

# Complicações maternas associadas ao tipo de parto em hospital universitário

## Maternal complications associated with type of delivery in a university hospital

Roseli Mieko Yamamoto Nomura, Eliane Aparecida Alves e Marcelo Zugaib

*Clínica Obstétrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil*

---

### Descritores

Cesárea. Complicações do trabalho de parto. Parto. Infecção Puerperal. Complicações puerperais.

### Keywords

*Cesarean Section. Labor Complications. Parturition. Puerperal infection. Puerperal complications.*

### Resumo

#### Objetivo

Analisar as complicações maternas associadas ao tipo de parto e comparar o parto cesáreo com o via vaginal.

#### Métodos

Estudo retrospectivo de 1.748 partos realizados em hospital universitário de São Paulo no período de abril a dezembro de 2001, cujos recém-nascidos apresentaram peso superior a 500 gramas. Foram analisadas as complicações maternas ocorridas durante o parto e as diagnosticadas durante o puerpério, necessitando de nova internação da paciente. Para análise estatística, foram utilizados o teste t de Student e o teste Exato de Fisher. Adotou-se como nível de significância o valor de 0,05.

#### Resultados

O parto cesáreo foi realizado em 988 pacientes (56,5%) e o por via vaginal em 760 (43,5%). As complicações hemorrágicas ocorreram em 1,2% dos casos de cesárea e em 0,8% dos casos de parto via vaginal, sem diferença significativa entre esses grupos. A endometrite ocorreu em 0,4% dos casos de cesárea e em 0,1% dos partos por via vaginal, não sendo observada diferença significativa. Dois casos de infecção puerperal evoluíram para histerectomia no grupo cujo parto foi cesáreo. Não foi observado nenhum caso de óbito materno relacionado à cesárea.

#### Conclusões

Não foram constatadas associações entre as complicações maternas e o tipo de parto no período analisado.

### Abstract

#### Objective

*To analyze maternal complications associated to type of delivery, comparing cesarean (c-) section with vaginal delivery.*

#### Methods

*Retrospective study of 1,748 deliveries carried out at a university hospital in the city of São Paulo, Southeastern Brazil, in which the newborn weighed more than 500 g. Maternal complications occurred during delivery as well as those diagnosed during puerperium that required further hospital admission were analyzed. Statistical analyses included Student's t test and Fisher's Exact test. Significance level was set at 0.05.*

---

**Correspondência para/ Correspondence to:**  
Roseli Mieko Yamamoto Nomura  
Rua General Canavarro, 280 Bairro Campestre  
09070-440 Santo André, SP, Brasil  
E-mail: roseli.nomura@terra.com.br

Recebido em 10/6/2002. Reapresentado em 10/7/2003. Aprovado em 5/8/2003.

### Results

*C-sections were performed on 988 patients (56,5%). Hemorrhagic complications occurred in 1.2% of c-sections and in 0.8% of normal deliveries, with no statistically significant difference between both groups. Endometritis was observed in 0.4% of c-sections and in 0.1% of vaginal deliveries, without statistically significant difference. Two cases of puerperal infection evolved to hysterectomies, in the c-section group. There were no maternal deaths related to c-section.*

### Conclusions

*No associations were found between maternal complications and type of delivery in the period analyzed.*

## INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o Brasil vem apresentando uma das mais elevadas taxas de cesáreas do mundo. Muitos fatores apresentam-se relacionados a este fato e envolvem, principalmente, o aprimoramento da técnica cirúrgica e anestésica, a maior oferta de recursos propedêuticos indicando riscos para o feto, o aumento da incidência de gestações em pacientes com cesariana prévia, e fatores socioculturais relacionados à maior praticidade do parto programado.<sup>11</sup> Evidentemente, qualquer procedimento cirúrgico apresenta riscos inerentes ao próprio ato. Entretanto, a possibilidade de evitar-se a realização de uma cesárea em situações de emergência, por risco materno ou fetal, tem estimulado discussões, uma vez que determinadas circunstâncias sugerem a cesárea eletiva como uma opção dentro do diálogo estabelecido entre o obstetra e a paciente.<sup>10</sup>

Em publicação de 1999, Belizán et al<sup>1</sup> (1999) relatam o crescente aumento da taxa de cesárea em alguns países da América Latina, destacando-se o Chile, com 40% (1994 a 1997), e o Brasil, com 27,1% (1994 a 1996). Entretanto, de acordo com estatísticas governamentais do Sistema de Informações dos Nascidos Vivos (SINASC),<sup>9</sup> a taxa de cesárea no Estado de São Paulo, referente ao ano de 2000, apresenta elevado valor de 48,4%.

Nas gestações de alto risco, as complicações existentes, muitas vezes, demandam a interrupção prematura da gestação, provocando aumento na incidência de operações cesarianas. A presente pesquisa foi realizada em clínica obstétrica de um hospital universitário. Em ambiente universitário, as condutas adotadas procuram seguir protocolos pré-estabelecidos,<sup>17</sup> onde as indicações para a realização de procedimentos cirúrgicos baseiam-se, predominantemente, nos aspectos clínicos e obstétricos de cada caso, procurando-se minimizar a incidência de cesáreas.

A maior morbidade da operação cesariana, em rela-

ção ao parto por via vaginal, tem sido relatada na literatura.<sup>3,4,6,7</sup> Entretanto, poucos descrevem pormenorizadamente os tipos de complicações associadas ao procedimento. O presente estudo tem como objetivo analisar as diversas complicações maternas associadas ao parto, comparando o parto cesáreo com o realizado por via vaginal.

## MÉTODOS

A pesquisa foi realizada na Clínica Obstétrica de um hospital universitário, localizado no Município de São Paulo, que se caracteriza por ser centro de referência para casos graves, recebendo contingente significativo de pacientes de alto risco, portadoras de intercorrências clínicas e obstétricas. O perfil dessa população eleva o risco para a ocorrência de anormalidades na gravidez e no trabalho de parto, bem como o risco de sofrimento do produto conceptual, aumentando a proporção de cesáreas.

Durante o período compreendido entre 1 de abril e 31 de dezembro de 2001, 2.410 pacientes foram internadas no local. A partir do início de 2001, foi implantado, nessa clínica, um programa computadorizado para armazenar os dados cadastrais e clínicos das pacientes internadas e ambulatoriais, bem como os dados do parto e do recém-nascido. As fichas de internação do prontuário médico foram impressas a partir desse programa, bem como as fichas do parto e relatórios de alta das pacientes. Para assegurar a efetiva inclusão de todos os partos realizados nessa clínica, as planilhas eletrônicas foram conferidas mensalmente, comparando-se os dados do programa com o livro de registro dos partos, preenchido pelo serviço de enfermagem da clínica obstétrica. No período analisado, foram realizados um total de 1.748 partos onde o recém-nascido (RN) apresentou peso superior a 500 g. Os dados foram analisados retrospectivamente a partir da consulta do banco de dados deste departamento.

Os diagnósticos clínicos mais freqüentemente ob-

**Tabela 1** – Diagnósticos clínicos mais freqüentemente observados na população de gestantes.

Diagnóstico	N	%
Síndromes hipertensivas	307	17,6
Amniorrexe prematura	177	10,1
Diabetes	168	9,6
Cardiopatias	126	7,2
Infecções	123	7
Malformações fetais	111	6,4

servados na população analisada encontram-se relacionados na Tabela 1.

Inúmeros outros diagnósticos foram constatados em menor freqüência de casos. Não apresentaram nenhuma intercorrência clínica ou obstétrica 357 gestantes, correspondendo a 20,4% da população analisada.

A idade materna variou de 14 a 44 anos, com média de 27,6 anos, desvio-padrão de 6,9 anos e mediana de 27,1 anos. Em relação aos antecedentes obstétricos, 694 eram nulíparas, correspondendo a 39,7% dos casos. O acompanhamento no pré-natal desse serviço foi realizado por 1.173 pacientes (67%).

Por ser tratar de uma clínica de um hospital universitário, a grande maioria dos procedimentos cirúrgicos é realizado por médicos residentes em fase de treinamento, sob supervisão direta dos médicos assistentes pertencentes ao corpo clínico deste departamento. Nesta casuística, 1.706 partos foram realizados por médico residente, correspondendo a 97,6% dos casos analisados.

As indicações clínicas e/ou obstétricas para a resolução da gestação que levaram à realização da operação cesariana estão relacionadas na Tabela 2.

As condições listadas na Tabela 2 correspondem às consideradas como a principal indicação para a cesárea em cada caso, mesmo que mais de um diagnóstico tenha sido observado.

A ocorrência de complicações maternas nos casos em que foi realizada a cesárea foi comparada às que se deram durante o parto por via vaginal (parto normal ou fórcepe). Foram estudadas as complicações ocorridas durante o procedimento cirúrgico e as diagnosticadas durante o puerpério, necessitando de nova internação da paciente. A complicação infecciosa pesquisada foi a infecção puerperal, definida como aquela que se origina no aparelho genital, após parto recente. A endometrite foi caracterizada pela infecção na área de implantação placentária, cursando com febre, útero doloroso, amolecido e hipoinvoluído, tendo sido necessário o tratamento com antibioticoterapia específica. A infecção de parede abdominal, no local da cicatriz cirúrgica, somente foi considerada, nesta análise, quando houve necessidade de reinternação para resutura. Entre as complicações hemorrágicas, analisou-se a ocorrência de hipotonia ou atonia uterina, onde o sangramento excessivo e a contratilidade ineficiente do útero exigiram a administração suplementar de ocitócicos por via endovenosa e/ou intramuscular, e a massagem do corpo uterino. O acretismo placentário foi caracterizado quando houve dificuldade na dequitação por aderência anormal da placenta, onde, ao se tentar o descolamento manual, nota-se ausência parcial ou total do plano de clivagem.

As variáveis quantitativas foram analisadas descritivamente pela observação dos valores mínimos e máximos, e do cálculo de médias, medianas e desvios-padrão. Para as variáveis qualitativas, calculou-se freqüências absolutas e relativas. A comparação das médias foi realizada utilizando-se o teste t de Student para amostras não pareadas. A comparação entre as proporções foi avaliada pelo teste Qui-quadrado e, quando necessário, pelo teste Exato de Fisher. Adotou-se como nível de significância o valor 0,05 ( $\alpha=5\%$ ). Com isso, níveis descritivos (p) inferiores a esse valor foram considerados significativos ( $p<0,05$ ).

**Tabela 2** – Indicações clínicas e/ou obstétricas que evoluíram para a realização de cesarianas.

Indicações para cesariana	N	%
Sufrimento fetal	207	21
Cesárea interativa*	174	17,6
Distocia funcional	123	12,5
Patologia materna grave	87	8,8
Líquido amniótico meconial	75	7,6
Desproporção feto-pélvica	61	6,2
Apresentação pélvica	52	5,3
Oligoidrâmnio	45	4,6
Gestação gemelar	33	3,3
Malformação fetal	31	3,1
Restrição de crescimento fetal	21	2,1
Infecção materna pelo HIV	21	2,1
Rotura prematura de membranas	15	1,5
Descolamento prematuro da placenta	10	1
Outros diagnósticos com freqüência inferior a 1,0%	33	3,3

\*Caracterizada como aquela realizada quando a paciente apresentava antecedente de duas ou mais cesáreas anteriores

## RESULTADOS

Do total de 1.748 partos ocorridos na clínica obstétrica, no período analisado, foi realizada a operação cesariana em 988 pacientes (56,5%), enquanto o parto por via vaginal se deu em 760 gestantes, correspondendo a 43,5% dos casos. Os valores das médias e das medianas da idade materna de acordo com o tipo de parto podem ser observadas na Tabela 3, onde se verifica média significativamente inferior no grupo que teve parto vaginal. Entre as pacientes com idade superior ou igual a 35 anos, houve associação significativa com a cesárea, realizada em 62,9% dos casos. Quanto à paridade e à idade gestacional no parto, não foram observadas diferenças significativas de acordo com o tipo de parto. Constatou-se que, entre os 1.274 casos de pacientes sem antecedente de cesárea anterior, 690 (54,2%) evoluíram com parto vaginal. Quando a paciente apresentava antecedente de uma cesárea anterior (290 casos), o parto vaginal ocorreu em apenas 23,4% (68 casos).

A Tabela 4 apresenta os dados referentes às com-

plicações maternas observadas, de acordo com o tipo de parto realizado. Não foram constatadas diferenças estatisticamente significativas em relação às complicações hemorrágicas ou infecciosas, sendo ambas ocorrido em pequena proporção de casos. A atonia e hipotonia uterinas foram as complicações mais frequentes entre as de caráter hemorrágico, porém, estas não foram relacionadas ao tipo de parto. Entre os casos que evoluíram com complicações hemorrágicas, sete necessitaram de histerectomia devido ao sangramento excessivo, sendo seis casos no grupo cesárea e um caso entre as que apresentaram parto vaginal. Observaram-se também outras complicações próprias de cada tipo de procedimento. O prolongamento da histerotomia é evento observado apenas em partos cesáreos, e as lacerações do canal de parto são complicações próprias do parto via vaginal.

No período analisado, não foi constatado nenhum óbito materno cuja causa estivesse diretamente relacionada ao procedimento obstétrico analisado no presente trabalho.

**Tabela 3** – Características da gestação de acordo com o tipo de parto. Abril a dezembro 2001.

Variável	Cesárea (n=988)		Parto vaginal (n=760)		p
Idade materna (anos)					
Média (desvio-padrão)	28,4	(6,9)	26,5	(6,9)	<0,0001
Mediana	28,2		25,6		
≥35 anos (%)	187	(18,9%)	110	(14,5%)	<0,05
Paridade					
Média (desvio-padrão)	1,2	(1,4)	1,3	(1,6)	NS
Mediana	1		1		
Cesáreas anteriores (%)					
Nenhuma	584	(59,1%)	690	(90,8%)	<0,0001
Uma	222	(22,5%)	68	(8,9%)	
Duas ou mais	182	(18,4%)	2	(0,3%)	
Idade gestacional no parto (semana)					
Média (desvio-padrão)	37,7	(2,9)	37,8	(3,1)	NS
Mediana	38,4		38,6		
Inferior a 37 semanas (%)	280	(28,3%)	185	(24,6%)	0,06

**Tabela 4** – Complicações maternas de acordo com o tipo de parto. Abril a dezembro 2001.

Variável	Cesárea (n=988)		Parto vaginal (n=760)		p
Complicações hemorrágicas					
Atonia e hipotonia uterinas	7	(0,71%)	5	(0,66%)	0,87
Acretismo placentário	4	(0,41%)	1	(0,13%)	0,40
Hipocoagulabilidade (síndrome HELLP)	1	(0,10%)	0	(0%)	1,00
Total	12	(1,22%)	6	(0,79%)	0,53
Casos com complicações hemorrágicas que evoluíram para Histerectomia <sup>6*</sup>			1**	(0,13%)	0,15
Complicações Infecciosas					
Endometrite	4	(0,41%)	1	(0,13%)	0,40
Histerectomia por infecção	2	(0,20%)	0	(0%)	0,51
Deiscência de cicatriz necessitando de resutura	5	(0,51%)	2	(0,26%)	0,71
Total	11	(1,11%)	3	(0,40%)	0,16
Outras complicações					
Prolongamento da histerotomia	7	(0,71%)	***	***	-
Lesão vesical	1	(0,10%)	0	(0%)	-
Laceração do canal de parto					
Rotura de 2 grau	***	***	16	(2,11%)	-
Rotura de 3 grau	***	***	4	(0,51%)	-

\*Indicação: Atonia (2 casos), síndrome HELLP (1 caso) e acretismo (3 casos).

\*\*Indicação: Atonia (1 caso).

\*\*\*Complicação não pertinente ao respectivo tipo de parto

## DISCUSSÃO

A elevada incidência de cesáreas (56,5%) na clínica obstétrica estudada reflete a grande proporção (80%) de pacientes portadoras de intercorrências clínicas e/ou obstétricas que compõem a população analisada. Este fato limita a efetiva comparação com populações de baixo risco em relação à taxa de cesáreas. Yazlle et al,<sup>15</sup> analisando os partos ocorridos entre 1986 e 1995, no município de Ribeirão Preto, SP, relatam incidência de cesarianas de 48,8%. Estatísticas governamentais referem que a taxa de cesáreas no Estado de São Paulo<sup>9</sup>, no ano 2000, foi de 48,4%. Esses valores são sabidamente superiores aos relatados na Europa e EUA. Dobson<sup>5</sup> relata que na Inglaterra e no País de Gales a taxa de cesáreas atingiu, no ano 2000, percentagem de 21,5%. Nos EUA, entre 1989 e 1998, esses índices apresentaram valores entre 21 e 22%.<sup>4</sup> No entanto, a elevada incidência de cesáreas em gestações de alto risco é esperada, e contribui para o aumento destas taxas em hospitais universitários<sup>14</sup> para os quais são referidos os casos de maior gravidade. De modo semelhante, Turnbull et al<sup>13</sup> relatam, no ano de 1996, taxa de cesáreas de 43,9% em gestantes de alto risco, em Adelaide, Austrália, sendo que a média referida nesse país é de 19,5%.

Em gestações de alto risco, freqüentemente, complicações clínicas ou obstétricas indicam a necessidade da resolução da gestação. Nessas situações, algumas particularidades dificultam a possibilidade de se obter o parto por via vaginal. A prematuridade, que esteve presente em 26,6% dos casos no presente estudo, dificulta a indução do trabalho de parto, principalmente quando não se observa maturação do colo uterino, influenciando no aumento da proporção de cesáreas. Da mesma forma, a presença de cicatriz uterina é situação que contra-indica a indução do trabalho de parto. Assim sendo, cesárea iterativa, quando a paciente apresenta duas ou mais cesáreas anteriores, torna-se situação freqüente no Brasil. Na presente pesquisa observou-se que, entre as pacientes que tiveram o parto cesáreo, pelo menos 40% apresentavam antecedente de cesárea prévia.

Em relação à idade materna, observou-se, no presente estudo, menor média entre as pacientes que evoluíram para parto vaginal. As pacientes com idade superior ou igual a 35 anos apresentaram também maior proporção de cesáreas. Sabe-se que a ocorrência de anormalidades clínicas é diretamente proporcional à idade materna, influenciando, muitas vezes, o aumento na incidência de cesarianas. Bobrowski & Bottoms<sup>2</sup> (1995) relatam a influência da idade materna na incidência de intercorrências clínicas como

hipertensão arterial crônica e diabetes. Descrevem também aumento importante da taxa de cesárea em nulíparas com idade superior a 35 anos (45,8%).

A análise da incidência de complicações maternas relacionadas à cesárea mostra, em valores absolutos, maior número de complicações relacionados a este procedimento. No entanto, não foi constatada associação significativa quanto à via de parto nos dados aqui relatados, e deve-se salientar que a freqüência de cada complicação é baixa, com valores inferiores a 1%.

A dificuldade na caracterização dos diagnósticos relacionados às complicações infecciosas limitam comparações com os diversos trabalhos da literatura pertinente. Os critérios utilizados nos diferentes serviços para a indicação da histerectomia em casos de infecção puerperal não são uniformes. Diversos fatores podem influenciar na decisão por este procedimento, entre eles, a idade, paridade e desejo de novas gestações. Avaliando-se a ocorrência de endometrite, Yokoe et al<sup>16</sup> (2001) relatam 0,8% de incidência após parto cesáreo e 0,2% após parto vaginal. Esses dados coincidem com os dados aqui observados onde a proporção de endometrite foi de 0,4% nos casos de cesárea e 0,13% nos partos vaginais. Loverro et al<sup>6</sup> (2001), analisando a morbidade febril pós-cirúrgica, referem que 5,14% dos casos cujo parto foi realizado por cesárea apresentaram complicação infecciosa caracterizada por febre em dois dias consecutivos. Essa proporção foi significativamente superior à observada após parto via vaginal (0,29%). No entanto, esses autores não relatam dados específicos sobre a ocorrência de endometrite. Verifica-se, contudo, outros estudos relatando maiores taxas de endometrite em cesáreas. Spinnato et al<sup>12</sup> (2000) relatam a endometrite em 4,7% das cesáreas não eletivas. Mah et al<sup>8</sup> (2001), analisando os fatores de risco para infecções na incisão cirúrgica, constata este tipo de complicação em 2,8% das cesáreas e mostram ser fatores de risco independentes a duração da cirurgia e a não realização de antibioticoterapia profilática. Entretanto, não discriminam especificamente a endometrite.

Apesar de não apresentar significância estatística, foi constatado, na presente análise, dois casos em que houve necessidade da realização de histerectomia por infecção puerperal pós-cesárea, o que poderia ter sido evitado caso o parto tivesse sido realizado por via vaginal. Essas situações geralmente caracterizam-se por apresentar elevado risco para mortalidade materna, principalmente quando acompanhados de infecção generalizada ou septicemia.

Entre as complicações hemorrágicas destaca-se a

necessidade da histerectomia, uma vez que este procedimento compromete de forma definitiva o futuro reprodutor da paciente. No presente estudo, a histerectomia por sangramento foi realizada em menos de 1% dos casos. Poucos estudos contemplam análise pormenorizada das complicações hemorrágicas na cesárea. Loverro et al<sup>6</sup> (2001) avaliam a perda sangüínea no parto de forma indireta, analisando a necessidade de transfusão de sangue no período intraparto e pós-parto. Não constata diferença significativa na porcentagem de casos que necessitam de transfusão intraparto, de 0,1% nos partos vaginais e 0,4% nas cesáreas. No período pós-parto relatam proporção significativamente maior de casos transfundidos após cesarianas (1,9%) quando comparados aos partos vaginais (0,39%). Combs et al<sup>3</sup> (1991) relatam 6,4% de complicações hemorrágicas em 3.052 cesáreas, caracterizadas por queda no hematócrito superior ou igual a 10 pontos ou a necessidade de transfusão sangüínea. Nesse mesmo estudo, os autores analisaram 9.598 partos vaginais e relatam incidência de 3,9% de transfusões.

A morbidade pós-operatória em obstetrícia é influenciada pelas circunstâncias em que os procedimentos são realizados. Na presente casuística, não houve nenhum caso de óbito materno cuja causa fosse relacionada à cesárea. Lydon-Rochelle et al<sup>7</sup> (2001) não consideram a operação cesariana como

um fator de risco para óbito materno, e sim um marcador de morbidade preexistente. A cesárea de emergência ou aquela indicada durante o trabalho de parto envolve condições nem sempre adequadas para o procedimento cirúrgico. O tempo de rotura das membranas, o número de exames pélvicos efetuados, a presença ou não de corioamnionite e a monitorização fetal intraparto são alguns dos fatores que podem aumentar a incidência de infecções no período pós-parto. Estudos comparando a cesárea realizada de forma eletiva ou de emergência e o parto via vaginal poderão auxiliar na análise das complicações relacionadas a esses procedimentos. Todas as informações oferecidas ao casal, de forma simples e objetiva, devem abranger amplamente os benefícios e os riscos de cada tipo de parto, enfatizando-se a segurança de cada procedimento bem como suas complicações, para que o casal possa optar de modo consciente pela via de parto.<sup>9,10</sup>

Em conclusão, não foram observadas associações significativas entre a ocorrência de complicações maternas e o tipo de parto, no período analisado. A continuidade da pesquisa nesse serviço e estudos em populações de baixo risco no âmbito público e privado constituem novos desafios que irão auxiliar na avaliação dos riscos para ocorrência de complicações, efetivamente relacionados a esse procedimento cirúrgico.

## REFERÊNCIAS

1. Bélizan JM, Althabe F, Barros FC, Alexander S. Rates and implications of caesarean sections in Latin America: ecological study. *BMJ* 1999;319:1397-402.
2. Bobrowski RA, Bottoms SF. Underappreciated risks of the elderly multipara. *Am J Obstet Gynecol* 1995;172:1764-70.
3. Combs CA, Murphy EL, Laros Jr RK. Factors associated with hemorrhage in cesarean deliveries. *Obstet Gynecol* 1991;77:77-82.
4. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap III LC, Hauth JC, Wenstrom KD. Cesarean delivery and postpartum hysterectomy. In: Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap III LC, Hauth JC, Wenstrom KD, editors. *Williams Obstetrics*. 21<sup>st</sup> ed. New York: McGraw-Hill; 2001. p. 537-63.
5. Dobson R. Caesarean section rate in England and Wales hits 21%. *BMJ* 2001;323:951.
6. Loverro G, Greco P, Vimercati A, Nicolardi V, Varcaccio-Garofalo G, Salvaggi L. Maternal complications associated with cesarean section. *J Perinat Med* 2001;29:322-6.
7. Lydon-Rochelle M, Holt VL, Easterling TR, Martin DP. Cesarean delivery and postpartum mortality among primiparas in Washington State, 1987-1996. *Obstet Gynecol* 2001;97:169-74.
8. Mah MW, Pyper AM, Oni GA, Memish ZA. Impact of antibiotic prophylaxis on wound infection after cesarean section in a situation of expected higher risk. *Am J Infect Control* 2001;29:85-8.
9. Ministério da Saúde. Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC). Atualização ano 2000: algumas informações sobre a saúde da mulher [on line]. Brasília (DF); 2001. Disponível em <URL: [http://www.saude.sp.gov.br/dsaude/informes/7saude\\_mulher/html/saude\\_mulher.htm](http://www.saude.sp.gov.br/dsaude/informes/7saude_mulher/html/saude_mulher.htm)> [2002 abr 13]
10. Paterson-Brown S. Should doctors perform an elective caesarean section on request? Yes, as long as the woman is fully informed. *BMJ* 1998;317:462-3.
11. Rezende J. Aspectos médico-legais e éticos da obstetrícia. In: Rezende J, editor. *Obstetrícia*. 9<sup>th</sup> ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.1435-74.

12. Spinnato JA, Youkilis B, Cook VD, Pietrantonio M, Clark AL, Gall SA. Antibiotic prophylaxis at cesarean delivery. *J Matern Fetal Med* 2000;9:348-50.
13. Turnbull DA, Wilkinson C, Yaser A, Carty V, Svigos JM, Robinson JS. Women's role and satisfaction in the decision to have a caesarean section. *Med J Aust* 1999;170:580-3.
14. Whitsel AI, Capeless EC, Abel DE, Stuart GS. Adjustment for case mix in comparisons of cesarean delivery rates: university versus community hospitals in Vermont. *Am J Obstet Gynecol* 2000;183:1170-5.
15. Yazlle MEHD, Rocha JSY, Mendes MC, Patta MC, Marcolin AC, Azevedo GD. Incidência de cesáreas segundo fonte de financiamento da assistência ao parto. *Rev Saúde Pública* 2001;35:202-6.
16. Yokoe DS, Christiansen CL, Johnson R, Sands KE, Livingston J, Shtatland ES, Platt R. Epidemiology of and surveillance for postpartum infections. *Emerg Infect Dis* 2001;7:837-41.
17. Zugaib M, Bittar RE. Protocolos assistenciais da Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina da USP. São Paulo: Atheneu; 1996.