 semanas e foi constatado falta de registro de idade gestacional no momento do parto de 10 gestantes (0,06%). Em relação aos bebês nascidos, 1.426 (8,89%) tiveram peso menor do que 2.500g ao nascer, 910 (5,67%) apresentaram Apgar entre 0 e 5 no 1<sup>o</sup> minuto de vida e 272 (1,69%) foram diagnosticados com anomalias congênitas. 15.944 (99,4%) dos partos ocorreram em ambiente hospitalar e 549 (3,42%) foram

gestações duplas. Possuem 8 a 11 anos de escolaridade 6.191 gestantes (38,6%) e possuem 12 anos ou mais de estudos 7.512 gestantes (46,8%).

## CONCLUSÃO

As estatísticas nacionais indicam mais de 55% dos partos por via alta, sendo ainda maiores os índices encontrados na faixa etária deste estudo. Apesar de a idade materna não contraindicar o parto vaginal, a ansiedade materna, a desinformação, o não incentivo pelo profissional médico, e o maior número de gestações de alto risco são fatores importantes na decisão. Estudos posteriores, será necessário, para responder algumas perguntas, importantes, como baixa escolaridade, semana gestacional, peso do feto, o número de consultas pré-natais, impactam na decisão da via de parto?

**Conflitos de interesse:** Os autores não têm conflitos de interesse a divulgar.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. I. M. de. **Maternidade, um destino inevitável?** Rio de Janeiro: Campus, 1987. Acesso em 12.11.2023. Disponível em: [https://www.academia.edu/38537974/Maternidade\\_Um\\_destino\\_Inevit%C3%A1vel](https://www.academia.edu/38537974/Maternidade_Um_destino_Inevit%C3%A1vel). Acesso em 11.11.2023.

BITTENCOURT, F.; VIEIRA, J.B.; ALMEIDA, A.C.C.H. Concepção de gestantes sobre o parto cesariano. **Revista Cogitare Enfermagem**. v. 18, n. 3, p. 515-520, 2013. Acesso em 12.11.2023. Disponível em: Doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v18i3.33565>

BOERMA, T. et al. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. **Lancet**, v. 392, n.10155, p.1341-1348, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30322584/>. Acesso em 11.11.2023. Doi: 10.1016/S0140-6736(18)31928-7.

CHEN, C. et al. Influences of Cesarean Delivery on Breastfeeding Practices and Duration: A Prospective Cohort Study. **J Hum Lact**, v.34, n.3, p.526-534, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29365288/> Acesso em 11.11.2023. Doi: 10.1177/0890334417741434.



DINIZ, S.G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 19, n. 2, p. 313-26, 2009. Acesso em 21/10/2024. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v19n2/12.pdf>

FAISAL-CURY A.; MENEZES, P.R. Fatores associados a preferência por cesárea. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 2, p. 226-232, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n2/28526.pdf>. Acesso em 11.11.2023.

FAUNDES, A.; CECATTI, J.G. A operação cesárea no Brasil. Incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação. **Caderno de Saúde Pública** [periódico na Internet]. v.7,n.2,p.150-173, 1991 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v7n2/v7n2a03.pdf>. Acesso em 11.11.2023.

LEAL, M.C. et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. **Reprod Health**. V. 9, n.1, p.15, 2012. Disponível em: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1742-4755-9-15>. Acesso em 11.11.2023.

LEAL, M.C, et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. **Caderno de Saúde Pública**, v. 35, n.7, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/grzf9kCgwKLFx8SV5DvPyJx/?lang=pt>. Acesso em 11.11.2023. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00223018>.

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2012: uma análise da situação de saúde e dos 40 anos do Programa Nacional de Imunização/Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2013.536p. Acesso em: 21/10/2024. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa\\_nacional\\_imunizacoes\\_pni40.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_nacional_imunizacoes_pni40.pdf)

OLIVEIRA, C.F. de. et al. Apoio contínuo na assistência ao parto para redução das cirurgias cesarianas: síntese de evidências para políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n.2, p.427-439, 2022. DOI: 10.1590/1413-81232022272.41572020

**Organização Mundial da Saúde (OMS)**. Maternidade segura: Atenção ao Nascimento Normal: Guia Prático. Genebra: 1997. Disponível em: [http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/materia/56\\_a.pdf](http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/materia/56_a.pdf). Acesso em 11.11.2023

OMS.; OPAS. **Taxas de cesarianas, continuam aumentando, em meio a crescentes desigualdades no acesso, afirma OMS**. GENEBRA, jun. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/16-6-2021-taxas-cesarianas-continuam-aumentando-em-meio-crescentes-desigualdades-no-acesso>. Acesso em 11.11.2023.

REZENDE, C. B. O parto em contexto: narrativas da gravidez entre gestantes no Rio de Janeiro. Dossiê: Partos, maternidades e políticas do corpo. **Civitas**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 214-228, abr.-jun. 2015. <http://dx.doi.org/10.15448/1984-7289.2015.2.18947>.

ROQUE, A. T. F.; RIBEIRO S. T.; CASON, A. Parto cesáreo: motivos da escolha pelas puérperas. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research** – BJSCR. Edição Especial com os Anais da 77ª Semana Brasileira de Enfermagem e 12ª Semana de Enfermagem ABEn SC – Núcleo Chapecó BJSCR. Vol.15,n.4,p.59-60, Jun/Ago 2016. Disponível em: <http://www.mastereditora.com.br/bjscr>. Acesso em 10.11.2023.

SANDALL, J. et al. Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. **Lancet**, v.392, n.10155, p.1349- 1357, 2018. Doi: 10.1016/S0140-6736(18)31930-5. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30322585/>. Acesso em 10.11.2023.

SANTOS, G.O.; CARNEIRO, A.J.S.; SOUZA, Z.C.S.N. Speech of women on the experience the normal birth and cesarean section. *Rev Fund Care Online*. V.10, n.1, p.233-241. jan./mar.2018. Acesso em 21/10/2024. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.233-241>.

SGARBI, A.K.G.; ESPINDOLA, P.P.T.; JULIO, I.C.F. Estudos comparativos sobre fatores que influenciam a escolha do tipo de parto pelas gestantes. **Interbio** [periódico na Internet]. V.7n.1, p.72-81, 2013. Disponível em: [http://www.unigran.br/interbio/paginas/ed\\_anterior/es/vol7\\_num1/arquivos/artigo8.pdf](http://www.unigran.br/interbio/paginas/ed_anterior/es/vol7_num1/arquivos/artigo8.pdf). Acesso em 12.11.2023

Stemming the global caesarean section epidemic. **Lancet**, v. 392, n. 10155, p.1279, 2018. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32394-8. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30322560/> Acesso em 12.11.2023.

TORNQUIST, C. S. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Revista Estudos Feministas**, v. 10, n. 2, p. 483-492, 2002. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000200016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/4mpSbNhnq5dV5kV6WT8Tc5J/abstract/?lang=pt>. Acesso em 10.11.2023.

VICTORA, C.G, et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **Lancet**, v. 377, n. 9780, p.1863-1876, 2011. Doi: 10.1016/S0140-6736(11)60138-4. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21561656/>. Acesso em 10.11.2023.

YE, J. et al. Searching for the optimal rate of medically necessary cesarean delivery. **Birth**, v. 4, n. 3, p. 237-244, 2014. Doi: 10.1111/birt.12104. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24720614/>. Acesso em 10.11.2023.

VILLAR J.; CAROLLI G.; G'ULMEZOGLU AM. The gap between evidence and practice in maternal healthcare. **Int J Gynaecol Obstet.**, v. 75, n. 1, p.47-54, 2001.