



Revista de Saúde Pública

ISSN: 0034-8910

revsp@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Fontoura Freitas, Paulo; Drachler, Maria de Lourdes; de Carvalho Leite, José Carlos;
Recena Grassi, Paulo

Desigualdade social nas taxas de cesariana em primíparas no Rio Grande do Sul

Revista de Saúde Pública, vol. 39, núm. 5, outubro, 2005, pp. 761-767

Universidade de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240149010>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Desigualdade social nas taxas de cesariana em primíparas no Rio Grande do Sul

Social inequalities in cesarean section rates in primiparae, Southern Brazil

Paulo Fontoura Freitas^a, Maria de Lourdes Drachler^b, José Carlos de Carvalho Leite^b e Paulo Recena Grassi^c

^aPrograma de Pós Graduação em Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil. ^bSchool of Allied Health Professions. Institute of Health. University of East Anglia. Norwich, UK. ^cCoordenadoria de Informações em Saúde. Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil

Descritores

Cesárea, estatística. Iniquidade social. Fatores de risco. Grupos étnicos. Fatores culturais. Fatores socioeconômicos. Condições sociais. Fatores etários. Escolaridade. Indígena.

Resumo

Objetivo

Investigar o efeito das desigualdades sociais nas taxas de cesariana em primíparas, com gravidez única e parto hospitalar.

Métodos

Estudo realizado no Estado do Rio Grande do Sul em 1996, 1998 e 2000. Foram utilizados dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos no cálculo das taxas anuais e das razões de chance de cesariana (RC) brutas e ajustadas para condições sociais (escolaridade e idade materna, etnia/cor da pele e macro-regional de saúde), duração da gestação e número de consultas pré-natal.

Resultados

A taxa de cesarianas foi de 45%, e acima de 37% para todas as macro-regionais. As taxas aumentaram entre: mulheres de etnia indígena e negra, mulheres com mais de 30 anos, residentes nas macro-regiões Metropolitana, Vales e Serra, e com mais de seis consultas no pré-natal. Razões brutas e ajustadas indicaram taxas negativamente associadas para todas as categorias de etnia/cor, quando comparadas à cor branca da pele do recém-nascido, em especial para etnia indígena ($RC_{aj}=0,43$; IC 95%: 0,31-0,59), positivamente associadas à escolaridade ($RC_{aj}=3,52$; IC 95%: 3,11-3,99) e idade materna mais elevadas ($RC_{aj}=6,87$; IC 95%: 5,90-8,00), e maior número de consultas pré-natal ($RC_{aj}=2,16$; IC 95%: 1,99-2,35). Os efeitos de idade e escolaridade mostraram estar parcialmente mediados pelo maior número de consultas pré-natal nas mulheres com idade e escolaridade mais elevadas. As taxas variaram entre as macro-regionais, sendo maiores na região da Serra, economicamente mais rica.

Conclusões

Altas taxas de cesariana no sul do Brasil constituem problema de saúde pública e estão associadas a fatores sociais, econômicos e culturais, os quais podem levar ao mau-uso da tecnologia médica na atenção ao parto.

Keywords

Cesarean section. Social inequity. Risk factors. Ethnic groups. Cultural factors. Socio-economic factors. Social conditions. Age factors. Level of education. Native people.

Abstract

Objective

To investigate the effect of social inequalities in cesarean section rates among primiparae having single pregnancy and delivering in maternity hospitals.

Methods

The study was carried out in Southern Brazil in 1996, 1998 and 2000. Data from the

Correspondência/ Correspondence:

Paulo Fontoura Freitas
Beco da Lua, 232 Lagoa da Conceição
88062-475 Florianópolis, SC, Brasil
E-mail: pfreitas@ccs.ufsc.br

Financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS - Processo n. 99/0650.9).

Recebido em 29/3/2004. Reapresentado em 25/4/2005. Aprovado em 5/6/2005.

Live Birth National Information System were used to estimate annual rates and crude and adjusted odds ratios (OR) of cesarean sections according to social conditions (maternal age and education, newborn skin color/ethnicity and macro-regions), duration of pregnancy, and number of prenatal visits.

Results

The overall cesarean section rate was 45%, and above 37% in all macro-regions. Increased rates were seen among native and black mothers, aged 30 years or more, living in metropolitan, river valley and mountain macro-regions and having attended to more than six prenatal visits. Crude and adjusted OR show that cesarean rates were negatively associated with all categories of skin color/ethnicity when compared to white newborns, particularly those of native Brazilian ($OR_{adj}=0.43$; 95% CI: 0.31-0.59), and they were positively associated with higher maternal education ($OR_{adj}=3.52$; 95% CI: 3.11-3.99), older age ($OR_{adj}=6.87$; 95% CI: 5.90-8.00) and greater number of prenatal visits ($OR_{adj}=2.16$; 95% CI: 1.99-2.35). The effects of age and education were partly mediated by the greater number of prenatal visits among higher educated older women. The OR varied among macro-regions but were greater for the wealthier mountain region.

Conclusions

High rates of cesarean section rates in Southern Brazil are a public health concern. They are associated with social, economic and cultural factors which can lead to misuse of medical technology during labor and delivery.

INTRODUÇÃO

Embora desde 1985 a Organização Mundial da Saúde (OMS) mostre que uma taxa de cesarianas maior do que 15% é medicamente injustificável,¹⁹ altas taxas de cesariana são quase universais. O Brasil apresenta uma das taxas mais elevadas do mundo:¹ 38% em 1999.* Partos operatórios sem indicação clínica constituem um problema para a saúde pública. Além de aumentarem o custo do financiamento à saúde, decorrente do maior tempo de internação e recuperação, maior necessidade de cuidados médicos e de enfermagem e maior consumo de medicamentos.^{6,18} Além disso, os partos cesáreos também aumentam o risco de morbidade e mortalidade maternas e perinatal.³

Diversas formas de desigualdade social têm sido associadas ao risco de cesariana no Brasil^{2,4,8} e no mundo,^{9,15,16} particularmente as socioeconômica, geográfico-territorial, de faixa etária e de etnia. No Brasil, as taxas de cesariana são mais altas entre as mulheres com melhores condições socioeconômicas,^{1,9} as de etnia branca⁹ e aquelas tendo parto em hospitais privados,^{8,15,17} ou seja, entre as mulheres potencialmente de menor risco obstétrico. As altas taxas de cesariana no Brasil também tem sido associadas à existência de uma cultura obstétrica e da atenção ao parto,^{13,17,18} da qual a afirmação “uma vez cesárea, sempre cesárea”, comum entre os obstetras, faria parte. A investigação dos fatores de risco para cesariana entre as primíparas tem especial relevância, uma vez

que a cesariana prévia é um dos maiores determinantes de cesariana entre as multíparas.²

O presente estudo teve como objetivo investigar as desigualdades sociais envolvidas nas taxas de cesariana em primíparas.

MÉTODOS

Trata-se de estudo de delineamento transversal, com dados do Sistema de Informações de Nascidos Vivos do Estado do Rio Grande do Sul (SINASC-RS) referentes a 1996, 1998 e 2000. Embora não tenham sido encontrados estudos sobre a confiabilidade do SINASC-RS, ele incluiu mais de 100% da estimativa demográfica de nascimentos para o Estado.** Sua metodologia inclui a revisão das inconsistências aparentes nas informações do hospital ou cartório que preencheu a declaração de nascido vivo, sendo reconhecido pela Rede Interagencial de Informações para a Saúde como a melhor fonte de dados para o cálculo de indicadores de saúde baseados em nascimentos.

Foram selecionados para o estudo os partos de primíparas com gravidez única e parto hospitalar, usando-se a informação sobre o número de filhos vivos ou mortos anteriores e o tipo de parto. Foram excluídos os recém-nascidos de multíparas porque o SINASC não informa a via dos partos anteriores, importante fator de confundimento que não poderia ser controlado. Também foram excluídos os partos não-

*Ministério da Saúde. Datasus. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Disponível em URL: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sinasc/nvmap.htm> [11 mar 2004]

**Ministério da Saúde. Datasus. Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). Disponível em URL: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?lbd2001/f09.def> [13 mar 2004]

hospitalares por não estarem em risco de cesariana e os partos múltiplos por se constituírem em indicação relativa para cesariana.

As características sociodemográficas maternas analisadas foram idade, escolaridade e macro-região de residência. A variável etnia/cor da pele do recém-nascido, disponível pelo SINASC para 1998 e 2000, mistura os critérios de cor da pele do recém-nascido (branca, parda, preta e amarela) e origem geográfica (indígena). Assim, indica a dimensão étnica da cultura, das representações e relações sociais que historicamente determinam condições de vida e práticas em saúde. A dimensão geográfico-territorial foi indicada pela localização da residência da mãe numa das sete macro-regiões do Estado.

As macro-regiões representam condições geográficas, culturais e relações sociais, políticas e econômicas, potenciais determinantes da saúde e atenção obstétrica. A macro-região mais pobre e com os piores indicadores de saúde é a Sul; já a Serra é a mais rica, com os melhores indicadores de saúde e aquela que apresentou o maior PIB *per capita* municipal. A ordem de maior para menor PIB *per capita* foi: Serra, Vales, Metropolitana, Norte, Missioneira, Centro-Oeste e Sul. A proporção da população residente em área urbana em 2000 era maior nas macro-regiões Metropolitana e Sul enquanto as macro-regiões Missioneira, Norte e Vales apresentavam as maiores proporções da população vivendo na área rural. As macro-regionais que apresentaram o maior número de leitos por 1.000 habitantes no período foram as do Norte e Missioneira enquanto Centro-oeste e Metropolitana apresentavam os piores índices. Por outro lado, a região Metropolitana é aquela aonde a Rede Nacional pela Humanização do Parto Nascimento tem sido mais ativa.

A variável duração da gestação foi incluída no estudo como possível confundidor das variáveis sociais na determinação da cesariana. Isso porque o parto pós-termo, definido pela idade gestacional maior do que 42 semanas, tem sido indicação relativa desse procedimento. A variável freqüência ao pré-natal foi incluída como possível mediador da escolaridade e idade maternas na determinação de cesariana por ser durante essas consultas que grande parte das cesarianas eletivas são decididas.⁷ Assim, espera-se maior risco de cesariana entre mulheres com mais de seis consultas, que é o mínimo estipulado pelo Ministério da Saúde para uma gestação a termo.⁵ Taxas de cesariana anuais e para o período de 1996 a 2000 foram estimadas para cada categoria das variáveis indicadoras de desigualdades sociais e para freqüência ao pré-natal e duração da gestação. A exceção foi

etnia/cor da pele do recém-nascido, analisada somente para os anos em que aparece no SINASC, 1998 e 2000. Razões de chance de cesariana (RC), brutas e ajustadas para confundimento, foram estimadas para cada uma dessas variáveis por meio de regressão logística não condicional, usando o pacote estatístico SPSS versão 8.0. Os modelos multivariados também foram examinados separadamente por macro-regional de saúde e por ano de nascimento da criança. A significância estatística das variáveis foi calculada pelo teste da razão de verossimilhança, com nível de significância pré-estabelecido de 95%.

Os modelos multivariados foram definidos de acordo com dois níveis hierárquicos de influência. As RC para as variáveis sociais foram ajustadas em modelo que incluiu todas as variáveis sociais e a duração da gestação (nível 1). A freqüência ao pré-natal (nível 2) foi então incluída no modelo anterior para examinar seu papel como possível mediador das variáveis sociais nesse processo. As categorias escolhidas como referência foram as de menor risco esperado (macro-região Metropolitana, mãe analfabeta, com menos de 20 anos, até 41 semanas de gestação, ausência de pré-natal). Com exceção da variável etnia/cor do recém-nascido, cuja referência foi a categoria de maior chance de cesariana (cor branca do recém-nascido) porque a etnia indígena apresentava tamanho de amostra relativamente pequeno.

RESULTADOS

Em média, foram registrados no SINASC-RS 178.799 nascidos vivos por ano, nos três anos estudados. Faltou informação sobre número de filhos anteriores para 11,6% dos partos em 1996, 3,7% em 1998 e 4,7% em 2000 e sobre tipo de parto, tipo de gravidez e município de nascimento em menos de 1% em cada ano. Entre as crianças com tais informações completas, 99% nasceram em hospitais, 98% das gestações eram únicas e um terço das mães, primíparas (29,1% em 1996, 36,2% em 1998 e 36,7% em 2000). Se essa perda ocorreu de maneira aleatória, estima-se uma perda de aproximadamente 4% da amostra de primíparas com parto hospitalar e gravidez única em 1996 e menos de 2% em 1998 e 2000. Houve ainda perda de informação sobre escolaridade materna em 1,4% e 1,8% de consulta pré-natal, a maioria em 1996.

Das 174.224 primíparas com gravidez única e parto hospitalar estudadas, 44,9% tiveram parto cesáreo. A Tabela 1 apresenta taxas e RC de cesariana para as variáveis sociais, freqüência ao pré-natal e duração da gestação. Houve diferenças nas taxas de cesariana entre as macro-regiões e entre os grupos definidos pela

idade e escolaridade maternas e etnia/cor da pele do recém-nascido. A cesariana foi mais incidente na macro-região Serra, seguida pela Norte e Missioneira, mas todas as macro-regionais apresentaram altas taxas, variando de 37% no Sul em 1996 a 59% na Serra em 2000. As taxas aumentaram à medida que escolaridade e idade maternas e freqüência ao pré-natal eram maiores e ainda quando a cor da pele do recém-nascido era branca. As RC ajustadas para confundimento confirmam esses resultados e mostram ainda que a chance de cesariana é maior quando o parto é pós-termo.

A Tabela 2 apresenta as RC para escolaridade e idade maternas, e macro-regional conforme os anos de ocorrência do parto. As RC de cesariana diminuíram linearmente para as macro-regiões Missioneira e Norte e aumentaram para a Serra, comparadas à Metropolitana no período estudado. Ainda que no período o efeito de escolaridade materna tenha diminuído, a tendência foi linear apenas para o grupo de oito a 11 anos de escolaridade quando comparados às mães analfabetas. Também, as RC de cesariana para os re-

cém-nascidos de etnia/cor parda e indígena diminuíram, no período, comparados aos de etnia/cor branca.

A Tabela 3 mostra que o efeito da escolaridade e idade maternas foi maior na Serra e que não houve evidencia de efeito da escolaridade na macro-regional Vales.

DISCUSSÃO

A taxa de cesarianas em primíparas na amostra estudada foi o triplo da esperada pela OMS para cesarianas realizadas por indicações estritamente médicas.¹⁸

Embora taxas anuais excessivamente altas tenham ocorrido em todas as macro-regionais, ocorreram desigualdades socioeconômicas com proporções maiores na Serra, regional mais rica e com melhores indicadores de saúde. Outros estudos evidenciaram altas taxas em todas as regiões brasileiras, com predomínio nas mais desenvolvidas⁴ e maiores taxas no setor privado – onde o risco clínico esperado seria menor –

Tabela 1 - Taxas e razões de chance de cesariana para variáveis de primíparas com gravidez única e parto hospitalar. Rio Grande do Sul, 1996 a 2000.

	1996 %	1998 %	2000 %	N	Total %	Razão de chance Bruta	Razão de chance Ajustada
Macro-região							
Metropolitana	37,6	39,2	41,1	73.935	39,5	Referência	Referência
Sul	36,9	42,2	40,5	15.814	40,3	1,04	1,07 (1,001-1,14)
Vales	44,3	44,2	46,9	12.665	45,1	1,26	1,33 (1,24-1,42)
Centro-oeste	49,7	46,0	48,7	20.086	48,1	1,42	1,34 (1,25-1,42)
Norte	52,0	50,0	49,8	19.163	50,7	1,57	1,62 (1,52-1,72)
Missioneira	51,9	50,5	49,5	16.235	50,7	1,58	1,67 (1,55-1,81)
Serra	55,7	56,3	59,4	16.326	57,1	2,04	1,82 (1,71-1,94)
						P<0,001*	
Escolaridade materna (anos)							
Analfabeta	31,5	34,8	28,4	1.308	31,3	Referência	Referência
1-3	39,2	35,6	35,3	61.930	37,2	1,30	1,39 (1,23-1,57)
4-7	45,8	42,2	36,8	45.520	40,2	1,47	1,56 (1,38-1,56)
8-11	56,3	54,6	46,8	44.747	51,3	2,30	2,19 (1,93-2,47)
≥12	71,4	73,0	55,9	18.327	68,5	4,45	3,52 (3,11-3,99)
						P<0,001	P<0,001*
Idade materna (anos)							
<20	33,9	30,7	31,9	68.300	32,1	Referência	Referência
20 a 29	48,8	48,3	49,5	83.647	48,9	2,03	1,76 (1,72-1,80)
30 a 39	66,9	67,7	70,9	21.156	68,7	4,65	3,58 (3,46-3,71)
≥40	74,1	82,2	80,1	1.121	79,3	8,12	6,87 (5,90-8,00)
						P<0,001	P<0,001*
Etnia/cor do recém-nascido							
Branca	45,6	46,6	45,6	103.670	46,1	Referência	Referência
Preta	34,6	34,4	34,4	4.514	34,4	0,61	0,79 (0,74-0,84)
Amarela	31,9	29,9	31,3	128	31,3	0,53	0,57 (0,38-0,83)
Parda	33,3	36,2	34,8	3.928	34,8	0,62	0,78 (0,72-0,83)
Indígena	15,5	24,2	20,3	350	20,3	0,30	0,43 (0,31-0,59)
						P<0,001	P<0,001**
Duração da gestação (semanas)							
Até 41	45,2	44,0	45,5	172.019	44,9	Referência	Referência
≥42 (pós-termo)	43,0	44,6	49,9	2.205	45,8	1,01	1,21 (1,10-1,31)
						P<0,513	P<0,001*
Consulta pré-natal							
Nenhuma	30,2	19,7	25,2	3.316	24,2	Referência	Referência
1-6	40,2	32,6	34,1	56.772	34,6	1,65	1,34 (1,23-1,46)
≥7	46,7	52,6	54,0	111.126	50,9	3,24	2,16 (1,99-2,35)
						P<0,001	P<0,001***

Valor de p calculado pelo método da razão de verossimilhança

*Modelo ajustado inclui escolaridade e idade maternas, duração da gestação e macro-regional

**Modelo ajustado inclui macro-regional de saúde, escolaridade e idade maternas, duração da gestação e etnia/cor do recém-nascido (somente 1998 e 2000)

***Modelo ajustado inclui macro-regional, escolaridade e idade maternas, duração da gestação e consulta pré-natal

Tabela 2 - Razões de chance de cesariana para variáveis sociodemográficas e macro-região de saúde em primíparas com gravidez única e parto hospitalar, conforme ano do parto. Rio Grande do Sul, 1996-2000

		1996	Razão de chance 1998	2000
Macro-região				
Metropolitana		Referência	Referência	Referência
Sul		0,95ns	1,21	1,05ns
Vales		1,31	1,36	1,35
Centro-oeste		1,59	1,44	1,45
Norte	p<0,01**	1,79	1,71	1,47
Missioneira	p<0,01**	1,81	1,79	1,52
Serra	p<0,01**	1,99	2,06	2,22
		P<0,001*	P<0,001*	P<0,001*
Escolaridade materna (anos)				
Analfabeta		Referência	Referência	Referência
1-3		1,51	1,16	1,33
4-7		1,89	1,50	1,55
8-11		2,51	2,07	2,22
≥12		3,71	3,52	3,72
		P<0,001*	P<0,001*	P<0,001*
Idade materna (anos)				
<20		Referência	Referência	Referência
20 a 29		1,63	1,75	1,77
30 a 39		3,11	3,33	4,02
≥40		5,22	7,78	7,16
		P<0,001*	P<0,001*	P<0,001*
Etnia/cor do recém-nascido				
branca			Referência	Referência
Preta			0,78	0,79
Amarela			0,60	0,43
Parda			0,73	0,83
Indígena			0,28	0,66
		P<0,001*	P<0,001*	P<0,001*

ns: Estatisticamente não significante; intervalo de confiança 95% incluiu a unidade para todas as categorias, embora o valor de p para a variável tenha sido altamente significante

*Modelo inclui todas as variáveis na tabela e duração da gestação; valor de p calculado pelo método da razão de verossimilhança

**Qui-quadrado para tendência linear no período

do que no público.^{2,8,14} Taxas mais altas também foram descritas nas regiões Norte e Nordeste, onde também ocorreram altas taxas de ligadura tubária em hospitais privados.^{8,13} Esses resultados sugerem que o excesso de cesarianas é um problema de saúde pública que ultrapassa a fronteira das questões meramente clínicas.

As desigualdades socioeconômicas, de idade e etnia na chance de cesariana, com as maiores taxas nos grupos onde são esperadas melhores condições de saúde materna, menor risco obstétrico e maior exposição à tecnologia médica, sugerem abuso da mesma no atendimento ao parto. Os riscos associados às maiores escolaridade e idade maternas foram parcialmente mediados pela maior freqüência ao pré-natal entre essas mulheres, o que também foi observado em alguns estudos.^{1,10} Nesse contexto, uma estratégia freqüentemente utilizada, pelas mulheres com melhores condições socioeconômicas para conseguir cesariana no setor público é negociá-la durante o pré-natal privado. Nesse sentido, a escolaridade parece aumentar a chance de cesariana, não apenas pela diferenciação econômica (pagamento por fora), mas também pela maior capacidade de negociação com o obstetra.⁷

As desigualdades sociais na probabilidade de ce-

sariana refletem diferenças de permeabilidade da cultura médica às preferências da mulher e diferenças de flexibilidade na interpretação médica das indicações clínicas do parto operatório. Isso pode ser comprovado pelo maior efeito da escolaridade e da idade maternas na macro-regional Serra, comparadas às demais, e a ausência de efeito da escolaridade na Vales. A queda nas taxas entre mulheres com baixa escolaridade pode indicar mudanças de atitude no sistema público, enquanto a queda no grupo de maior escolaridade (taxa de 73% em 1998 e 59% em 2000) sugere mudança na cultura da cesariana nas classes sociais mais altas. Nesse sentido, outros estudos^{7,8} concluem que as altas taxas de cesariana no Brasil refletem fatores socioculturais da prática obstétrica (atitudes da equipe médica, da mulher e sua família). Mais ainda, é a organização da prática médica, assim como fatos institucionais, financeiros e legais²¹ conhecidos como "A Cultura da Cesariana no Brasil".^{3,7,19} Nessa perspectiva, estudos^{15,17} mostram que para a parturiente e sua família, a cesariana significa acesso a atendimento médico diferenciado (parto sem dor, ausência de asfixia ao nascimento, sexualidade preservada). Para o obstetra, significa maior controle do ato médico e de seu horário de trabalho, influenciando assim a decisão pelo parto cesáreo. Da mesma forma, o aumento na taxa de cesarianas entre os partos hospitalares da etnia indígena, ao comparar 1998 e 2000,

Tabela 3 - Razões de chance de cesariana ajustadas para escolaridade e idade maternas em primíparas com gravidez única e parto hospitalar, conforme macro-regional de saúde. Rio Grande do Sul, 1996-2000.

	Metropolitana	Sul	Vales	Macro-regional de saúde Centro-Oeste	Norte	Missionária	Serra
Escolaridade (anos)							
<1	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
1-3	1,37	1,17 ns	0,78 ns	1,60	1,59	1,62	1,95
4-7	1,46	1,31 ns	0,91 ns	1,90	1,77	1,71	2,51
8-11	2,00	1,76	1,22 ns	2,64	2,63	2,39	4,11
≥12	3,50	2,85	1,47 ns	4,25	4,10	3,35	6,09
Valor de p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Idade materna (anos)							
<20	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
20-29	1,87	1,46	1,69	1,70	1,65	1,55	2,14
30-39	3,76	2,84	3,18	3,51	3,58	2,93	4,80
≥40	6,69	7,38	5,78	6,78	5,29	6,37	14,50
Valor de p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Ref: Categoria de referência

pode ser reflexo dessa cultura obstétrica que vem permeando também as populações indígenas. Tal fato teve maior efeito após 1999, com a implantação de políticas dirigidas à essa etnia, como as equipes multidisciplinares de saúde indígena e o incentivo econômico aos serviços hospitalares de referência para essa população, refletindo em maior acesso à tecnologia médica durante a gestação e o parto.

No presente estudo, as altas taxas de cesariana e o perfil das desigualdades sociais a elas relacionadas apontam para uma cultura de uso abusivo de tecnologia médica no parto, como a responsável por grande parte das cesarianas. É instigante que mulheres com menores condições socioeconômicas e, consequentemente, maior risco de complicações no parto tenham menor probabilidade de cesariana do que aquelas com baixo risco obstétrico e alto poder aquisitivo. Um estudo¹⁹ mostrou que mulheres com maior renda solicitam e facilmente conseguem se submeter à cesariana, o que passa a simbolizar qualidade de atendimento, em oposição aos partos vaginais, que são descritos como demorados ou difíceis. Para as mulheres mais pobres, isso é interpretado como discriminação no atendimento por não conseguirem pagar pela cirurgia.¹⁷

O uso abusivo do parto operatório aumenta o risco de morbidade e mortalidade maternas e perinatal,³ além de elevar gastos desnecessários e socialmente injustos, pois desvia recursos humanos, materiais e financeiros que poderiam ser alocados a outras áreas do sistema de saúde.¹⁸ As altas taxas encontradas de cesariana em primíparas, são particularmente preocupantes por anteciparem, a longo prazo, os efeitos cumulativos da cesariana prévia nessas mulheres. Na “cultura médica da cesariana no Brasil”, o ditado “uma vez cesárea sempre cesárea” preconizado por Cragin em 1916,² ainda é a regra, onde a cesariana prévia é indicação quase absoluta para nova cesariana. Particularmente preocupante é o fato das desigualdades geográfico-territoriais, socioeconômicas,

de idade e étnicas na utilização da cesariana terem aumentado de 1996 a 2000, provavelmente devido à má-utilização da tecnologia média no parto.

A compreensão da natureza sociocultural das altas taxas de cesariana é crescente, mas ainda não há consenso sobre as melhores soluções para o problema. Países como os EUA e o Canadá implantaram medidas como a reestruturação do ensino médico e mudanças na forma de pagamento médico e hospitalar.^{11,12} Países europeus, inclusive aqueles com baixas taxas, como a Suécia, revisaram rotinas e critérios diagnósticos e diminuíram as taxas de cesariana. No Brasil, o Conselho Federal de Medicina lançou em 1997 campanha interna de esclarecimento, alertando os profissionais sobre os riscos das altas taxas de cesariana. Em agosto de 1998, o Ministério da Saúde passou a remunerar igualmente partos vaginais e cesáreos e a pagar pela analgesia nos vaginais. Ainda, estabeleceu o limite para remuneração dos partos cesáreos em 40% do total de partos, mas as taxas continuam altas. Diversas entidades não governamentais no País têm investido em ações de humanização do nascimento, incluindo apoio continuado durante o parto por profissionais de saúde ou leigos, estímulo à presença de acompanhante e participação ativa da parturiente e do parceiro durante o parto. Entretanto, os resultados dessas medidas ainda não foram amplamente divulgados.

A multidimensionalidade e a regionalidade da cultura da cesariana no Brasil indicam que as intervenções devem enfocar a equipe médica, as mulheres e a organização dos serviços nas maternidades, além de basear-se em conhecimento das particularidades socioculturais locais. Nesse sentido, são potencialmente úteis estratégias administrativas e educacionais como *feedback* das taxas de cesariana ao obstetra e segunda opinião sobre a decisão pelo parto operatório, realizada por colegas em posição de liderança e respeito profissional. Discussão de casos e revisão de protocolos obstétricos, utilização rotineira do partograma e educação médica continuada possivel-

mente influenciem decisões e diminuam taxas de cesariana, principalmente as associadas a dogmas como o da cesariana prévia. O atendimento pré-natal pode ser um espaço importante para mudança de atitudes em relação ao parto. Desmistificando as vantagens da cesariana e revertendo crenças de efeitos negativos do parto vaginal sobre a mãe e o recém-nascido é possível que diminua a ansiedade da mulher em relação ao parto e aumente sua confiança na capacidade pessoal para o parto vaginal. A destinação de maiores recursos para a saúde indígena, grupo reconhecidamente em piores condições socioeconômicas e de saúde, foi um avanço na promoção da equidade e deve ser mantida. Contudo, o aumento na ocorrência de cesarianas na etnia indígena, após incentivos governamentais para atenção primária e atendimento hospitalar desse grupo étnico, indica a necessidade de promover os aspectos de humanização do parto e incentivo ao parto vaginal. Iniciativas nesse sentido

deverão garantir a participação ativa desses usuários, além de prever maior fiscalização na avaliação dos resultados do financiamento à saúde indígena.

Uma limitação do presente estudo foi não ter levado em conta todas as dimensões do processo de determinação de cesariana, pois a análise baseia-se em dados do SINASC. Contudo, esse banco de dados contém indicadores das principais dimensões de desigualdade social (objetivo principal do estudo), com perdas de informação para menos de 4% dos indivíduos. Futuros estudos com amostra representativa das primíparas no Estado deverão ser realizados, levando em conta as condições clínicas da gestante e as atitudes da equipe obstétrica, da gestante e da família quanto ao tipo de parto. Assim, poderão melhor esclarecer o modo como as desigualdades socioeconômicas, étnica, de idade e geográfico-territorial operam na determinação do parto cesáreo.

REFERÊNCIAS

1. Barros F, Vaughan JP, Victora CG, Huttly S. Epidemic of caesarean sections in Brazil. *Lancet* 1991;338:167-9.
2. Barros FC, Vaughan JP, Victora CG. Why so many caesarean sections? The need for a further policy change in Brazil. *Health Policy Plan* 1986;1:19-29.
3. Curet LB, Zachman RD, Rao AV, Poole WK, Morrison J, Burkett G. Effect of mode of delivery on incidence of respiratory distress syndrome. *Int J Gynaecol Obstet* 1988;27:165-70.
4. [BEMFAM,DHS] Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil, Programa de Pesquisas de Demografia e Saúde Macro International Inc. Brasil: pesquisa nacional sobre demografia e saúde. Brasília (DF): 1996.
5. Duarte EC. Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil: um estudo exploratório. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
6. Faundes A, Silveira DM, Coutinho E, De Oliveira HC, Conceição IS, Lopes ID, De Codes J et al. Physicians denounce precariousness of reproductive health in the country and propose an addendum to the Brazilian document for the Cairo conference. *Planej Agora* 1994;10:7-8
7. Freitas PF, Behague D. Brazil's culture of caesarean births. *Health Exch* 1995;10:8-9.
8. Janowitz B, Wallace S, Araujo G, Araujo L. Method of payment and cesarean birth rate in a hospital in northeast Brazil. *J Health Polit Policy Law* 1984;9:515-26.
9. Jonas O, Chan A, Roder D. The association of maternal and socioeconomic characteristics in metropolitan Adelaide with medical obstetric and labour complications and pregnancy outcomes. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1992;32:1-5.
10. Langer A, Victora CG, Victora M, Barros FC, Farnot U, Belizan J et al. The Latin American trial of psychosocial support during pregnancy. *Soc Sci Med* 1993;36:495-507.
11. MacFarlane A, Chamberlain G. What is happening to caesarean section rates? *Lancet* 1993;342:1005-6.
12. Millar WJ, Nair C, Wadhwa S. Declining cesarean section rates: a continuing trend? Health statistics division at statistics Canada Ottawa. *Health Rep* 1996;8:17-24.
13. Pinotti JA, Faundes A. As distorções da cesariana. *Rev Paul Med* 1988;(4/6):79-84.
14. Rocha JS, Ortiz PC, Fung YT. Incidence of cesarean section and the remuneration for assistance in delivery. *Rev Paul Med* 1986;104:167-71.
15. Sakala C. Medically unnecessary cesarean section births: introduction to a symposium. *Soc Sci Med* 1993;37:1177-98.
16. Shearer EL. Cesarean section: medical benefits and costs. *Soc Sci Med* 1993;10:1223-6.
17. Souza CM. C-sections as ideal births: the cultural constructions of beneficence and patients' rights in Brazil. *Camb Q Healthc Ethics* 1994;3:358-66.
18. World Development Report. Investing in health: world development indicators. New York: Oxford University Press; 1993. p. 150.
19. World Health Organization. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985;2:436-7.