

O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo.

Simone G. Diniz ^a e Alessandra S. Chacham ^b

^a Diretora de Pesquisa, Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, São Paulo, Brasil. E-mail sidiniz@uol.com.br

^b Professora adjunta, Departamento de Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.

Abstract: *In the last fifty years, a rapid increase in the use of technology to start, augment, accelerate, regulate and monitor the process of birth has frequently led to the adoption of inadequate, unnecessary and sometimes dangerous interventions. Although research has shown that the least amount of interference compatible with safety is the paradigm to follow, vaginal birth is still being treated as if it carries a high risk to women’s health and sexual life in Brazil. This paper describes the impact of the intervention model on women’s birth experience, and discusses how the organisation of public and private maternity services in Brazil influences the quality of obstetric care. Brazil is known for high rates of unnecessary caesarean section (“the cut above”), performed in over two-thirds of births in the private sector, where 30% of women give birth. The 94.2% rate of episiotomy (“the cut below”) in women who give birth vaginally, affecting the 70% of poor women using the public sector most, receives less attention. A change in the understanding of women’s bodies is required before a change in the procedures themselves can be expected. Since 1993, inspired by campaigns against female genital mutilation, a national movement of providers, feminists and consumer groups has been promoting evidence-based care and humanisation of childbirth in Brazil, to reduce unnecessary surgical procedures.*

Palavras-chave: medicina baseada em evidências, cesárea, episiotomia, medicalização do parto, humanização do parto, Brasil.

“Se eu fosse mulher já teria, sei lá, pegado em armas, porque é muita violência... Ela vai para a maternidade e ou lhe fazem um corte na barriga, desnecessário na maioria das vezes, ou no períneo. De todo jeito alguém vai atacá-la com uma faca”

A. Atallah, Centro Cochrane do Brasil¹

Nos últimos cinquenta anos, tem havido um rápido aumento no uso de tecnologias cujo propósito é iniciar, intensificar, regular e monitorar o parto, tudo para torná-lo “mais nor-

mal” e obter ganhos para a saúde da mãe e do bebê. Ao longo desse processo, tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento, a busca por maior qualidade nos serviços de assistência ao parto tem levado à sua medicalização e à adoção irrestrita de procedimentos inadequados, desnecessários, e por vezes perigosos, sem avaliação adequada de sua eficácia ou segurança.^{2,3}

Contudo, no final do século XX, cresceu o movimento internacional a favor de cuidados médicos baseados em evidência empírica de se-

gurança e eficácia dos procedimentos em todas as especialidades médicas; a chamada Medicina Baseada em Evidências (MBE). No caso da gravidez e assistência ao parto, recorre-se a esses procedimentos durante processos usualmente considerados normais. A avaliação científica já demonstrou que a intervenção mínima – o mínimo de interferência compatível com a segurança – é o paradigma a seguir no caso do parto normal. Portanto, durante o trabalho de parto e o nascimento deve haver um motivo válido para interferir num processo natural, motivo este ligado a complicações da mulher ou da criança.²⁻⁴

A incorporação dessas mudanças nos países da América Latina tem sido lenta e encontrado grande resistência,⁵ inclusive por parte das instituições de ensino. Na maioria das escolas de medicina do Brasil, os profissionais de saúde ainda aprendem o modelo intervencionista. Habilidades cirúrgicas e sofisticados exames patológicos são bastante valorizados, enquanto cuidados focados na mulher para um parto normal e a comunicação e interação com a parturiente recebem comparativamente pouca atenção.^{6,7}

Este trabalho descreve e discute o impacto causado pelo modelo intervencionista na experiência do parto sobre a saúde e sexualidade da mulher no Brasil, tendo como subsídio informações qualitativas e quantitativas de trabalhos publicados na literatura médica. São apresentadas também citações de entrevistas com médicos, enfermeiras e pacientes, coletadas no curso de nossos próprios estudos sobre o assunto. Elas ilustram como a forma de organização dos serviços de maternidade nos setores público e privado influenciam a qualidade dos serviços obstétricos, contribuindo para altos índices de cesáreas e episiotomias desnecessárias.

Dar à luz no Brasil

No Brasil, 96,5% dos nascimentos acontecem em hospitais.⁸ No entanto, isso não significa

que as mulheres brasileiras recebam assistência de qualidade. Segundo o Ministério da Saúde, a taxa de mortalidade materna em 2002 foi de 74,8 óbitos a cada 100.000 nascidos vivos,⁹ enquanto a estimativa do Relatório de Desenvolvimento 2003 do PNUD, uma taxa contestada no Brasil, registra 260 por 100.000.¹⁰ A maioria dos óbitos durante o parto aconteceram em mulheres que fizeram acompanhamento pré-natal. Distúrbios hipertensivos da gravidez e hemorragias são as causas mais comuns, seguidas por complicações da tentativa de aborto.⁶ A desigualdade de parâmetros sociais, econômicos e regionais é uma característica significativa do serviço de saúde no Brasil. As mulheres brasileiras podem ser divididas entre o grupo das 30% mais abastadas, que possuem algum tipo de seguro-saúde privado, e as 70% mais pobres, que dependem do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo a Constituição Federal (1988), o acesso aos serviços de saúde é um direito universal, sendo dever do Estado oferecê-los. Tanto no setor público quanto no privado encontramos serviços de boa e má qualidade, mas os serviços abaixo do padrão mínimo prevalecem. Dados do Ministério da Saúde mostram que em 2002 somente 5% das mulheres grávidas inscritas em serviços de acompanhamento pré-natal receberam esses cuidados.¹¹

Serviços médicos e seguro-saúde privados são preferidos por qualquer um que possa pagar por eles. Em geral, dentre os diversos planos e seguros de saúde existentes, define-se um grupo de profissionais de saúde e hospitais que as mulheres podem procurar. Os planos de saúde mais caros dão à mulher o direito de escolher qual médico a assistirá no parto, normalmente o mesmo que fez o acompanhamento pré-natal. Esta continuidade no atendimento é muito valorizada, mas raramente está ao alcance das mulheres que usam o SUS. Elas fazem o acompanhamento pré-natal com o médico do posto de saúde e são atendidas no parto pelo médico

de plantão no hospital que, na maioria das vezes, nunca viram antes. Como os médicos não costumam se apresentar nessa ocasião, muitas vezes as mulheres nem ficam sabendo o nome do profissional que as atendeu.⁶

Peregrinação obstétrica

As mulheres que usam o SUS durante o pré-natal freqüentemente não conseguem reservar um lugar para o parto. As normas para o atendimento pré-natal recomendam que os profissionais de saúde forneçam à mulher no final da gravidez uma carta de recomendação a um hospital, para ajudá-las a conseguir um leito para o parto. Os profissionais de saúde referem-se jocosamente a esta carta como um “alvará de vire-se”, pois em geral não produz resultado.¹² Na maioria das vezes, o hospital que escolheram está cheio e as mulheres precisam sair à procura de um leito, não raro tendo que ir a mais de um. Um estudo realizado em 2002 na cidade de São Paulo mostrou que entre as mulheres de baixa renda 76% percorreram mais de um hospital durante o trabalho de parto para encontrar um leito, 61% foram a mais de uma instituição e 15% tinham ido a três ou mais.¹³ Para mulheres com gravidez de alto risco esta “peregrinação” para encontrar um leito pode ser fatal. Em São Paulo, 55% das mortes maternas ocorreram durante ou logo após essa peregrinação.¹⁴

Muitas iniciativas públicas vêm tratando desse problema ao longo da última década. Em 2002, o Ministério da Saúde lançou o Programa para a Humanização do Parto e deu aos órgãos municipais da saúde incentivos para encontrar soluções para o problema. Em Belo Horizonte, a terceira maior cidade do Brasil, cada uma das nove regionais de saúde tem seu próprio hospital de referência desde 2002. As mulheres daquele distrito vão diretamente para o hospital de sua região, e se o hospital estiver cheio, é do hospital a responsabilidade de encontrar

um leito em outro lugar e levar a mulher até lá. No entanto, as mulheres reclamam que sua escolha ficou limitada, pois agora precisam ir ao hospital de referência quer gostem dele ou não (Dra. Sônia Lansky, Comitê de Mortalidade Materna, Belo Horizonte, comunicação pessoal em 2003).

Para mulheres que dependem do SUS, o acesso a um leito em qualquer maternidade apresenta vários problemas. Um deles é quando se dirigir ao hospital para assegurar acesso a um leito. Por não haver consenso sobre quando o trabalho de parto começa, alguns hospitais aceitam a mulher logo no início do processo, o que tende a produzir mais intervenções. Outros só aceitam as mulheres que estão prestes a dar à luz, o que dá a elas pouquíssimo tempo para procurar um leito.⁷

O segundo problema é que a epidemia de cesarianas contribui para a falta de leitos. Um parto vaginal sem complicações significa uma estadia de 24 horas no hospital, enquanto uma cesárea sem complicações acarreta 72 horas de internação. Além disso, a disponibilidade de leitos depende da quantidade necessária para o pós-parto e os cuidados neonatais, especialmente na gravidez de alto risco. Em São Paulo, devido à epidemia de cesáreas, há demanda de muitos leitos de cuidado intensivo neonatal para bebês com prematuridade iatrogênica, uma complicação comum da cesárea eletiva.* Quando estes leitos neonatais estão ocupados, os hospitais não aceitam mais mulheres e as enviam para outro hospital.

* Um estudo de tendências sobre o baixo peso no nascimento em São Paulo comparou grupos de nascidos em 1999 e 1994 e descobriu um aumento na taxa de baixo peso no nascimento (BPN) no parto de mulheres de renda mais elevada, provavelmente associado à cesárea eletiva.¹⁵

A abordagem de linha de montagem: um risco à segurança e integridade física da mulher

Um terceiro problema é que a falta de leitos é usada para justificar intervenções sem base em evidência científica. Assim, muitos médicos pensam que o trabalho de parto deve ser induzido para liberar mais leitos, especialmente nos hospitais públicos.

“Deixar a mulher em trabalho de parto durante muito tempo num leito é uma perda de espaço e limita o número de casos que podem ser atendidos. Por isso induzem todos os partos.”

Médico residente, São Paulo⁷

“Eu comparo isto a um canteiro de obras: não se pode parar. Não dá para ir pelo livro, nem esperar a natureza agir. Eu boto todo mundo na ocitocina.”

Ginecologista e obstetra, Rio de Janeiro

Além dos riscos médicos envolvidos, a indução e aceleração do parto são consideradas muito dolorosas pelas mulheres. Alguns profissionais de saúde acreditam que uma intensificação da dor é aceita pelas mulheres porque abrevia o tempo do trabalho de parto.^{6,7,16} No Rio Grande do Sul, mulheres mais velhas alegam que a indução e a dor aumentada pela pitocina muitas vezes ajudam na obtenção de uma cesárea, já que servem como “prova” de que o trabalho de parto não terá resultados.¹⁷ Essas intervenções, a chamada “obstetrícia de linha de montagem,”¹⁸ são parte da rotina de saúde brasileira.

Muitas intervenções destinadas a acelerar trabalho de parto e nascimento têm efeitos indesejados. Frequentemente esses novos problemas são resolvidos com mais intervenções. Essa corrente de eventos foi denominada “cascata de intervenções”, e inclui o uso de várias substâncias para induzir o parto, o rompimento de membranas artificialmente antes ou durante o parto, a episiotomia, e outras.¹⁹ Outras intervenções

obsoletas, embora proscritas pelos manuais médicos, por serem muito arriscadas, como a manobra de Kristeller (pressão fúndica, quando o médico ou a enfermeira faz pressão sobre o abdômen para acelerar o parto), ainda são adotadas com frequência.^{6,7,16} Os profissionais da saúde reconhecem que as mulheres rejeitam essas intervenções:

“Quanto à manobra de Kristeller, pessoalmente eu não gosto... as mulheres também não gostam, e às vezes o ambiente na sala de parto fica bem agressivo.”¹⁶

Esvaziar a enfermaria é também um recurso usado pelos profissionais de saúde para gerenciar sua carga de trabalho e encontrar tempo para dormir antes do próximo turno. Deixar a enfermaria cheia para o próximo turno é considerado incorreto, então os médicos entendem ser sua obrigação “limpar” a enfermaria usando indução ou cesáreas.^{6,7,16}

“Se você sente que a paciente está levando muito tempo, é preciso tomar uma atitude... Eu teria vergonha de entregar um plantão cheio assim.”⁶

Em São Paulo, alguns hospitais universitários adotam o parto com fórceps como rotina para todas as primíparas a fim de acelerar o trabalho de parto e para propósitos de treinamento, sem consideração de indicação clínica (Dr. Jorge Kuhn, Professor de Obstetrícia da Universidade Federal de São Paulo, em comunicação pessoal, dezembro de 2003). Estudo recente mostra que o parto com fórceps está associado a um aumento de dez vezes no risco de lesão perineal se comparado ao parto não instrumental.²⁰ As lesões perineais estão associadas a incontinência anal e urinária, prejuízo das funções sexuais, dor pós-parto e maior dificuldade na amamentação e formação de vínculo.²¹

Os novos profissionais de saúde podem treinar a

episiotomia e o uso do fórceps usando modelos prostéticos em vez do corpo de uma mulher. Os ativistas argumentam que as habilidades que os novos profissionais precisam aprender na sala de parto são o julgamento clínico, a indicação correta e o respeito pelo direito da mulher à integridade física.

“Os residentes entram num hospital e passam a ser caçadores de patologia. Quando aparece uma mulher normal, eles não sabem o que fazer. (...) O conhecimento cirúrgico é mais fácil que o emocional. Quanto mais passiva a paciente, mais fácil para a prática médica.”

Professor de medicina, São Paulo⁷

Em 2003, a Rede Globo de TV apresentou em seu programa “Grávidas” um “parto natural” de uma paciente de serviço privado de saúde, da seguinte forma: a mulher estava deitada na horizontal, sob anestesia peridural. Foi feita a episiotomia e a manobra de Kristeller. Vendo isto, não é à toa que muitas mulheres têm horror ao parto vaginal. Nas palavras de uma mulher grávida de classe média que participou de um fórum eletrônico:

*“Minha amiga visitou a prima dela e o bebê na maternidade, e me contou chorando que seu peito e abdômen estavam cheios de hematomas, a episiotomia era maior que a ponte Rio-Niterói, e o bebê tinha a cabeça deformada pelo fórceps. Ela me disse que eu era irresponsável em pensar num parto vaginal.”*²²

É chegado o momento de reconhecer as práticas dolorosas, perniciosas e não-científicas adotadas nas maternidades como problemas de saúde pública e direitos humanos.

Cesárea: o “corte por cima”

A cesárea é praticada em mais de dois terços dos nascimentos do setor privado de saúde no

Brasil onde, teoricamente, as mulheres têm mais escolha. Vários estudos, que procuraram entender se e por que as mulheres brasileiras preferem o parto cesáreo ao parto vaginal, mostram que a maioria das mulheres declara preferência pelo parto vaginal. No entanto, através de processos como a estimativa exagerada de risco fetal, ou a interpretação da dor materna como uma exigência de cesárea, bem como a consideração de suas agendas e conveniências, os médicos acabam decidindo pela cesárea apesar da vontade das mulheres, especialmente no setor privado. Um outro fator que parece promover a crença dos profissionais na superioridade da cesárea é a preocupação de preservar a genitália feminina.²³⁻²⁸

Em São Paulo, um esquema típico do setor privado é o de agendar todas as mulheres em torno da 38ª semana de gravidez para um dia de cesárea coletiva, o chamado “dia da cirurgia”.²⁵ No setor privado, não há praticamente nenhum controle sobre o índice de cesáreas, que chegam a 80 ou 90% dos nascimentos totais.²⁵ No estado de São Paulo, 59 hospitais privados apresentam índices acima de 80%. Para mulheres paulistas com mais de onze anos de escolaridade (mais propensas a terem uma faixa de renda mais alta e utilizarem os serviços privados) as chances de ter um parto cesáreo passam dos 85%. O Conselho Paulista de Medicina fez uma amostragem em 99 hospitais públicos e privados e encontrou um índice de cesáreas maior que 35 em cem nascimentos para 82% dos hospitais; maior que cinquenta em cem nascimentos para 63% dos hospitais; e maior que setenta em cem nascimentos em 36% dos hospitais (24% dos hospitais públicos e 40% dos privados).³⁰

Desde 1998, uma medida governamental condicionou o reembolso de custos com parto a uma taxa de 30% de cesáreas no setor público, provocando um impacto sobre os índices oficiais dos serviços do SUS. No entanto, num

estudo multicêntrico do Ministério da Saúde, realizado em 2001 em cinco estados, foram comparados os dados sobre tipo de nascimento do sistema nacional de nascidos vivos (SI-NASC) com os índices fornecidos por hospitais sobre número de partos vaginais em hospitais públicos chegando-se apenas a um índice de 49,3%. Iniciativas para redução do índice de cesáreas parecem ter sido mais bem aceitas pelos mentores das políticas de saúde pública do que pelos diretores de hospitais e médicos obstetras. Ficou evidente também que os números são freqüentemente manipulados, registrando-se algumas cesáreas como parto vaginal para cumprir as metas governamentais.³¹

Episiotomia: o “corte por baixo”

“Eu sei que não deveria fazer a episiotomia como rotina. Conheço a evidência científica. Mas quando vejo a cabeça do bebê na vulva... minha mão vai sozinha.”

Médico, S. Paulo

A episiotomia vem sendo usada como rotina desde meados do século XX na crença de que facilita o nascimento e preserva a integridade genital da mulher. No entanto, desde meados da década de 1980, já existe suficiente evidência científica para recomendar a abolição da episiotomia de rotina. Seu uso é hoje recomendado, no máximo, entre 15 e 30% dos casos, ou menos,³⁴ quando houver evidência de sofrimento fetal ou materno, ou para conseguir progresso quando o períneo é responsável pelo progresso inadequado.² Não há justificativa para a episiotomia de rotina: ela não traz benefícios para a mãe nem para o bebê, aumenta a necessidade de sutura do períneo e o risco de complicações no sétimo dia pós-parto, trazendo dor e desconforto desnecessários. Além disso, a rigidez do períneo geralmente é consequência de uma episiotomia anterior.²¹

“Onde você pensa que os cirurgiões de qualquer especialidade dão seu primeiro ponto? Aqui. É sempre numa episiotomia.” (médico, São Paulo)⁷

“É difícil observar o treinamento de episiotomia sem sentir pena da mulher. Ela está deitada ali tendo contrações e eles têm que tentar várias vezes com a agulha até achar o lugar certo para a anestesia. E depois do nascimento, há uma longa espera até que se faça a sutura, alguns mal sabem segurar os instrumentos cirúrgicos ou dar o nó de sutura.”

Médico, Rio de Janeiro⁶

O grau de dor experimentado pela mulher brasileira no parto é indicativo do lugar onde deram à luz. Mulheres atendidas por médicos particulares que adotam procedimentos dolorosos como indução, episiotomia e a manobra de Kristeller recebem anestesia peridural. No entanto, as mulheres que usam o SUS suportam a episiotomia e o reparo de laceração perineal sob anestesia local. O grau de dor sentido por mulheres durante a sutura perineal é muito pouco estudado, embora evidência anedotal sugira que o procedimento pode estar associado a dor considerável.³³

“... a paciente teve laceração perineal. Durante a sutura ela chorou do primeiro ao último ponto.”³⁴

Um estudo conduzido na América Latina entre 1995 e 1998 mostrou que nove entre dez primíparas com parto vaginal hospitalar foram submetidas à episiotomia. No Brasil, a taxa foi de 94,2%. Esta proporção foi semelhante para hospitais públicos e privados, hospitais gerais e de referência, e também para o atendimento por médicos ou obstetras. Assim, na América Latina, a rotina desnecessária da episiotomia vem desperdiçando cerca de US\$ 134 milhões anualmente, somente com o procedimento,

sem contar com os custos adicionais das complicações que dela decorrem.³⁵

Não há dados oficiais do SUS, mas a episiotomia está incluída no pacote de assistência ao parto como parte do atendimento padrão. Como enfatiza um dos manuais de obstetrícia mais usados no Brasil:

*“A passagem do feto pelo anel vulvoperineal raramente é possível sem lesar a integridade dos tecidos maternos, com lacerações e roturas as mais variadas, a condicionarem frouxidão irreversível do assoalho pélvico. (...) É a episiotomia quase sempre indispensável nas primíparturientes e nas múltiparas nas quais tenha sido anteriormente praticada”.*³⁶

Sexualidade e assistência ao parto

No Brasil, um dos principais argumentos usados a favor tanto da episiotomia quanto da cesárea de rotina é o de que o parto vaginal torna os músculos vaginais flácidos, comprometendo os atrativos sexuais da mulher. No entanto, segundo evidência científica, a episiotomia de rotina danifica as estruturas vaginais mais do que as protege. Mulheres cujos filhos nasceram por um períneo intacto mostram os melhores resultados no geral, enquanto os traumas perineais e o uso de instrumentação obstétrica são fatores relacionados à frequência e gravidade da dispareunia pós-parto, indicando que é importante minimizar a extensão do dano perineal durante o parto.⁴⁰

O parto vaginal vem sendo tratado como um alto risco à saúde e vida sexual da mulher. Diante do fato de que não existem experiências humanas livres de risco, é preciso avaliar o grau de risco advindo do processo natural de dar à luz e o grau de risco advindo de intervenções desnecessárias e danosas. A grande maioria das mulheres pode ter um parto vaginal seguro e satisfatório, com melhor tônus vaginal após o parto do que antes dele, se receber assistência baseada

em evidências científicas e forem respeitados os seus direitos sexuais e reprodutivos. Esta sinergia não é apenas possível como necessária.

O período posterior ao parto é uma oportunidade para as mulheres realizarem exercícios para o assoalho pélvico, a fim de manter o tônus vaginal, e receberem conselhos sobre prevenção de incontinência urinária.^{38, 39} No entanto, tal orientação em geral não integra a assistência pré ou pós-natal, e nem mesmo os cuidados ginecológicos no Brasil. A avaliação, gerenciamento e prevenção de disfunções do assoalho pélvico, incluindo sua dimensão sexual, continuam sendo uma parte negligenciada da educação e treinamento de muitos profissionais de saúde. Conhecimento impreciso, mitos e idéias errôneas sobre a incidência, causas e tratamento da disfunção do assoalho pélvico abundam.⁴⁰ Muitas mulheres, mesmo profissionais de saúde, não sabem identificar, contrair ou relaxar os músculos do assoalho pélvico. Se esta informação não integra os cuidados de rotina, as mulheres grávidas precisam pressionar para receber este treinamento.⁴¹

No Brasil, a associação conceitual: ativo-masculino e passivo-feminino⁴² reforça a construção médica da vagina como órgão passivo – apertada ou flácida (segundo a perspectiva do falo durante a relação sexual) – em vez de compreender a vagina e vulva como tecidos musculares ativos e eréteis, capazes de relaxar e contrair.

A dissecação da vagina sugere que as atuais descrições da anatomia uretral e genital de fêmeas humanas são imprecisas, subestimando a extensão das estruturas clitorícas e vulvares.⁴³ Muitas destas estruturas podem ser danificadas por intervenções no parto, não apenas a função de contrair e relaxar os músculos, mas também os vasos sanguíneos, nervos e tecido erétil.⁴⁴ Frequentemente, as conseqüências iatrogênicas e seqüelas sexuais dessas intervenções são confundidas com o próprio parto vaginal. Algumas mulheres são levadas a acreditar que o parto

natural é como um estupro, uma forma horrenda de vitimização sexual, e que a cesárea é o melhor modo de evitar isso.

*“Eu não teria um parto natural de jeito nenhum. Detestaria ter minhas pernas abertas e minha sexualidade invadida e destruída.”*⁴⁵

Os médicos não fazem a episiotomia de rotina por serem indiferentes ao sofrimento feminino, ou por ignorarem as evidências científicas. Trata-se de uma questão de crenças. Se eles acreditam que a vulva e vagina são passivas, fica difícil compreender que esses tecidos são capazes de se distender para o parto e depois se contrair. Assim, através da episiotomia, os médicos desconstroem e reconstroem a vagina, de acordo com suas crenças culturais.⁴⁶ A imagem sugerida pelo discurso médico é que, após a passagem do bebê, o pênis do parceiro seria pequeno demais para estimular ou ser estimulado pela vagina, agora distendida.⁷ Assim, o parto é percebido como estupro, o bebê sendo causador de um dano definitivo à função sexual da mulher, e esta como tendo que ser restituída a seu “estado virginal.”²¹

Os profissionais que entrevistamos muitas vezes se referiram ao “ponto do marido”, concebido para fazer a entrada da vagina ainda menor após o parto. Frequentes complicações decorrentes deste artifício são: dor na vulva ou vagina, cicatrizes e deformidades, que levam à necessidade de correção cirúrgica posterior.⁷ As conseqüências de longo prazo da episiotomia sobre as relações sexuais precisam ser mais bem estudadas.

“... temos colegas que aleijam mulheres. Chamamos algumas episiotomias de ‘hemibundectomia lateral direita’, tamanha é a episiorrafia, entrando pela nádega da paciente, que parece ter três nádegas.. Sem falar das episiotomias que fazem a vulva e vagina ficarem tortas, que chamamos de ‘AVC

vulvar’, sabe, como quando alguém tem um AVC e a boca e as feições ficam assimétricas?”

Diretor de uma maternidade em São Paulo⁷

As mulheres aceitam a episiotomia de rotina no Brasil porque a maioria acredita que ela seja necessária, do ponto de vista médico, para proteger sua saúde e a do bebê. Como a episiotomia é uma decisão do médico, as mulheres presumem que este está fazendo a coisa mais correta. Se a mulher acreditar que terá problemas sexuais e uma vagina flácida depois do parto normal, e que a episiotomia é solução para isto, ela concorda. Num estudo feito no Uruguai, 11% das mulheres entrevistadas disseram que não acreditavam que a episiotomia fosse necessária, 13% não tinha opinião formada sobre o assunto, e 76% acreditava que seu uso era justificado.³²

*“Se eu fosse dar à luz hoje, tudo seria diferente... o mais importante: nada de episiotomia. Não faz mal se eu tivesse alguma laceração, não seria tão desconfortável para ficar sentada depois – ou agora que estou com 50 anos, para ter relações sexuais. Agora mais do que nunca, quando as taxas de estrogênio diminuem, dói muito durante a penetração. Tenho falado disso com muitas médicas como eu, e muitas outras mulheres sentem a mesma coisa.”*⁴⁷

Nos fóruns eletrônicos onde as mulheres brasileiras falam sobre alternativas para o parto, muitas dizem que escolheram a cesárea para fugir da episiotomia, especialmente depois de uma experiência traumática anterior que deixou seqüelas duradouras.⁴⁸

Humanização do parto no Brasil

No caso brasileiro, a cesárea e a episiotomia desnecessárias são também um problema racial e de classe social. Mulheres brancas de classe média, atendidas por serviços do setor privado, tendem

a receber “o corte por cima” (cesárea), enquanto a mulher negra e pobre que recorre ao SUS (70% das mulheres do país) tende a receber “o corte por baixo” (episiotomia). Como as mulheres negras apresentam características diferenciadas quanto à cicatrização, com maior tendência a problemas cicatriciais e formação de quelóides,⁴⁹ elas poderão estar mais expostas a complicações na cicatrização da episiotomia. Não raro precisam recorrer aos serviços de um cirurgião plástico para corrigir desvios e retrações dos lábios vaginais decorrentes da episiotomia.⁵⁰

A expressão “humanização do parto” refere-se, no Brasil, ao respeito e promoção dos direitos da mãe e da criança à assistência baseada em evidências, incluindo segurança, eficácia e satisfação. Quando têm acesso à informação de qualidade, as mulheres passam a entender que a episiotomia nem sempre é necessária. Para obter os serviços que desejam hoje, muitas mulheres trocam de médico durante a gravidez, com a ajuda de um promissor recurso de mudança – sites e grupos de apoio eletrônicos criados e usados por consumidores que desejam assistência humanizada e baseada em evidências. Mulheres que escolhem a cesárea porque não sabiam que um parto sem episiotomia era possível criaram um site para educar o público.⁴⁸

Desde 1993, existe uma Rede Nacional para a Humanização do Parto (Rehuna) que reúne profissionais de saúde progressistas, elaboradores de políticas de saúde, feministas, terapeutas alternativos, obstetras e grupos organizados de usuários do serviço de saúde. Estes mantêm diversas listas eletrônicas, fóruns, sites e blogs, incluindo o dinâmico “Amigas do Parto”. As feministas brasileiras participam da Rehuna desde a sua fundação, defendendo a visão de uma “maternidade voluntária, prazerosa, segura e apoiada pela sociedade”.²⁹

Desde meados de 1990, diversas iniciativas governamentais, e muitas em parceria com ONGs, vêm dando apoio a propostas de mu-

dança da assistência à maternidade no Brasil, centradas principalmente na redução do número de cesáreas. Estas incluem a instituição pelo Ministério da Saúde do Prêmio Dr. Galba de Araújo em 1998, concedido às maternidades mais humanizadas; um programa de treinamento para enfermeiras obstétricas; e o Programa de Humanização Pré-Natal e do Parto (PHPN) em 2000. Em 2001, o Ministério da Saúde distribuiu aos médicos e enfermeiras de todo o país uma versão em língua portuguesa do manual da Organização Mundial da Saúde para assistência ao parto vaginal.⁵² No âmbito regional, vários estados criaram serviços com uma abordagem humanizada, tanto no setor público como no setor privado. Há um programa bastante promissor para estabelecer Centros de Parto Normal, com experiências muito bem sucedidas em vários pontos do país, mas que encontrou forte resistência em outros setores mais conservadores.⁵³

A Rehuna vem fazendo uma campanha pelo direito de pacientes do SUS e dos serviços privados a companheirismo e apoio do grupo social durante o parto, uma forma simples, barata, eficaz e satisfatória de fazer do parto uma experiência melhor para as mulheres.^{2-5, 54, 55} Em junho de 2003, a Rehuna lançou a Campanha Contra a Episiotomia de Rotina. O primeiro evento aconteceu em São Paulo e reuniu representantes da Faculdade de Saúde Pública, Federação Brasileira de Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), Associação Brasileira de Enfermagem Obstétrica (ABENFO), formadores de políticas públicas, ONGs feministas, consumidores organizados, Conselho Regional de Medicina, Centro Cochrane do Brasil, Rede Nacional de Saúde e Direitos Reprodutivos, entre outros.

Na esteira do movimento contra a mutilação genital feminina em sociedades não ocidentais, a episiotomia de rotina foi considerada por muitos como uma forma de mutilação genital,^{56, 57}

e violência de gênero cometida por instituições e profissionais.⁵⁸ Alguns propõem mudanças na nomenclatura, chamando as episiotomias desnecessárias de “lesão iatrogênica genital”, “dano sexual iatrogênico” ou “lesão sexual iatrogênica.”⁵¹ O grande número de episiotomias tem sido considerado um caso típico de violação de direitos humanos em relação à saúde.⁵⁹

A campanha foi uma oportunidade de combinar as perspectivas da medicina baseada em evidências e do direito reprodutivo, o que foi possível através da parceria com o Centro Latino Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano (CLAP) e o Comitê Latino Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher (CLADEM). Atualmente, buscamos o apoio das autoridades governamentais da área da saúde a fim de seguir as recomendações propostas, inclusive para o treinamento de profissionais de saúde, a introdução do consentimento informado para a episiotomia nos serviços do SUS e o monitoramento do progresso.⁵¹

A prevenção de cesáreas e episiotomias desnecessárias e a promoção do parto normal vaginal com um períneo intacto exigem transformações profundas na assistência obstétrica. Será preciso

uma mudança nos estereótipos de gênero e uma compreensão mais profunda do corpo feminino antes que essas práticas possam ser transformadas. Isto está relacionado ao direito da mulher de ter acesso à informação baseada em evidência, privacidade, liberdade de escolher a posição para o trabalho de parto e o parto, direito de ter um acompanhante no parto e apoio social durante o trabalho de parto, direito a um adequado controle da dor e prevenção de dor iatrogênica, bem como direito ao aprendizado de exercícios pélvicos para obter uma vagina “poderosa”. Embora o foco da campanha da Rehuna seja a abolição da episiotomia de rotina, o objetivo mais amplo é contribuir para a promoção de mudanças nos serviços de saúde reprodutiva e sexual, promovendo a integridade genital da mulher e sua satisfação e segurança reprodutiva e sexual.

Créditos

Este trabalho relata parte da pesquisa de Simone Diniz sobre “Expectativas e satisfação dos usuários e profissionais de saúde na humanização do parto”, com o apoio da Fundação de Apoio à Pesquisa de São Paulo (FAPESP/Cemicamp).

Referências

1. Atallah Á. Apresentação no Seminário “Práticas Obstétricas Baseadas em Evidências”. Instituto de Saúde de São Paulo, 1999. (Não publicado)
2. Enkin, M. W., Kierse, M. J., Renfrew M. J., et al. *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Oxford: Oxford University Press, 2000.
3. World Health Organization. *Care in Normal Birth: A Practical Guide*. Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit. Genebra: WHO, 1996.
4. Chalmers, I. WHO appropriate technology for birth revisited. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1992;99 (16 Sept): 709-10.
5. Langer, A., Villar, J., Promoting evidence-based practice in maternal care would keep the knife away (Editorial), *BMJ* 2002; 324 (20 April); 928-29.
6. Dias, M. A. B. Cesariana: Epidemia Desnecessária? Dissertação de Mestrado. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Fernandes Filgueira. Pós-graduação em Saúde da Mulher e da Criança, 2001.
7. Diniz, C. S. G. Entre a Técnica e os Direitos Humanos – Limites e Possibilidades das Propostas de Humanização do Parto. Tese de Doutorado. Dep. de Medicina Preventiva – FM-USP, 2001. At: www.mulheres.org.br/parto
8. BRASIL DATASUS. Indicadores de Cobertura. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Porcentagem de Parto Hospitalar. At: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2000/f07.def>.
9. BRASIL. Ministério da Saúde, Comissão Nacional de Mortalidade Materna do Ministério da Saúde. Nota técnica sobre dados de mortalidade materna divulgados pela Organização Mundial de Saúde, 2003. (Mimeo)
10. United Nations Development Programme. Human develop-

- ment indicators. Millenium Development Goals: Report 2003. At: http://www.undp.org/hdr2003/indicator/indic_293.html. Acessado em 10 de março de 2004.
11. Serruya, S. J. A experiência do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil. Tese de Doutorado. Campinas: Unicamp. 2003.
 12. Coletivo Feminista/FMUSP/ Conselho Regional de Medicina de São Paulo. Série O que nós como profissionais de saúde podemos fazer. DINIZ SG, pesquisa e texto. São Paulo, 2003.
 13. Comunicação Universidade Federal de São Paulo. Gestantes peregrinam em busca de assistência médica na rede pública. Ano 15. Nº 170. Agosto, 2002. At: <http://www.unifesp.br/comunicacao/jpta/ed170/pesquisa.html>.
 14. Tanaka, A.C. d'A. Maternidade Dilema entre Nascimento e Morte. São Paulo/Rio de Janeiro: Ed. Hucitec/ABRASCO, 1995.
 15. Silva, A.A., Barbieri, M.A., Gomes, U.A., et al. Trends in low birth weight: a comparison of two birth cohorts separated by a 15-year interval in Ribeirão Preto, Brazil. *Bulletin of World Health Organization* 1998; 76 (1):73-84.
 16. Ratto, K.M.L. Maternidade Leila Diniz (1994 a 1996): Nascimento de um novo profissional de saúde? Dissertação de Mestrado. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Fernandes Filgueira. Pós Graduação em Saúde da Mulher e da Criança, 1997.
 17. Behague, D.P., Victora, C.G., Barros, F.C. Consumer demand for caesarean sections in Brazil: informed decision making, patient choice, or social inequality? A population based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods. *BMJ*, 2002 ;324f7343:942-45.
 18. Sheila Kitzinger's letter from Europe: obstetric metaphors and marketing. *Birth* 1999;26 (1):55-57.
 19. Maternitywise. Cascade of intervention. At: <http://www.maternitywise.org/mw/aboutmw/index.html?cascade>.
 20. Christianson, L.M., Bovbjerg, V.E., McDavitt, E.C., et al. Risk factors for perineal injury during delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2003; 189 (1): 255-60.
 21. Goer, H. *Obstetric Myths Versus Research Realities*. Bergin and Garvey, 1995
 22. Postado no blog "Eu odeio Dráuzio Varella". At: www.euodeiodrauzioarella.blogspot.com.br.
 23. Faúndes, A.E., Cecatti, J.G. Operação cesárea no Brasil: incidência, tendência, causas, conseqüência e propostas de ação. *Cadernos de Saúde Pública* 1991 ;7(2): 150-73.
 24. De Mello e Souza, C. C. Sections as ideal birth: the cultural construction of beneficence and patients rights in Brazil. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 1994; 3: 358-66.
 25. Hopkins, K. Are Brazilian women really choosing to deliver by cesarean? *Social Science and Medicine*. 2000;51(5):725-40.
 26. Rattner, D. Sobre a hipótese de estabilização das taxas de cesárea do Estado de São Paulo, Brasil. *Revista Saúde Pública* 1996;30: 1: 19-33.
 27. Faúndes, A., Cecatti, J.G., Osis, M.J. De. Módulo Social do Estudo Latino Americano sobre cesáreas: satisfação de médicos e mulheres no Brasil. Relatório técnico final, 2002 (Mimeo)
 28. Chacham, A.S. A medicalização do corpo feminino e a incidência do parto cesáreo em Belo Horizonte. Dissertação (Doutorado em Demografia) Cedeplar, Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 1999.
 29. Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. Dossiê Humanização do Parto. Diniz, S.G., Chacham, A.S. (pesquisa e texto). São Paulo, 2002.
 30. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Avaliação dos Serviços de Assistência ao Parto e ao Neonato no Estado de São Paulo. São Paulo, 2000.
 31. Souza, M.R. Parto: entre o desejo e a realização. Anais da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 2002. At: http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/GT_REP_ST39_Souzatexto.pdf.
 32. Tomasso, G., et al. ¿Debemos seguir haciendo la episiotomia en forma rutinaria? *Revista de Obstetricia y Ginecologia de Venezuela* 2002; 62(2):115-21.
 33. Sanders, J., Campbell, R., Peters. Effectiveness of pain relief during perineal suturing. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2002;109 (9): 1066-68.
 34. Alves, M.T.S.B., Silva, A.A.M. Avaliação da qualidade de Maternidades - Assistência à mulher e recém-nascido no SUS. São Luís: UFMA/UNICEF, 2000.
 35. Althabe, F., Belizán, J., Bergel, E. Episiotomy rates in primiparous women in Latin America: hospital based descriptive study. *BMJ* 2002; 324:945-46.
 36. Rezende, J. *Obstetricia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. pág.337.
 37. Signorello, L.B., Harlow, B.L., Chekos, A.K., et al. Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: a retrospective cohort study of primiparous women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2001;184(5):881-88 and discussion 888-90.

38. Chiarelli, P., Murphy, B., Cockburn, J. Acceptability of a urinary continence promotion programme to women in the postpartum period. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2003 ;110(2): 188-96.
39. Incontinent. Web's Leading Resource on Incontinence and Other Pelvic Muscle Disorders. At: www.incontinent.com.
40. Davis, K., Kumar, D. Pelvic floor dysfunction: a conceptual framework for collaborative patient-centred care. *Journal of Advanced Nursing* 2003;43 (6):555-68.
41. Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde. Fique Amiga Dela. Saúde Sexual para Mulheres. At: www.mulheres.org.br/fiqueamigadela.
42. Parker, R.G. *Corpos, prazeres e paixões: a cultura sexual no Brasil contemporâneo*. São Paulo: Best Seller, 1991.
43. O' Conner H.E. Hutson J.M., Anderson C.R. et al. Anatomical relationship between urethra and clitoris. *Journal of Urology* 1998;159 (6): 1892-97.
44. Chalker, R. *A Verdade Sobre o Clitóris*. Ed. Imago, 2001.
45. Parto Vaginal é Retrógrado? Parto Humanizado. At: http://partohumanizado.blogspot.com.br/200J_12_0_1_archive.html.
46. Davis Floyd, R. *Birth as an American Rite of Passage*. Berkeley: University of California Press, 1992.
47. "Dra. Stella" [Carta]. At: www.mulheres.org.br/parto.
48. Xô Episio! Episiotomia Não! At: <http://www.xoepisio.blogspot.com.br>.
49. Datubo-Brown, D.D. Keloids: a review of the literature. *British Journal of Plastic Surgery* 1990;43(1):70-77.
50. Vitalitá Cirurgia plástica e estética. Cirurgia Íntima Feminina. Um especialista para cada cirurgia. At: <http://www.vitalita.med.br/cirfem.asp>.
51. Abaixo a Episiotomia de Rotina! Amigas do Parto. At: www.amigasdoparto.com.br/episiotomia4.html.
52. Organização Mundial da Saúde. Unidade de Maternidade Segura, Saúde Reprodutiva e da Família, Assistência ao Parto Normal: um guia prático. Geneva: OMS, 1996.
53. Casas de parto no mundo. Campanha pelas Casas de Parto no Rio de Janeiro. At: <http://www.casasdeparto.com.br/casasdeparto/index.asp>.
54. Smith, H.J., et al. Improving quality of childbirth experience may reduce demand for caesarean sections [carta]. *BMJ*. At: <http://bmj.bmjournals.com/cgi/eletters/324/7343/928#22194>.
55. Hodnett, E.D. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2002; 186 (5. Suppl Nature):S 160-72.
56. Wagner, M. Episiotomy: a form of genital mutilation. *Lancet*, 1999; 353: 1977.
57. Hughes, J. Episiotomy: ritual genital mutilation in western obstetrics. At: <http://www.changesurfer.com/Hlth/episiotomy.html>.
58. Diniz, C.S.G., d'Oliveira, A.F.P. Gender violence and reproductive health. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 1998;63 (Suppl.):S33-42.
59. França, Jr. I. Saúde pública e direitos humanos. Em: Zóbole, E., Fortes, P., (editores), *Bioética e Saúde Pública*. São Paulo: Ed. Loyola, 2003.

Resumo: Nos últimos cinquenta anos, o rápido aumento da utilização de tecnologia para iniciar, intensificar, acelerar, regular e monitorar o processo de nascimento tem levado à adoção de procedimentos inadequados, desnecessários e por vezes perigosos. Embora as pesquisas tenham demonstrado que o paradigma a ser adotado é o do mínimo de interferência dentro dos limites da segurança, no Brasil o parto vaginal continua sendo tratado como um alto risco à saúde e à vida sexual da mulher. O presente trabalho descreve o impacto desse modelo de intervenção na experiência do parto, e discute como a organização dos serviços públicos e privados de assistência ao parto influencia a qualidade dos cuidados obstétricos no país. O Brasil é conhecido por altos índices de cesáreas desnecessárias ("o corte por cima"), praticadas em dois terços dos partos no setor privado, onde 30% das mulheres dão à luz. Recebe menos atenção o índice de 94,2% de episiotomias ("o corte por baixo") praticadas em partos vaginais, afetando 70% das mulheres de baixa renda, que recorrem ao setor público. É necessária uma mudança na compreensão do corpo da mulher para que possa ocorrer uma mudança nos procedimentos mencionados. Desde 1993, e inspirado em campanhas contra a mutilação genital feminina, um movimento nacional de profissionais de saúde, feministas e grupos de consumidores vem promovendo serviços de saúde baseados em evidências e a humanização do parto no Brasil, reduzindo assim procedimentos cirúrgicos desnecessários.