

## Cesáreas: um perfil epidêmico

### Cesarean incidence rates: an epidemic profile

Maria Sílvia de Moraes <sup>1</sup>

Paulete Goldenberg <sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Departamento de Epidemiologia e Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. Av. Faria Lima 5416, São José do Rio Preto, SP 15091-060, Brasil.

<sup>2</sup> Departamento de Medicina Preventiva, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo. Rua Pedro de Toledo 675, São Paulo, SP 04032-062, Brasil.

**Abstract** *This study characterizes cesarean rates among women giving birth in São José do Rio Preto in 1992. Household interviews were conducted with 553 women selected through records on live births. Estimated incidence of cesarean sections was 80.5%, highlighting the procedure's widespread use in the study sample. Confirming a prior hypothesis, cesarean rates increased with parity and were statistically associated with age and tubal ligation. As for socioeconomic status, cesarean rates increased according to income and were higher among women using private health care (with or without health insurance). Interviews with professors in the local medical school and a related survey of the local media showed an increase in the valorization of cesareans. Confirming this trend, women interviewed in the survey expressed their own active valorization of this procedure.*

**Key words** *Cesarean Section; Incidence; Women's Health*

**Resumo** *A presente investigação tem como propósito caracterizar a ocorrência de cesáreas entre mulheres, residentes em área urbana, que realizaram partos em hospitais de São José de Rio Preto no ano de 1992. Seleccionada uma amostra de 553 mulheres a partir das Declarações de Nascidos Vivos do ano de 1992, procedeu-se à realização de um inquérito domiciliar, paralelamente ao levantamento de dados disponíveis nas Declarações de Nascidos Vivos. Foi observada uma incidência de partos cesáreos de 80,5%, evidenciando a generalização deste procedimento na amostra investigada. Confirmando as suspeitas que nortearam o estudo, as cesáreas aumentaram com a paridade e se associaram significativamente com a idade e a realização de laqueadura. Foi constatada maior presença destas práticas nos estratos sociais mais elevados e, de forma correspondente, nos serviços privados e conveniados. O estudo chamou a atenção, ainda, para a veiculação da cultura das cesáreas no espaço do ensino e da mídia local, assim como sua valorização entre as parturientes entrevistadas.*

**Palavras-chave** *Cesárea; Incidência; Saúde da Mulher*

## Introdução

### Cesariana: uma prática em ascensão

A cesariana, intervenção destinada à extração do feto por via abdominal, tem valor histórico importante como procedimento para salvar vidas em determinadas e precisas indicações (Camano & Mattar, 1983; Duarte, 1988; Faúndes, 1985; Lane & Gellert, 1984).

Se a indicação correta de cesáreas traz vantagens, sua indicação indiscriminada, sem critérios, envolve riscos adicionais para mães e recém-nascidos. Como qualquer outra cirurgia, essa não está isenta de complicações anestésicas, acidentes operatórios e problemas relacionados com transfusão de sangue, sem falar, entre outros, nos problemas que podem incidir nos cuidados com os recém-nascidos devido à fragilidade física que acarreta, assim como a interferência nas relações mãe-filho (CLAP, 1988; Resende, 1987).

Apesar dos problemas apontados, a taxa de cesarianas vem aumentando sistematicamente em vários países do mundo (Janowitz, 1982; Janowitz, et al., 1982; Lane & Gellert, 1984). Trabalho publicado por Pettiti et al. (1979) mostrou a elevação da ocorrência de cesarianas na Califórnia (Estados Unidos) de 1960 até 1975. Nos Estados Unidos, a taxa de cesarianas, que era de 4,5% em 1965, passou para 23,5% no ano de 1991 (Jorge et al., 1993). Segundo o *Centro Latinoamericano de Perinatologia y Desarrollo Humano* (CLAP, 1988), nos países da América Latina, a incidência de cesarianas em 1960 era de 2% a 5%; na atualidade, ela gira em torno de 30% a 33%. Neste espaço continental, o Brasil tem sido apontado como um dos países de maior ocorrência de cesárea (Morell & Melo, 1995).

Utilizando dados do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), Neiva (1981) aponta aumento do índice de cesáreas de 14,6%, em 1970, para 31%, em 1980. Mantida esta tendência de crescimento, de acordo com Barros (1991), no ano 2000 seria atingida a taxa de quase setenta cesáreas para cem nascimentos.

No caso específico de São Paulo – cuja taxa de cesarianas alcançou proporções de 53,4% em 1992, segundo Berquó (1993) –, as regiões de governo do Estado de São Paulo apresentaram proporções que variaram entre 32% a 78%, chamando a atenção para uma incidência de partos cirúrgicos maior no interior do que na capital. Este é o caso da região de governo de São José do Rio Preto que, com 75,3% de partos por esta via no ano de 1992, apresentou a segunda maior taxa de cesarianas do Estado, apenas

superada pela proporção encontrada na região de governo de Catanduva, que havia sido de 78,1% (Berquó, 1993).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 1985), o limite aceitável de partos que precisam terminar por via abdominal é de 10% a 15%, sendo que Pinotti (1989) e Lane & Gellert (1984) encontraram variações em alguns hospitais brasileiros da ordem de 15% a 25%. Contrastando com estes níveis, os referidos aumentos dos partos cirúrgicos no país chamam a atenção, ressaltando-se, de acordo com estudo realizado pelo CLAP (1988), que o aumento da proporção de cesariana não se fez acompanhar do decréscimo equivalente nas taxas de mortalidade perinatal e materna, desmistificando o argumento tradicionalmente evocado.

Neste contexto, reafirma-se a indagação a respeito das circunstâncias subjacentes às inusitadas proporções de sua incidência, em particular, em São José do Rio Preto, São Paulo.

### As hipóteses em questão

Partindo do pressuposto de que as elevadas proporções regionais de cesarianas transcendiriam as necessidades clínicas, *strictu sensu*, buscamos considerar, em primeira instância, a relação da ocorrência de cesariana com a realização de laqueadura. Esta associação, identificada em estudos efetuados em nosso meio (Berquó, 1986, 1993; CLAP, 1988; Faúndes, 1985), encontraria suporte nas características do desenvolvimento sócio-demográfico regional.

O Município de São José do Rio Preto consolidou-se originalmente como pólo econômico regional, associado à expansão da cultura cafeeira. Paralelamente ao processo de implantação e de desenvolvimento da industrialização do Estado, centralizado na capital, São José do Rio Preto afirma-se no desenvolvimento agrícola, intensificando o processo de urbanização e desenvolvimento do setor terciário (Perrilo, 1994).

Com as transformações ocorridas na estrutura produtiva do país, amplia-se o processo de industrialização, acarretando mudanças significativas na dinâmica econômica e populacional do interior paulista (Cano, 1988, 1992). Os avanços do processo de descentralização e de modernização da economia paulista, em seus desdobramentos subsequentes, modificariam as relações de trabalho, provocando gradativo esvaziamento do campo. Neste contexto, paralelamente ao esvaziamento regional, o Município de São José do Rio Preto apresentava crescimento migratório positivo, recebendo parcela

significativa de mão-de-obra rural, bem como de cidades menores da região (Girardelli & Nakamura, 1990; Perilo, 1994).

Neste panorama demográfico, espelhando o processo observado no Estado de São Paulo (Girardelli, 1989), bem como no Brasil (Costa, 1981; Possas, 1989), a região de São José do Rio Preto apresentou uma das mais baixas taxas de fecundidade verificadas no Estado (Campanário & Yazaki, 1994).

Modificações no sistema produtivo, seguidas de intenso processo de assalariamento, têm sido apontadas como o substrato estrutural dessa queda da fecundidade, sendo o uso de contraceptivos um meio na concretização desse processo (Goldenberg, 1986). Destaca-se, a este respeito, a predominância da utilização de pílulas e laqueadura (Berquó, 1993; Morell, 1994; Thomé et al., 1983) e, por sua vez, a associação desta última com a prática da cesariana (Berquó, 1993). A pesquisa a respeito da contracepção realizada pela Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar (PNAD), evidenciou que três quartos de todas as laqueaduras foram feitas no momento do último parto (Morell, 1994).

Esses dados consubstanciarão a formulação da hipótese segundo a qual as altas proporções de cesarianas encontradas no Município de São José do Rio Preto se associariam à realização de laqueaduras. Esta suspeita, por sua vez, remeter-nos-ia à própria constituição e desenvolvimento do sistema assistencial em torno do qual se estruturam a oferta e a demanda dos serviços de saúde em nosso meio.

A institucionalização da assistência médica individualizada tem marco significativo na criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), em 1967. Segundo Possas (1989), os serviços previdenciários articulam-se com as demais formas de assistência, subordinando-as gradativamente à lógica da produção e privatização das ações de saúde. Neste contexto, conforma-se a generalização da cobertura assistencial ao parto, havendo referências de que os partos hospitalares em São Paulo haviam ocorrido a 90% em 1973 (Goldenberg, 1986).

Coincidentemente com o aumento de cobertura, estudos realizados por Barros (1991) e Faúndes & Cecatti (1991) apontam para o aumento de cesarianas, que dobraram de 1970 e 1980 no país. Pagando as cesáreas de forma diferenciada por referência ao parto normal, a Previdência acabou estimulando a generalização dessa prática. Diante do empresariamento da medicina sob a nova ordem de produção de massa, a possibilidade de realizar o parto com hora marcada, amparada na concepção da ino-

fensividade do procedimento, otimizaria os investimentos em um mercado livre de controle.

Respondendo à expansão desta prática não só no setor privado, como também nas instituições conveniadas e públicas, a previdência – que subsidiava as cesáreas, pagando mais por elas do que por parto normal – passou a fazê-lo de maneira igual para todos os tipos de parto. Entretanto, essa medida não chegou a diminuir a tendência de aumento na taxa de cesariana no país (Camano & Mattar, 1983; Rocha et al., 1986). Na região administrativa de São José do Rio Preto, em particular, de acordo com os dados disponíveis no Serviço Regional de Saúde, as proporções de cesarianas foram de 86,6% e 86,1% para os anos de 1987 e 1988, respectivamente (SES-SP, 1992).

Diante das altas proporções de partos cirúrgicos apresentados no Estado de São Paulo, a Secretaria Estadual da Saúde, através da Resolução SS-143 de 18/08/1989 (São Paulo, 1989) e da Deliberação CIS/SP 39/90 (São Paulo, 1990), estabelece que nenhum hospital próprio, conveniado ou contratado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) poderia apresentar proporções de cesarianas acima de 30%, sob pena de ter revisadas suas contas referentes à assistência obstétrica. Em que pese a intenção política, estas medidas também não vingaram, ressaltando-se a instalação do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), que permitiria monitorar a realização de cesarianas em âmbito estadual.

Nestas condições, reafirmando a sinalização de levantamentos realizados em outras localidades (Barros et al., 1986; Camano & Mattar, 1983; Costa, 1981; Goffi, 1979; Janowitz, 1985; Janowitz et al., 1982; Neiva, 1981; Rodrigues et al., 1980), configura-se a preocupação com a investigação dos motivos relacionados às elevadas proporções de cesáreas em São José do Rio Preto, norteadas pelas hipóteses de que maiores proporções seriam observadas no setor privado e conveniado de assistência, além de entre as usuárias de maior poder aquisitivo, na medida em que garantiria maior acesso a estes serviços.

Ao mesmo tempo em que essas suspeitas colocavam em relevo aspectos da dimensão econômica (na ordem capitalista de produção) como um dos eixos explicativos da elevada incidência de cesáreas na região, juntamente com a laqueadura, não se poderia deixar de levar em conta, na articulação das hipóteses consideradas, o plano da cultura da cesárea. Ao instrumentalizar a prática médica e o comportamento das parturientes, orquestrando a relação médico-paciente, este plano viria compor

o terceiro eixo de preocupação a balizar a presente investigação. Diante desta perspectiva dispusemo-nos a identificar, em caráter exploratório, a presença da escola médica como meio de veiculação da cultura da cesárea, ao lado da mídia regional e, de forma complementar, dos motivos alegados pelas parturientes no tocante à opção pelo parto cirúrgico.

### Procedimentos de investigação

Em função dos objetivos da investigação, procedemos, por questão operacional, a um inquérito domiciliar paralelo ao levantamento das declarações de Nascidos Vivos, ambos restritos às mulheres residentes na região urbana do município. Assim procedendo, focalizamos o estudo das cesáreas na perspectiva das mães de nascidos vivos e não dos recém-nascidos, destacando-se, a propósito, a exclusão dos natimortos na constituição amostral.

Tendo em vista o universo de referência, arrolamos as Declarações de Nascidos (DN) do Município de São José do Rio Preto do ano de 1992 disponíveis no DIR-XXII. Do total de 4.876 DN foram excluídas: 54 DN com letra ilegível ou endereços incompletos; 38 DN de mulheres que residiam na área rural do município; 444 DN de mulheres que tiveram filhos em hospitais de São José do Rio Preto, mas não residiam no município. Para as mulheres que tiveram mais de um filho em mesmo parto, permaneceu apenas uma DN, na medida em que o foco do estudo era a mãe. Nessa situação foram excluídas 13 DN, relativas a 11 partos gemelares e 1 de trigêmeos.

Com o intuito de definir o tamanho da amostra, foi realizado um estudo piloto a partir de 94 DN do ano de 1992, com o qual obtivemos uma primeira estimativa de proporção de cesáreas (87%) e da taxa de não-resposta (30%). A partir dessas informações, procedeu-se ao cálculo do tamanho da amostra estimado em 517 participantes.

Prevedo elevada proporção de perdas, foi feita a identificação de 813 DN, selecionadas por casualização sistemática, tendo em vista respeitar o processo de substituição do local de residência das mulheres selecionadas. Deste conjunto, totalizamos o estudo com 553 entrevistas.

Tomando em conta as categorias existentes na DN, os partos foram classificados em cesáreas, correspondendo à categoria parto operatório, e não-cesáreas, que incluíam o parto normal e fórceps.

Integrando o eixo concernente à realização da laqueadura, focalizamos inicialmente a pa-

ridade. Esta informação foi obtida a partir da DN, somando-se o número de nascidos vivos à criança nascida no ano de 1992. Paralelamente, foram considerados os tipos de partos anteriores ao pesquisado, igualmente classificados em cesáreas e não-cesáreas. A idade da mãe, obtida através da DN, foi codificada em menores de 20 anos, de 20 a 29 anos e de 30 anos e mais. Finalmente, os dados sobre a realização de laqueadura foram levantados no inquérito domiciliar, considerando-se o momento de sua efetivação no decorrer ou depois do momento do parto em questão.

No tocante às condições sociais e à utilização dos serviços de saúde, consideramos, de um lado, as variáveis relativas à escolaridade e à área de residência e, de outro, o financiamento do parto e natureza jurídica do hospital frequentado.

O grau de instrução da mãe foi levantado no inquérito domiciliar em razão do expressivo número de falta de registro desta informação nas DNs. Para efeito de análise, a escolaridade foi reagrupada nas seguintes categorias: analfabeto e primeiro grau incompleto, primeiro grau completo, segundo grau (completo e incompleto) e superior. De forma complementar, o endereço da mãe especificado na DN foi categorizado a partir de sua localização em setores censitários do município de São José do Rio Preto, classificados em três regiões sócio-econômicas: I – região dos mais altos níveis de escolaridade e rendimento; II – região de níveis intermediários referidos a estas variáveis; e III – região de níveis mais baixos. Posteriormente, para efeito de análise, essas categorias foram reagrupadas, destacando-se, dentre elas, a região III, de condições menos favorecidas.

A forma de pagamento do parto, classificado em parto SUS, conveniado, e particular foi obtida a partir de informações coletadas no inquérito domiciliar. Por sua vez, as informações referentes à natureza jurídica dos hospital foram obtidas na DN.

Do conjunto das 618 mulheres selecionadas para constituir a amostra, ocorreram 65 perdas em decorrência de endereço errado e recusa em responder ao questionário.

Com os dados levantados foi construída uma base de dados em *DBase III* (Ashton-Tate, 1985), efetuando-se o processamento por meio do programa *Epi Info 5.01* (Dean et al., 1990). Na análise das proporções observadas foi calculado o qui-quadrado, aceitando-se valores de  $p < 0,05$  como estatisticamente significantes.

Com relação ao eixo da cultura da cesariana, desenvolvemos um estudo complementar

de caráter exploratório junto a docentes, residentes e alunos de graduação da escola médica de São José do Rio Preto, ao lado de um levantamento de artigos publicados no jornal local *Diário da Região* durante o ano de 1992, quando foi realizada a investigação.

Com relação aos docentes, além do fundador do primeiro serviço de obstetrícia do município, foram feitas entrevistas estruturadas com professores do departamento de ginecologia e obstetrícia, com o intuito de obter informações referentes ao posicionamento frente às elevadas proporções de cesarianas no município.

Vale dizer que, embora todo os docentes tivessem sido contatados, nem todos se dispuseram a ser entrevistados. Com o mesmo propósito, foram organizados grupos focais realizados com residentes da referida área e alunos do 5º e 6º ano que já haviam passado pelo internato na área de ginecologia e obstetrícia.

## Resultados

### Inquérito domiciliar

Na amostra estudada, 80,5% das mulheres investigadas submeteram-se a cesarianas (Figura 1). Ressalta-se que a diferença desta proporção, por referência aos demais tipos de parto, foi estatisticamente significativa, considerando os intervalos de confiança de 95%.

De acordo com a caracterização das mulheres entrevistadas, 35% eram primíparas e 49% estavam tendo o seu segundo filho. Quanto à distribuição etária, observamos concentração (59,1%) nas idades entre 20 a 29 anos, a par do expressivo número de mulheres com menos de 19 anos de idade, cuja proporção foi de 17,9%. Paralelamente constatamos que 26,9% das mulheres da amostra realizaram laqueadura.

Em relação à escolaridade, 51,3% das mulheres tinham primeiro grau incompleto, sendo que 13,4% referiram 2º grau completo e mais. A distribuição observada em relação ao local de moradia das entrevistadas apontou uma concentração da ordem de 58,8% na região III (de nível sócio-econômico menos favorecido) e de 41,1% nas regiões de nível intermediário (II) e alto (I).

Com relação ao acesso aos serviços existentes, constatamos que metade dos partos (50,4%) foram financiados pelo SUS, ficando os restantes a cargo dos serviços conveniados e particulares. De forma correlata, observamos que 51,5% dos partos foram feitos nos hospitais universitários (Hospital de Base) e na San-

ta Casa de Misericórdia, que concentravam a maioria de leitos financiados pelo SUS.

Relacionando estas variáveis com as vias de parto (Tabela 1), pudemos observar aumento do número de cesarianas com aumento do número de filhos, embora as diferenças não fossem estatisticamente significativas. Paralelamente, a presença de cesáreas elevou-se com o avanço da idade, sendo que a faixa etária de 30 anos ou mais apresentou uma proporção de aproximadamente 95% de partos cirúrgicos. Ressalta-se, a propósito, que entre as mulheres com 19 anos de idade ou menos, 55,5% submeteram-se à cesariana. Por sua vez, dentre as mulheres que fizeram laqueadura, 94,6% submeteram-se à cesariana, sendo as diferenças constatadas, por referência às mulheres que não fizeram laqueadura, estatisticamente significantes ( $p < 0,0001$ ).

Os resultados também revelaram associação estatisticamente significativa entre proporções de cesáreas e níveis de escolaridade, evidenciando maior presença destas intervenções nos níveis mais altos. Paralelamente, observamos maior concentração de cesáreas entre mulheres que residiam nas regiões I e II, ou seja, de nível intermediário e alto, em contraposição àquelas que residiam em regiões mais pobres, sendo os diferenciais estatisticamente significantes ( $p < 0,05$ ).

Fazendo interface com o mesmo eixo de investigação, a realização de cesáreas apresentou variações em função da forma de pagamento do parto, sendo mais freqüente entre mulheres atendidas por convênio e particulares (93,4%) do que para as atendidas pelo SUS (68,3%). Coerentemente, a maior taxa de cesarianas ocorreu em hospitais que integravam os grupos I e II, ou seja, que tinham poucos leitos do SUS.

Figura 1

Percentual de tipo de parto. São José do Rio Preto, 1992.

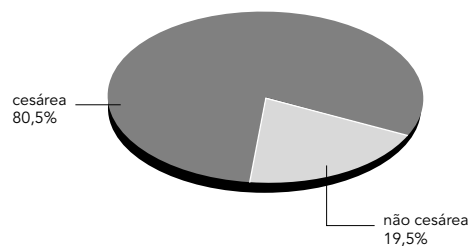


Tabela 1

Tipo de parto segundo paridade, idade, realização de laqueadura, escolaridade, região sócio-econômica, forma de pagamento e tipo de hospital. São José do Rio Preto, 1992

Variáveis	Tipo de parto				$\chi^2$	p
	Cesárea		Não cesárea			
	n	%	n	%		
<b>Paridade</b>						
1 filho	152	77,9	43	22,1	1,28	0,5274
2 filhos	221	81,6	50	18,5		
3 filhos ou mais	72	82,8	15	17,2		
<b>Idade</b>						
19 anos ou menos	55	55,6	44	44,4	55,38	0,0000
20 a 29 anos	270	82,6	57	17,4		
30 anos ou mais	112	94,9	6	5,1		
<b>Laqueadura</b>						
Realizou	141	94,6	8	5,4	25,65	0,0000
Não realizou	304	77,4	99	22,6		
<b>Escolaridade</b>						
Até 1º grau incompleto	205	72,4	78	27,6	30,78	0,0000
1º grau completo e 2º grau incompleto	164	85,4	28	14,6		
2º grau completo e superior	75	98,7	1	1,3		
<b>Região sócio-econômica</b>						
Região I e II	191	85,3	33	14,7	5,47	0,0192
Região III	247	77,2	73	22,8		
<b>Forma de pagamento</b>						
Convênio e particular	255	93,4	18	6,6	55,68	0,0000
SUS	190	68,3	88	31,7		
<b>Tipo de hospital</b>						
< 50% leitos para o SUS	163	94,2	10	5,8	30,13	0,0000
> 50% leitos para o SUS	235	73,9	83	26,1		

No âmbito do terceiro eixo de preocupação, como face contrária à consideração da Escola Médica e da mídia na veiculação da cultura da cesárea (tratadas no tópico a seguir), os dados da Figura 2 ilustram os motivos alegados para a realização das cesáreas sob a perspectiva das entrevistadas. De acordo com as informações referidas, 13,7% das parturientes fizeram cesariana por indicação médica precisa (risco de vida da mãe ou do recém-nascido) e, 41,1% assumiram ter solicitado a cesariana. Dentre as restantes, 26,5% alegaram motivos que foram enquadrados na categoria "outros", que incluíam, dentre vários motivos, sugestões médicas, ao lado de 18,2% que não souberam referir o motivo de realização de suas cesáreas.

#### **A escola médica, a mídia e a cesárea**

Buscando identificar a disposição dos profissionais de saúde frente à prática generalizada das cesáreas e, em particular, a postura dos docentes em relação a esta questão, entrevistamos inicialmente Oscar Doria, fundador do primeiro serviço de obstetrícia do município. Segundo ele, as altas taxas de cesarianas em Rio Preto seriam atribuíveis à "má formação dos obstetras, que não tinham consciência nem paciência". Ainda de acordo com ele, a responsabilidade era, em grande parte, das escolas médicas, "que não formavam adequadamente seus alunos...". Continuando, lembrou que, em 1945, quando fundou o primeiro serviço de obstetrícia do município na Santa Casa, os antigos médicos "foram contra" a iniciativa. "A ci-

dade, porém, estava progredindo e necessitava de equipamentos modernos para as mulheres de São José do Rio Preto terem seus filhos, até mesmo para acompanhar o progresso dos grandes centros". Naquela época, "quando a mulher ia ter filhos, não se falava de dor, porque o parto era natural, era da natureza (...). Hoje, as mulheres querem cesariana porque os médicos não as preparam para o parto normal". Com o aparecimento da ultra-sonografia, prosseguiu ele, "ficou mais fácil para o médico marcar a cesariana (...). Por que fazer parto normal no domingo, se posso fazer cesariana na sexta-feira?" Oscar Doria (comunicação pessoal).

As considerações do entrevistado apontavam, em primeira instância, para a responsabilidade do ensino na disseminação da prática da cesárea. Em outro plano, em meio às condições da organização do trabalho médico, o entrevistado situava a atuação médica, paralelamente às aspirações das pacientes.

Em entrevistas feitas com docentes da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto inquiridos sobre a alta proporção de cesariana na região, estes foram unânimes em afirmar que "para o médico é mais fácil e mais rápido fazer cesárea, além de não apresentar risco maior em relação ao parto normal". Segundo um dos entrevistados, "em Rio Preto, os médicos e as pacientes já se acostumaram com a cesariana: a paciente não quer sentir dor e o médico não quer perder tempo".

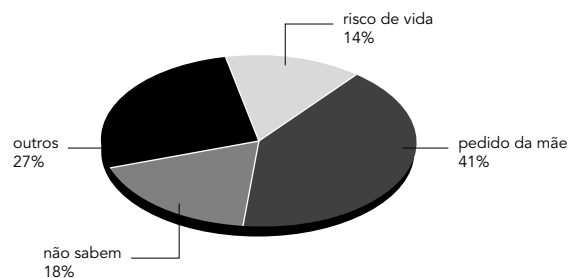
Estes docentes concordavam que, no decorrer do curso, "... era ensinado a fazer cesariana apenas com indicações corretas". Porém, "quando os alunos se formavam, encontravam um sistema público e privado complicado para fazer o parto normal" e que "as mulheres preferiam a cesariana, porque o sistema público não pagava a analgesia no parto normal". Nestas condições, "a cesariana se torna mais confortável".

Colocadas as mesmas questões para o grupo de alunos de graduação, na fase de profissionalização, eles afirmavam que "os professores ensinavam que só se deveria fazer cesárea quando fosse extremamente necessário". Da mesma forma que seus professores, os alunos também destacavam que "depois de formados, a realidade vai ser outra", isto é, "não vai haver condições para fazer parto normal". Os residentes abordados na investigação compartilhavam as mesmas convicções, explicitando espanto, na ocasião, pela insistência na valorização do parto normal, ilustrada pela indagação "porque (se) tem que forçar o parto normal?"

A propósito da reprodução destas disposições, vale registrar a polêmica que se apresentou no *Diário da Região* (*Diário da Região*, 1993a),

Figura 2

Motivos de realização de cesáreas. São José do Rio Preto, 1992.



após a publicação, pela Direção Regional de Saúde de São José do Rio Preto, da notícia da elevada proporção de cesáreas na região durante o ano de 1992. Ao lado dos referidos dados foi publicada entrevista com o presidente da Associação Médica Brasileira (AMB), Mario Cardoso, em que dizia que o risco de morte do bebê, em uma cesariana, era até vinte vezes maior do que no parto normal; a intervenção hospitalar e o tempo de convalescença da mãe eram maiores e havia prejuízos quanto ao desencadeamento da amamentação. O bebê, acrescentou Cardoso, "corre o risco de ter asfixia na hora do parto, nascer com menor peso e ter problemas neurológicos e hipoglicemia" (*Diário da Região*, 1993a:4).

Em resposta a estas afirmações, alguns ginecologistas de São José do Rio Preto consideraram exageradas as observações relativas aos riscos causados pelas elevadas proporções de cesarianas na região e afirmaram que não acreditavam nos riscos que essa cirurgia poderia causar, contradizendo as colocações do presidente da AMB (*Diário da Região*, 1993a).

Nessa mesma ocasião, Gilberto Lopes da Silva, chefe do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Santa Casa, hospital que mais realiza partos em Rio Preto, concentrando a média de 80% de cesarianas, contestou com veemência as contra-indicações apresentadas à cesariana, garantindo que esta não oferecia nenhum risco à gestante e ao bebê. "A morte pós-parto ocorre nas escolas de medicina nas quais, por inexperiência ou falha técnica do jovem médico, acontecem acidentes" (*Diário da Região*, 1993a:3).

O referido médico culpou o governo federal e o estadual por ser o Brasil o "campeão mundial de cesarianas" (*Diário da Região*, 1993a:3).

Segundo ele, o SUS não oferecia condições para que os hospitais realizassem partos normais. *“Um parto normal pode durar até 12 horas, tempo em que os médicos devem acompanhar as gestantes. É óbvio que não dá para um médico passar um dia dedicado a uma cirurgia para ganhar o que o SUS paga. A cesariana é mais em conta, já que dura uma hora, no máximo”* (Diário da Região, 1993b:4).

Também o chefe do Departamento Materno-Infantil do Hospital de Base de São José do Rio Preto (Hospital Universitário) contestou os dados do representante da AMB. *“Não acredito que o risco de morte do bebê na cesariana seja vinte vezes maior”* (Diário da Região, 1993b:5).

Negando os riscos associados à prática das cesáreas para mães e recém-nascidos, esses docentes expressaram a valorização da cesárea em detrimento do parto vaginal, concorrendo para a disseminação da cultura subjacente à desmobilização dos alunos e profissionais médicos para a realização do parto normal.

## Discussão

A proporção de cesarianas observada entre as mulheres da amostra (80,5%) foi mais elevada que a proporção oficial registrada para a região administrativa de São José do Rio Preto (75,3%), acentuando a diferença em relação à proporção registrada para o Estado de São Paulo, cujo valor foi de 53,4% em 1992 (Berquó, 1993).

A realização de laqueadura na amostra foi semelhante à encontrada por Morell (1994) em São Paulo no ano de 1986. Sua ocorrência apresentou associação estatisticamente significativa com a realização de cesárea, ressaltando-se que esta proporção foi superior à encontrada por Barros et al. (1986).

Coerentemente com os indicativos da interrupção da vida reprodutiva, chamou a atenção, inicialmente, a associação positiva entre as cesáreas com o aumento de número de filhos, a despeito da ausência de relação estatisticamente significativa. Estes resultados não condizem com os achados de Jorge et al. (1993), que encontraram maior proporção de cesáreas em primíparas do que em múltiparas, respectivamente, 51,4% e 46,4%. Lembramos que, ao lado das elevadas proporções de cesáreas entre as primíparas, a presença de cesáreas reiterativas implicaria na consideração do caráter cumulativo do aumento das cesáreas com o aumento da paridade. A propósito, vale dizer que o conjunto das 234 mulheres da amostra com dois ou mais filhos que fizeram cesariana no

primeiro parto, na sua quase totalidade (94,9%) também o fez no segundo parto. A conduta *“uma vez cesárea, sempre cesárea”*, preconizada por Gragin em 1916 (Horowitz et al., 1981), parece constituir uma regra na região, apesar do questionamento atual a propósito dessa conduta.

É interessante notar ainda que a proporção de cesáreas tenha aumentado com o avanço da idade, o que coincidiu com os resultados encontrados por Morell & Melo (1995) em análise dos dados das DN do Estado de São Paulo para o ano de 1993, ressaltando-se que as proporções foram maiores em todas as faixas etárias no município de São José do Rio Preto. Se entre as adolescentes (menos de vinte anos) esta proporção foi elevada, a prática da cesariana alcançou quase a totalidade dos partos na faixa de trinta anos e mais.

A constatação de menor frequência de cesárea entre pacientes que fizeram seus partos pelo sistema público, frequência intermediária entre pacientes de convênio particulares e frequência mais alta em pacientes de serviços privados veio reforçar resultados apontados por pesquisadores em outras localidades brasileiras (Barros et al., 1986; Costa, 1981; Goffi, 1979; Janowitz, 1985; Janowitz et al., 1982). Salienta-se, entretanto, que o SUS financiou cerca da metade dos partos, garantindo praticamente a generalização da cesárea, na medida em que financiou esta prática para a população de menor poder aquisitivo. De forma correlata, a maior taxa de cesarianas ocorreu em hospitais que dispunham de poucos leitos do SUS, reiterando informações apresentadas por Neiva (1981), que apontavam, em 1979, para a maior presença de cesáreas no setor contratado (30%) do que nos serviços próprios do INAMPS (17,5%).

Consistentemente, no âmbito dos serviços de saúde, a maior proporção de cesarianas entre as mulheres com escolaridade mais elevada condiz com os achados de Almeida (1995). Reafirmados os resultados concernentes à escolaridade, as moradoras de bairros de níveis sócio-econômicos mais elevados também realizaram mais cesarianas, evidenciando a relação com o poder aquisitivo e as formas de pagamento, regidas pela lógica capitalista, nas formas como se desenvolve o sistema de saúde no âmbito nacional e regional.

Espelhando a valorização das cesáreas a propósito dos motivos alegados pelas entrevistadas para a realização das respectivas cesáreas, chamaram a atenção três ordens de colocações. Em primeiro lugar, não poderia deixar de ser mencionada a semelhança de proporção de



motivos alegados pelas entrevistadas, relacionados ao risco de vida da mãe e do feto, com valores aceitáveis preconizados pela OMS. Contrastando, por sua vez, com estas disposições destacaram-se, de um lado, os motivos relacionados com a indicação médica e institucional, e, de outro, a própria solicitação por parte das entrevistadas.

Na categoria de indução médica, enquadrariam-se aquelas que não souberam referir os motivos de realização de suas cesáreas, bem como aquelas que alegaram observância à indicações genéricas, tais como; *“o médico aconselhou para não ter dor...”*; *“não tem que ficar esperando”* etc.

### Considerações finais

O estudo ressaltou, em primeira instância, a generalização da prática de cesárea na amostra estudada, fazendo jus à liderança da proporção de ocorrência no Estado de São Paulo, destacando certamente para além das necessidades clínicas específicas de sua indicação, a dimensão social de sua incidência.

O aumento das cesáreas com o avanço da idade das parturientes, bem como a associação positiva com a paridade, colocou em evidência as elevadas proporções destas práticas já entre as primíparas.

No eixo da segunda ordem de preocupação, a investigação evidenciou a predominância de ocorrência de cesáreas no sistema privado de assistência, dando conta de sua valorização em meio à ordem de trabalho médico, regida pela lógica da produtividade na organização empresarial e no atendimento em massa. De forma complementar, a associação positiva das cesáreas com o nível de escolaridade das parturientes e com a distribuição sócio-espacial de suas residências, enquanto indicativos da estratificação social, aponta para a vinculação de sua realização ao poder aquisitivo que garante o acesso a tais serviços.

O poder público que se orienta oficialmente, no plano político, pela valorização do parto normal e, portanto, teria maior controle sobre implementação nos serviços próprios, expõe sua parcela de responsabilidade na generalização das cesáreas em São José do Rio Preto, na medida em que não só financia e deixa de supervisionar o setor privado, como patrocina a realização de cesáreas, em níveis significativos, à população de menor poder aquisitivo.

Coerentemente, no contexto cultural, o estudo destacou a valorização das cesáreas entre os docentes da Faculdade de Medicina de São

José do Rio Preto, que desconsideravam os riscos associados a estas práticas. Residentes e alunos, embora valorizando formalmente o parto normal, demonstram estar convencidos, ao término da sua formação, da inviabilidade de sua realização na vida prática.

A concepção do caráter inócuo das cesáreas como produto do aprimoramento técnico, reiterada através da mídia impressa, constituiria recurso de disseminação das mensagens de valorização das cesáreas não só para os profissionais da área da saúde, mas junto à própria população, ratificando o concurso desta instância na veiculação desta prática na região, ao lado da escola médica.

Levando em conta a atuação culturalmente partilhada com as pacientes, no âmbito das relações médico-pacientes, a propósito dos motivos referidos para a realização de cesáreas, destacamos, ao lado das previsíveis proporções de referências à realização das cesáreas relacionadas com problema de saúde das mães e fetos, a existência de amplo espectro de motivos alegados possíveis de serem enquadrados como suspeitos à indicação médica.

Chamou a atenção a presença de contingente significativo de parturientes que assumiu a iniciativa de solicitação de cesariana, revelando a valorização internalizada dessa prática na amostra investigada.

A respeito deste veio, que está por ser devidamente estudado a par da questão da laqueadura enquanto possível item destas reivindicações, não poderíamos deixar de endossar, entre tantas outras, a importância do acesso à analgesia para o parto normal, que constitui certamente motivo justificável para a solicitação de cesáreas por parte das parturientes.

Estas considerações põem em relevo a propriedade de levar em conta não só a interação entre variáveis que pinçam isoladamente facetas de uma realidade complexa, mas a necessidade de realização de futuros trabalhos de investigação, respeitando os campos específicos de conhecimento, com vistas a alcançar o esclarecimento da própria articulação entre os planos identificados na aproximação exploratória da questão em estudo.

## Referências

- ALMEIDA, M. F., 1995. *O Uso da Declaração de Nascido Vivo na Caracterização dos Partos Hospitalares*. In: Informe Demográfico – Nascer Aqui Nº 29. São Paulo: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados.
- ASHTON-TATE, 1985. *Dbase III Plus Version 1.0 IBM/MSDOS*. Washington, DC: Ashton-Tate.
- BARROS, F. C., 1991. Epidemic of cesarean sections in Brazil. *Lancet*, 338:167-169.
- BARROS, F. C.; VAUGHAM, P. & VICTORA, C. G., 1986. Why so many cesarean sections. The need for further policy change in Brazil. *Health Policy and Planning*, 1:19.
- BERQUÓ, E., 1986. Sobre o declínio da fecundidade e a anticoncepção em São Paulo: Análise preliminar. *Texto NEPO*, 6:5-34.
- BERQUÓ, E., 1993. Um caso exemplar de uma ação exemplar. Campinas: Núcleo de Estudos Populacionais, Universidade Estadual de Campinas. (mimeo.)
- CAMANO, L. & MATTAR, R., 1983. Reflexões sobre a incidência de cesárea. *Revista Paulista de Medicina*, 101:155-159.
- CAMPANÁRIO, P. & YAZAKI, M. L., 1994. Aspectos teóricos e empíricos da transição da fecundidade no Estado de São Paulo. *Informe Demográfico SEADE*, 25:77-144.
- CANO, W., 1988. O processo de interiorização do desenvolvimento e da urbanização no Estado de São Paulo. A interiorização do desenvolvimento econômico de São Paulo: 1920 – 1980. *Coleção Economia Paulista*, 1:1-106.
- CANO, W., 1992. *Urbanização e Metropolização no Estado de São Paulo: Desafios da Política Urbana*. Campinas: Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas.
- COSTA, P. L., 1981. Aspectos atuais da operação cesariana. Incidência. *Femina*, 9:61-65.
- CLAP (Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo), 1988. El Nacimiento por cesarea hoy. *Salud Perinatal*, 3:101-108.
- DEAN, A. G.; DEAN, J. A.; BURTON, A. H. & DICKER, R. C., 1990. *Epi Info, Version 5.01: A Word Processing, Database, and Statistics Program for Epidemiology on Micro-computers*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention.
- DIÁRIO DA REGIÃO DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 1993a. 75% dos partos na região em 92 foram cesarianas. *Diário da Região de São José do Rio Preto*, São José do Rio Preto, 18 abr., p. 3.
- DIÁRIO DA REGIÃO DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 1993a. Partos na Região de São José do Rio Preto, 1993. *Diário da Região de São José do Rio Preto*, São José do Rio Preto, 20 abr., pp. 4-5.
- DUARTE, G., 1988. Cesárea: Uma solução distorcida? *Revista Científica GHH-INAMPS*, 5:09-12.
- FAÚNDES, A., 1985. A operação cesárea como tecnologia para o nascimento. Quanto ela é apropriada. *Femina*, 10:18-27.
- FAÚNDES, A. & CECATTI, J. G., 1991. A operação cesárea no Brasil: Incidência, tendência, causas, consequências e proposta de ação. *Cadernos de Saúde Pública*, 7:150-173.
- GIRARDELLI, B. W., 1989. A fecundidade nos municípios paulistas. *Informe Demográfico SEADE*, 22: 29-78.
- GIRARDELLI, B. W. & NAKAMURA, M. S., 1990. Tendências populacionais. *Conjuntura Demográfica*, 11:7-30.
- GOFFI, P. S., 1979. Aumento de incidência da cesárea. *Arquivos Médicos ABC*, 2:5-7.
- GOLDENBERG, P., 1986. Mulher, saúde e cidadania: Considerações sobre a incorporação de tecnologia da contracepção. In: V Encontro Nacional de Estudos Populacionais, *Anais*, v. 2, pp. 1109-1132. Águas de São Pedro: Associação Brasileira de Estudos Populacionais.
- GOLDENBERG, P., 1992. Contracepção e reprodução social. In: *Pesquisa Social em Saúde* (A. W. Spinola, E. Castro Sá, M. F. Westphal, R. C. F. Adorno & F. Zioni, org.), pp. 243-256, São Paulo: Editora Cortez.
- GOULD, J. B.; DAVEY, B. & STAFFORD, R. S., 1986. Socioeconomic differences in rates of cesarean section. *New England Journal of Medicine*, 321: 619-624.
- HOROWITZ, B. J.; EDELSTEIN, S. W. & LIPPIMAN, L., 1981. Once a cesarea... Always a cesarean. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 36:592-598.
- JANOWITZ, B.; HIGGINS, J. E.; CLOPTON, D. C.; NAKAMURA, M. S. & BROWN, M. L., 1982. Access to postpartum sterilization in southeast Brazil. *Medical Care*, 20:526-534.
- JANOWITZ, B., 1982. Cesarean section in Brazil. *Social Science and Medicine*, 16:19.
- JANOWITZ, B., 1985. Cesarean delivery in the Northeast region of Brazil. *American Journal of Public Health*, 75:560.
- JORGE, M. H. P.; GOTLIEB, M. L. M. S.; ALMEIDA, M. F. & LATORRE, M. R., 1993. Avaliação do sistema de informação sobre nascidos vivos e o uso de seus dados em epidemiologia e estatística da saúde. *Revista de Saúde Pública*, 27(Sup. 6):2-44.
- LANE, E. & GELLERT, R., 1984. Cesária. Qual a incidência aceitável? *Jornal Brasileiro de Ginecologia*, 94:437-439.
- MORELL, M. G. G., 1994. Anticoncepção em São Paulo em 1986: Prevalência e características. *Informe Demográfico SEADE*, 25:199-331.
- MORELL, M. G. G. & MELLO, A. V., 1995. A declaração de nascido vivo no Estado de São Paulo: Alguns resultados. *Informe Demográfico SEADE* 29:201-331.
- NEIVA, J. G., 1981. Índice de cesariana. *Femina*, 9:516-519.
- NEIVA, J. G., 1982. *Operação Cesárea no Instituto de Assistência Médica da Previdência Social*. Rio de Janeiro: Jornada Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. (mimeo.)
- OSIS, M. J. D.; HARDY, E.; SIMÕES, I. R.; VERA, S. & FAÚNDES, A., 1991. A laqueadura tubária nos serviços de saúde do Estado de São Paulo. *Ginecologia e Obstetrícia*, 1:95-204.
- PERILO, A., 1994. Migração no oeste paulista/Região de São José do Rio Preto. *Informe Demográfico SEADE*, 27:1-112.
- PETITTI, D.; ONSON, R. O. & WILLIAMS, R. L., 1979. Cesarean section in California 1960 through 1975. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 391:397.
- POSSAS, C., 1989. *Epidemiologia e Sociedade: Heterogeneidade Estrutural e Saúde no Brasil*. Saúde em

- Debate 24. São Paulo: Editora Hucitec.
- RESENDE, J., 1987. Obstetrícia, conceito, propósitos, súmula histórica. In: *Obstetrícia* (J. Resende, org.), pp. 1-26, 8ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara.
- RODRIGUES, W.; ARRUDA, G. M.; JANOWITZ, B. & MORRIS, L., 1980. *Pesquisa sobre Saúde Materno-infantil e Planejamento Familiar*. Rio de Janeiro: Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil.
- ROCHA, J. S. Y.; STUARDO, J.; ORTIZ, P. C. & YANG, T. F., 1986. A incidência da cesárea e a remuneração da assistência ao parto. *Revista Paulista de Medicina*, 104:167.
- SÃO PAULO (Estado), 1989. Resolução SS-143, de 18 de agosto de 1989. Medidas que visam reduzir o uso indiscriminado de operação cesariana. São Paulo: *Diário Oficial do Estado de São Paulo*, p. 9, 19 ago.
- SÃO PAULO (Estado), 1990. Deliberação CIS/SP 39/90: Medidas complementares à Resolução SS-143 de 18 de agosto de 1989. São Paulo: *Diário Oficial do Estado de São Paulo*, p. 13, 26 set.
- SES-SP (Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo), 1992. *Relatório Técnico do Escritório Regional de Saúde de São José do Rio Preto – DIR XXII*. São Paulo: SES-SP.
- THOMÉ, A. M. T.; RODRIGUES, W.; COSTA, M. A.; ARRUDA, J. M. & MORRIS, L., 1983. Prática contraceptiva atual em alguns estados brasileiros. In: III Encontro Nacional de Estudos Populacionais, *Anais*, pp. 145-184. Vitória: Associação Brasileira de Estudos Populacionais.
- WHO (World Health Organization), 1985. Appropriate technology for birth. *Lancet*, 2:436-437.