UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

**Repensando a tesoura: Compreendendo o posicionamento
dos obstetras diante da episiotomia**

Priscila Cavalcanti de Albuquerque Carvalho

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para obtenção do
título de Mestre em Ciências.**

**Área de concentração: Saúde, ciclos de vida e
sociedade.**

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Carmen Simone Grilo Diniz

São Paulo
2016

Repensando a tesoura: Compreendendo o posicionamento dos obstetras diante da episiotomia

Priscila Cavalcanti de Albuquerque Carvalho

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Saúde, ciclos de vida e sociedade.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Carmen Simone Grilo Diniz

Versão original

São Paulo

2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catalogação da Publicação

Biblioteca/CIR: Centro de Informação e Referência em Saúde Pública
Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Cavalcanti de Albuquerque Carvalho, Priscila

- Repensando a tesoura: compreendendo o posicionamento dos obstetras diante da episiotomia / Priscila Cavalcanti de Albuquerque Carvalho; orientadora Carmem Simone Grilo Diniz. -- São Paulo, 2016.
139 p.

Dissertação (Mestrado) -- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2016.

1. episiotomia. 2. educação médica. 3. consentimento informado. 5. direitos reprodutivos. I. Grilo Diniz, Carmem Simone, orient. II. Título.

A MEUS FILHOS, ANTONIO HENRIQUE E FERNANDO ANTONIO.

AGRADECIMENTOS

Meus pais, Ruth e Luiz, pela vida, pela fé, pelo amor.

Meus filhos, pela paciência com esta mãe vidrada em parto.

Mauro Ramos, pelo amor que nunca morre e pela fé inabalável em mim.

Antonio Carlos Walder de Carvalho, pela dedicação, amizade e parceria.

Professora Doutora Carmem Simone Grilo Diniz, minha orientadora, pela infinita paciência, bom humor, acolhimento, orientação impecável e exigência na medida certa.

Professora Doutora Vera Paiva, Professora Doutora Cristiane Cabral, Professor Doutor Douglas Henrique Marin dos Santos, Professora Doutora Sueli Dallari.

Professor Doutor Reinaldo Ayer de Oliveira, pelas horas de orientação no mundo da bioética.

Professora Doutora Melania Amorim, pela amizade, delicadeza, elegância e apoio.

Obstetriz Ana Cristina Duarte, começo de tudo.

Camilla Schneck, Deborah Delage e Heloisa Salgado, sem vocês, nada teria acontecido.

Paula Gaudino Carvalho, Claudia Azevedo, Bruna Alonso, Renata Silva, Bia Fioretti, Flora Maria Barbosa da Silva, Rosario Avellaneda, Vicente Sarubbi Junior, Marcel R. Queiroz, Jessica Queiroz, Andrea Natrielli, Carol Moreira, Julia Toledo, meninas da Ciranda, Pedro Toledo, Gabriela Bosse, Paula Prates, Maíra Bittencourt, Priscila Raspantini, Bianca Zorzam, Guilherme Peniche, Valeria Nanci da Silva, Cláudia Maria Desgualdo, Liliane Szili, Halana Faria, Ana Paula Sidlauskas, Cristina Mesanelli, Valeria Souza, Ana Lucia Keunecke e Claudia Fontenelle (*in memoriam*).

Professora Cândida Zuiani Menezes, a vida toda.

Simone Cortez, pela amizade sem tamanho.

Patricia Cavalcanti e Malu Cumo (*in memoriam*): um dia, as três de novo.

“Embora se busque obstinadamente convencer do contrário, a mulher não perdeu sua capacidade natural de parir e apenas mercê do emprego de um artificialismo, que não deixa de representar mais uma forma odiosa de submissão da mulher, e da pior maneira, pois conduzida de forma sutil e disfarçada, como ocorrendo no seu interesse, atualmente o que se verifica é que estamos deixando de receber, condignamente, nossos semelhantes quando de seus nascimentos”.

(Juiz Federal Victorio Giuzio Neto)

RESUMO

Albuquerque, PC. Repensando a tesoura: Compreendendo o posicionamento dos obstetras diante da episiotomia. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2016.

Introdução: A episiotomia é intervenção instituída rotineiramente no Brasil, a partir da hospitalização do parto, em meados do século XX. Tida como facilitadora do parto no período expulsivo, vem sendo questionada pelas evidências científicas. Comprovou-se que a intervenção não impede lacerações importantes, incontinência urinária, dispareunia ou disfunções sexuais, e é associada a mais dor pós-parto e a complicações da episiorrafia. No Brasil, há médicos que fazem o procedimento rotineiramente, enquanto outros a praticam de modo seletivo ou, mais raramente, nunca o fazem. Este estudo buscou compreender o processo por meio do qual tais profissionais aprenderam e iniciaram sua prática, se esta foi revista, e as razões do posicionamento técnico e ético quanto ao procedimento, na atualidade.

Objetivos: descrever e analisar o processo vivenciado pelos médicos obstetras, e que os levou ao posicionamento com relação à prática da episiotomia, tendo em vista sua formação, sua prática, o posicionamento de seus pares e o ambiente institucional. **Método:** Trata-se de estudo qualitativo, com análise temática a partir do referencial de gênero. A população de estudo foi composta por 12 médicos(as) obstetras que atendiam partos pela via vaginal, obedecendo ao método *snowball*. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas norteadas por questões semiestruturadas. **Resultados:** A educação médica, no recorte da episiotomia, dá-se em escalonamento hierárquico, sem que o aluno aprenda por meio de professor, mas entre alunos, do mais graduado para o menos graduado. Transmite-se a insegurança técnica e o impedimento de questionar as indicações, a segurança do procedimento ou lesões decorrentes. Não se discute a autonomia da paciente, os direitos reprodutivos, o direito à integridade corporal ou a real informação para o consentimento. Vários entrevistados relatam dificuldades para deixar de praticar a episiotomia, o que resulta de pressão exercida pelos pares, pela corporação e pela instituição em que atende. **Conclusões:** É imprescindível a reforma na educação médica, para que professores, atualizados com as evidências científicas, transmitam as técnicas de modo adequado às taxas preconizadas internacionalmente. Sugere-se alterar a didática e conteúdo de disciplina que discuta bioética, tornando-a mais conectada com a prática e a ética médica, além de contextualizar a lei vigente. Conclui-se, enfim, pela necessidade de exigir a justificativa em prontuário para a intervenção, a anotação de toda episiotomia realizada e de toda lesão espontânea, além da aplicação de ferramentas de segurança da paciente, adotando uma assistência que promova a integridade genital no parto.

Descritores: episiotomia; educação médica; direito à saúde; ética; consentimento informado; gênero; direitos reprodutivos.

ABSTRACT

Introduction: Episiotomy is an intervention routinely established in Brazil, from birth hospitalization, in mid-twentieth. Considered as a facilitative intervention in the expulsive stage of birth, it has been questioned by scientific evidences. It was concluded that the intervention does not prevent main lacerations, urinary incontinence, either dyspareunia or sexual dysfunction, and is related to after-birth pain and complications developed from episiorrhaphy. In Brazil, there are physicians that perform it routinely, while some perform it selectively or never use it. This research aimed to understand the way those professionals learned and started their practice, if it has been reviewed, and the reasons for their technical and ethic positioning about the intervention, nowadays. **Objective:** Describe and analyze the process experienced by obstetricians, and what took them to their positioning regarding to episiotomy practice, in terms of their professional education, their practice, their peers' positioning and institutional environment. **Method:** This is a qualitative study, with thematic analysis, based on gender references. The study population was composed by 12 obstetricians, who attended vaginal births, following *snowball* method. Data were obtained by interviews guided by semi-structured questions. **Results:** The medical education, on episiotomy, occurs in a hierarchical scheduling, and the student doesn't learn through a teacher, but through a more graduate student, resulting on technical uncertainty and the impossibility to question indications, the procedure safety or resulting injuries. Patient autonomy, reproductive rights, body integrity or information to the consent are not questioned. Many physician finds it difficult to stop practicing episiotomy, because of intense pressure from peers, corporative and institution. **Conclusions:** Some changes are essential in medical education, so that teachers, updated on scientific evidences, transmit the techniques adequately to the internationally recommended rates. It is suggested to change teaching and disciplines that discuss bioethics, making it more connected with the practice and medical ethics, and contextualize it to the current law. It follows, finally, the need to require physicians to justify interventions in medical charts, the annotation of all performed episiotomy and all spontaneous lacerations, as well as applying patient safety tools, adopting an assistance that promotes genital integrity at birth.

Key words: episiotomy; medical school; right to health; ethics; informed consent; gender; reproductive rights

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Taxas de Episiotomia nos hospitais que implementaram o convênio municipal Parto Seguro

QUADRO 2 - Taxas de episiotomia na assistência ao parto em diversos países dispostas em ordem cronológica

QUADRO 3 – Quadro exemplificativo de normas jurídicas aplicáveis aos direitos da mulher, no contexto da episiotomia, elencadas em ordem alfabética crescente

QUADRO 4 - Caracterização dos entrevistados (também como encarte solto)

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Anatomia da Vulva

Figura 2 – Episiotomia

Figura 3 – Tipos de Episiotomia

APRESENTAÇÃO

Sou advogada, graduada pela Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, em 1992. Advoguei por dez anos, sendo que, tendo sido mãe tardia, aos 37 anos no primeiro filho, e aos 39 no segundo, acreditei que não teria grandes surpresas ou abalos emocionais ao assumir a maternidade. Tive duas gestações normais, alegres, saudáveis, sem qualquer problema, e ambos os bebês nasceram pelo que hoje se chama “parto normal hospitalar”. Trata-se de parto pela via vaginal, com todas as intervenções médicas de praxe para essa via de parto. A equipe era conhecida, particular, composta por profissionais agradáveis, simpáticos, e, ousar dizer, até divertidos em seus comentários durante o nascimento de meus filhos.

Entretanto, para grande surpresa minha, fui abatida por uma tristeza indizível no pós-parto do primeiro bebê e que ultrapassou, em muito, os limites de mero “baby blues”, tanto em duração temporal, quanto em intensidade. Como meu interesse por pesquisa existe desde sempre, gastava os poucos momentos livres em pesquisar as causas do que eu – sem diagnóstico fechado – chamava de “depressão pós-parto”.

Tive acesso a estudo (ANDRETTO, 2010) que associou estresse pós-traumático ao atendimento obstétrico, em que a mulher sentia como desnecessárias certas intervenções, e onde essa mulher percebia ausência de informações completas sobre os procedimentos. Passei, assim, a buscar compreender o posicionamento dos médicos obstetras diante das reivindicações das mulheres, no que diz respeito ao nascimento de seus filhos. A ideia era entender o porquê de tais reivindicações serem ignoradas por alguns obstetras ou irritarem outros, ainda que sejam calcadas nas mais recentes evidências científicas da área. Ao mesmo tempo, também compreender o caminho percorrido por aqueles que alteraram na totalidade seu pensamento e prática, minimizando ou mesmo abolindo certas intervenções do atendimento.

Do contato com essas mulheres que reivindicavam um atendimento calcado nas evidências, veio a decisão em fazer a formação como doula e o estreito contato com a realidade obstétrica no Brasil. Como doula, tive também a oportunidade de ministrar palestras e lecionar em cursos em diversas localidades e, desejando ingressar na docência acadêmica, busquei o Mestrado nesta Casa. Fui acolhida pela Prof^a Dr^a Simone Diniz e escolhi, sob sua orientação, o recorte da episiotomia para estudar a motivação e posicionamento dos médicos obstetras diante desse procedimento bastante controverso.

Escolher as entrevistas compostas de perguntas semi-abertas, como forma de coleta de dados, foi uma decorrência natural da ideia original, que era ouvir os médicos obstetras, abandonando ideias pré-concebidas, preconceitos, imagens já formuladas e outros conceitos anteriores, que apenas toldariam o que viria de modo legítimo daqueles profissionais. Acreditando nessa forma de comunicação, o estudo foi levado adiante e acolhido pelos entrevistados, de modo geral, de forma bastante entusiasmada, em virtude da oportunidade de fala sobre o assunto.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	17
1.1. Breve Histórico da Episiotomia.....	17
1.2. A Episiotomia no Brasil.....	19
1.3. A Episiotomia no Ordenamento Jurídico Brasileiro.....	22
a. Leis.....	22
b. Jurisprudência.....	26
1.4. Educação Médica, Direito e Ética.....	27
2. OBJETIVO.....	31
2.1. Objetivos Específicos.....	31
3. MÉTODO.....	32
3.1. Tipo de Estudo.....	32
3.2. População de Estudo.....	33
3.3. Seleção dos Participantes.....	34
3.4. Coleta de Dados.....	35
3.5. Forma de Análise dos Resultados.....	35
3.6. Aspectos Éticos.....	36
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	37
I. Caracterização dos entrevistados.....	37
II. Categorias e Discussão.....	39
4.1. Episiotomia ampla, geral e irrestrita!.....	39
• A educação médica.....	39
• Direito e ética na formação.....	45
4.2. Ousando pensar.....	47
• Questionamento da formação.....	47
• Em direção à mudança, na prática.....	47
4.3. “Não estou autorizado a deixar um nenê morrer por causa de uma paciente!”	48
• Reconhecimento da autonomia da parturiente, relação médico-paciente, comunicação e consentimento	

informado, integridade corporal, na prática.....	48
• A tragédia biológica e as ingratas do patriarcado (mulheres incompetentes para parir e o que a obstetrícia fez por elas).....	52
• Mulher pessoa e olhar para a história da paciente.....	55
4.4. Moedinha nº 1 - Modelos e inspiração.....	58
• Colegas, professores, pesquisadores.....	59
• Pais.....	62
• Aprendendo com a paciente.....	63
4.5. Voo de asa delta ou filme de terror?.....	65
Mudança e seus marcadores.....	65
• Experiências emocionais, felizes ou traumáticas.....	65
• Movimentos sociais.....	65
• Evidências científicas.....	67
4.6. Obstáculos externos e internos à mudança.....	69
• O inferno e a maldade no canal do parto	
– o medo do obstetra.....	69
• A pressão institucional, da corporação e dos pares.....	71
• Judicialização da medicina.....	72
• Tradição e rotina.....	74
• Ativismo que bate de frente.....	74
• Mercado e ganho financeiro.....	75
• Violência? Que violência?.....	76
4.7. Fora da casinha: quem já veio diferente.....	80
4.8. Perspectiva de gênero e sexualidade.....	81
4.9. Acompanhante e doula.....	84
4.10. O que eu acho da episiotomia? Opinião e indicações.....	85
4.11. Autores citados.....	89

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....91

5.1. Por que os médicos obstetras pensam	
o que pensam e agem como agem?.....	92
5.2. Implicações para políticas públicas.....	95
5.3. O médico como produto do sistema.....	96

5.4. Soluções multidisciplinares.....	99
6. REFERÊNCIAS.....	100
ANEXOS.....	109
ANEXO I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	109
ANEXO II - Roteiro Semiestruturado de Entrevista.....	112
ANEXO III - Caracterização dos Entrevistados (também encarte solto).....	117
ANEXO IV - Categorias e outras falas.....	119
CURRÍCULOS LATTES.....	138

1. INTRODUÇÃO

A **episiotomia** é procedimento cirúrgico, usado em obstetrícia, com a finalidade de aumentar a abertura vaginal com uma incisão no períneo, ao final do segundo estágio do parto. Alega-se que o procedimento seria indicado para impedir ou diminuir o trauma dos tecidos do canal do parto, favorecendo a liberação do conceito e evitando lesões desnecessárias do pólo cefálico, submetido à pressão sofrida nesse momento do parto (REZENDE, 2005). Realizado com tesoura ou bisturi, necessita de sutura e, mesmo tendo se tornado procedimento cirúrgico muito comum, foi introduzida sem muita evidência científica sobre sua efetividade (ZANETTI, 2009). Após avaliação, por meio de metodologia científica, a efetividade do procedimento não encontrou evidências que a fundamentassem. Isso resultou, em vários países, em desestímulo ao uso de rotina ou uso liberal, inclusive quanto ao ensino do procedimento.

Figura 1. Anatomia da Vulva

Abaixo, será apresentada revisão bibliográfica sobre o tema.

1.1. BREVE HISTÓRICO DA EPISIOTOMIA

Um obstetra irlandês, Sir Fielding Ould (1710-1789) trouxe a episiotomia para a obstetrícia no século XVIII (AMORIM, 2012), alegando que traria benefícios para o binômio

mãe-filho (SANTOS, 2004). Também era tida como facilitadora do reparo no períneo, uma vez que o corte "controlado" seria suturado de forma a minorar a lesão nos tecidos.

No verão inglês de 1982, como resultado da pressão das consumidoras e questionamentos vindos dos profissionais de atendimento ao parto, realizou-se um ensaio clínico randomizado, apontada como desnecessária e, se realizada apesar da recusa da paciente, equivaleria a lesão corporal (*battery*) (GRAHAM, 1997). O movimento surgiu no campo da saúde perinatal (GRASZIOU *et al*, 2007), com influência do movimento internacional de mulheres (BWHBC, 1984), que demandaram participar da definição de prioridades de pesquisa (KITZINGER, 1981). Culminou na fundação do Movimento do Parto Ativo (BALASKAS, 1983) e na criação do Maternity Defence Fund (AIMS, 1983), para processos contra profissionais de atendimento obstétrico por agressão (*assault*).

BEECH (2004) lança luz sobre a história da episiotomia no Reino Unido e esclarece que até aquele momento, tratava-se do único procedimento cirúrgico que podia ser realizado sem a permissão da paciente. Essa visão modificou-se após o lançamento do citado Maternity Defence Fund.

O *release* da imprensa declarou: “É comum para a mulher, durante o parto, receber drogas contra seu desejo e sem que se busque seu consentimento; isso é comum para procedimentos, como a episiotomia de rotina, que será realizada contra o desejo das mães e sem o consentimento delas”. O *release* foi discutido por um advogado em uma revista de enfermagem e criou uma onda de preocupação a respeito do direito de as mulheres recusarem tratamentos (FINCH, 1982).

Em 1984, publicou-se os resultados do ensaio clínico randomizado. Os dados indicaram que o uso rotineiro ou liberal da episiotomia não se justificava. O ensaio clínico não produziu evidências que embasassem os supostos benefícios da episiotomia ou que ela minimizasse o trauma perineal, reduzisse a dor no pós-parto, ou melhorasse a recuperação após o parto (SLEEP, 1984).

A Organização Mundial de Saúde, então, declarou que “O uso sistemático da episiotomia não se justifica”. (WHO, 1985).

Entre 1985 e 1995, diversos trabalhos foram publicados na literatura das parteiras britânicas (MAYES, 1987; SLEEP, 1987; MOSES, 1993), incluindo revisões sistemáticas de literatura, em periódicos de parteria (WALKER, 1990; FLOUD, 1994). Nos anos 90, passou-se a pesquisar a respeito de formas de reduzir o uso do procedimento, quando HUNDLEY (1994), em ensaio clínico randomizado, e GERRITS (1994) concluíram que a prevalência da

episiotomia pode estar relacionada mais ao treinamento profissional que aos fatores de risco obstétrico *per se*.

Hoje, evidências demonstraram que a episiotomia não deve ser realizada rotineiramente (CARROLI, 2009). HARTMANN (2005) concluiu os benefícios da episiotomia não se baseiam em evidências. Apurou-se que os desfechos da episiotomia são considerados piores, comparados com lacerações espontâneas. VISWANATHAN (2005) não encontrou na episiotomia os aventados benefícios e, em revisão de literatura, ROBINSON (2014) recomenda que se evite a episiotomia de rotina e a associa a disfunções sexuais pós-parto. Não se confirmam cientificamente, assim, os benefícios da episiotomia de rotina, demonstrando-se que mulheres que tiveram períneo intacto após o parto mostram os melhores resultados. Traumas perineais e uso de instrumentação obstétrica são fatores relacionados à frequência e gravidade da dispareunia pós-parto (DAVIS et al, 2003).

Assim, enquanto a evolução da medicina em seu aspecto tecnológico permitiu atendimento mais seguro a casos emergenciais na obstetrícia, a ênfase no modelo intervencionista criou o paradoxo de que a educação médica traz como resultado profissionais despreparados para o atendimento pleno à gestação e parto de risco esperado. Assim, a morbimortalidade pode acontecer por danos iatrogênicos intraparto, com o uso abusivo de tecnologias sobre a população de baixo risco (DINIZ, 2009)

1.2. A EPISIOTOMIA NO BRASIL

No Brasil, um dos principais argumentos usados a favor da episiotomia é o de que o parto torna flácidos os músculos vaginais e compromete a vida sexual da mulher (DINIZ, 2006). As evidências sinalizam em sentido contrário. A maioria das mulheres pode ter um parto vaginal seguro e satisfatório, com bom tônus vaginal, se assistida com base em evidências (KOVACS, 2004) e tiver respeitados seus direitos (DINIZ, 2006, ob. cit.).

O atendimento em obstetrícia no Brasil também se tornou objeto de estudos científicos, dando voz às mulheres. O artigo publicado na Revista de Enfermagem da UFPI - Universidade Federal do Piauí (COSTA, 2012) refere-se em específico à episiotomia e conclui que, no Brasil, as mulheres são submetidas muitas vezes a intervenções desnecessárias, sugerindo considerar-se a autonomia da parturiente no processo reprodutivo.

ZANETTI (2009) apresenta resultados de estudo brasileiro a respeito do tema, indicando que, na América Latina, as taxas podem chegar a 90%. A revisão sistemática de CARVALHO (2010) trata de supostos benefícios associados à episiotomia, e de seus efeitos

nocivos, concluindo pela importância da educação médica baseada em evidências.

Em resposta ao pleito pela abolição da episiotomia de rotina (CARVALHO, 2009), o país apresenta certo declínio nas taxas de episiotomia no país, que encontrava-se em 54% em 2014 (CAVALCANTE et al, 2014) . Já há descrição de programas de residência médica em alguns serviços brasileiros, onde a taxa de episiotomia é menor que 2% (AMORIM, 2015). TOMASSO (2002) salienta o aspecto econômico da intervenção, mostrando que o uso rotineiro da episiotomia na América Latina desperdiça anualmente cerca de US\$ 134 milhões, além das freqüentes complicações. DINIZ (2005) sugere intervenções para fazer cessar a prática rotineira do procedimento.

A realização da episiotomia no Brasil ainda se encontra em taxas bastante altas, diante do recomendado pelas evidências científicas. Ainda que os dados referentes ao períneo no pós-parto não estejam disponíveis no sistema de informação em saúde brasileiro (DATASUS), importantes pesquisas e iniciativas apontam taxas elevadas. GRAHAM et al. encontraram no Brasil, de 1995 a 1998, a taxa de 94,2% de episiotomias em partos pela via vaginal, em primíparas. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006) mostrou que a frequência da episiotomia no Brasil é de 71,6%. A pesquisa Nacer no Brasil (Leal et al, 2014), realizada em 2014, trouxe o resultado de 56,1% de episiotomias, para mulheres consideradas em gestação de baixo risco ou hoje denominada de risco esperado. Já o Convênio Parto Seguro à Mãe Paulistana, implementado pela Prefeitura do Município de São Paulo, Estado de São Paulo, informou que, em abril de 2014, conseguia a média de 40% de episiotomias por mês, sendo que, em agosto do mesmo ano, apontou a redução do procedimento para a média de 22,07%, apurada no mês de junho (Brasil. Município de São Paulo, 2014).

Quadro 1

Taxas de Episiotomia nos Hospitais que implementaram o convênio municipal Parto Seguro (Brasil. Município de São Paulo, 2014):

Mês	Média Geral	Média em primíparas
Abril	22,06%	38,63%
Maio	17,93%	32,63%
Junho	11,48%	21,07%
Julho	14,10%	26,14%

Agosto	14,18%	26,75%
Setembro	15,46%	28,09%

Fonte: Livro de Parto dos respectivos Hospitais Municipais com Parto Seguro e Ficha de Admissão Obstétrica
Mês de Referência: Abril, Maio, Junho, Julho, Agosto de Setembro de 2014.
Fórmula: No de partos normais com episiotomia em primíparas / total de partos normais em primíparas x 100

Assim, no Brasil, as taxas de episiotomia estão diminuindo, mas ainda permanecem altas, em especial para as primíparas. Como aponta a citada pesquisa Nacer no Brasil (Leal et al., 2014), mulheres com melhores condições sócio-econômicas e que tiveram parto vaginal tiveram as maiores taxas de intervenção e de sutura perineal. A qualidade de informação nos registros médicos, e o acesso à severidade das lacerações, é pobre, e a pesquisa recomenda treinamento para promoção da integridade perineal, acesso e gerenciamento dos desfechos, além de melhor qualidade de informação.

Outros estudos indicam também uma grande variação das taxas de episiotomia no mundo, com valores de 9,7% (Suécia) a 100% (Taiwan), ficando a maioria abaixo de 50%. Quando são consideradas apenas as primíparas, a quase totalidade das estatísticas de episiotomia identificadas é superior a 65% (GRAHAM et al., 2005). Estudo realizado em 2003, em hospitais de onze países (Argentina, Brasil, Bolívia, Chile, República Democrática do Congo, Equador, Índia, Tibet, Uruguai, Venezuela e Zâmbia), revelou que a taxa de episiotomia foi superior a 90% entre as nulíparas (ZANETTI et al., 2009).

Figura 2. Episiotomia

Nos Estados Unidos, a tendência também era a redução do uso rotineiro de episiotomia. Em 1998, 62% dos partos foram sem episiotomia, enquanto que, entre 1980 e 1998, os casos de laceração de primeiro e segundo graus passaram de 43% para 82% do total de traumas perineais (ALBERS et al., 2006)

A tabela a seguir mostra a distribuição das taxas de episiotomia no mundo (ZANETTI et al., 2009):

Quadro 2 - Taxas de episiotomia na assistência ao parto em diversos países dispostas em ordem cronológica (GRAHAM, 2005)

País	Ano	Taxa de episiotomia (%)
Argentina	1993	80
Brasil	1995-1998	94,2
França	1996	79
EUA	1997	38,6
Japão	1997-2005	59,1
Suécia (Upsala)	1999-2000	10
Itália (Perugia)	1999-2000	58
Etiópia	2000	40,2
França	2002	68
Israel	2005	37,6

1.3. A EPISIOTOMIA NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO

a. Leis

Analisando o sistema jurídico normativo brasileiro, encontra-se dispositivos que consagram a mulher como sujeito de direitos. Na maior parte dos diplomas legais aqui apontados, não se fala, especificamente, na episiotomia e nem mesmo em obstetrícia. Também não cabe neste estudo o intento de realizar revisão exaustiva das normas jurídicas, mas estas são passíveis de aplicação direta ao contexto da episiotomia, protegendo a mulher contra desrespeito e abuso.

Quadro 3 – Quadro exemplificativo de normas jurídicas aplicáveis aos direitos da mulher, no contexto da episiotomia, elencadas em ordem alfabética crescente

Norma/Assunto	Referência
Código Civil	Brasil, 2002

Código de Defesa do Consumidor	Brasil, 1990
Código de Ética Médica (Resolução CFM)	Brasil, 2010
Código Penal	Brasil, 1940
Constituição da República Federativa do Brasil	Brasil, 1988
Convenção Interamericana sobre Direitos Humanos - "Pacto de San Jose da Costa Rica"	Brasil/OEA. 1969
Convenção Interamericana Para Prevenir, Punir E Erradicar A Violência Contra A Mulher - "Convenção De Belém Do Pará"	Brasil/OEA. 1994
Lei Estadual de São Paulo – SP	Brasil, 2015
Lei Municipal de Diadema – SP	Brasil, 2013
Lei Municipal do Parto Humanizado - São Paulo – SP	Brasil, 2013

Constituição Federal Brasileira de 1988 (BRASIL, 1988):

“Artigo 5º. Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: (...)”.

Considerado núcleo nobre da Carta Magna, extenso rol de princípios e regras relativos aos direitos e deveres individuais e coletivos. Como reza documento destinado a apresentar o processo de construção do artigo 5º, quando da criação da Constituição em vigor (BRASIL, 2013), esses preceitos têm por escopo proteger os cidadãos e garantir que homens e mulheres sejam efetivamente reconhecidos como detentores da cidadania, consolidando a formação do Estado democrático de direito no Brasil. A norma trata das garantias e direitos individuais, elencados nos incisos. Destacamos aqueles que dizem respeito à matéria:

“II - ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei;”

Trata-se do princípio da legalidade e põe por terra quaisquer tentativas de sobrepor normas administrativas, protocolos ou decisões calcadas meramente em experiência profissional, aos direitos da mulher no parto.

*“III - ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante;
(...)”*

X - são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação;”

Para este estudo, é importante trazer breve comentário a respeito do presente inciso. Para a lesão a direito da mulher gestante, parturiente e puérpera, ele incide na violação ao Direito ao Acompanhante e às decisões íntimas e privadas quanto ao nascimento de seus filhos.

Há precedente internacional, no caso *Ternovsky contra Hungria* (HUNGRIA, 2011), onde foi declarado pela Corte Internacional Europeia o direito da mulher à escolha do local de nascimento de seu filho, com fundamento no artigo 8º da Convenção Europeia de Direitos Humanos, pelo qual é garantido o direito ao respeito pela vida privada e familiar, sendo que a ingerência da autoridade pública é tratada como exceção e pode estar presente apenas quando necessária para a segurança nacional, para a segurança pública, para o bem-estar econômico do país, a defesa da ordem e a prevenção das infrações penais, a proteção da saúde ou da moral, ou a proteção dos direitos e das liberdades de terceiros.

“XXXII - o Estado promoverá, na forma da lei, a defesa do consumidor;”

Isto significa que todos os institutos legais devem interpretados, para o tema aqui abordado, favoravelmente à mulher parturiente, consumidora dos serviços em saúde;

“Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

(...)

Art. 226. A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado”.

Tratados Internacionais, ratificados pelo Brasil, adquirindo condição de norma constitucional, conforme o artigo 5º, parágrafo 2º, da Constituição Federal:

Convenção Interamericana de Direitos Humanos (Brasil/OEA, 1969) (Pacto de San José da Costa Rica) - ratificado pelo Brasil em 1992

“Artigo 5º - Direito à integridade pessoal

1. Toda pessoa tem direito a que se respeite sua integridade física, psíquica e moral.
2. Ninguém deve ser submetido a torturas, nem a penas ou tratos cruéis, desumanos ou degradantes. Toda pessoa privada de liberdade deve ser tratada com o respeito devido à dignidade inerente ao ser humano.

(...)

Artigo 11

1. Toda pessoa tem direito ao respeito da sua honra e ao reconhecimento de sua dignidade.

2. Ninguém pode ser objeto de ingerências arbitrárias ou abusivas em sua vida privada, em sua família, em seu domicílio ou em sua correspondência, nem de ofensas ilegais à sua honra ou reputação.

(...)

Artigo 17 - Proteção da família

1. A família é o núcleo natural e fundamental da sociedade e deve ser protegida pela sociedade e pelo Estado.

(...)

Artigo 25 - Proteção judicial

1. Toda pessoa tem direito a um recurso simples e rápido ou a qualquer outro recurso efetivo, perante os juízes ou tribunais competentes, que a proteja contra atos que violem seus direitos fundamentais reconhecidos pela Constituição, pela lei ou pela presente Convenção, mesmo quando tal violação seja cometida por pessoas que estejam atuando no exercício de suas funções oficiais”.

Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a Violência contra a Mulher - "Convenção de Belém do Pará" (Brasil/OEA. 1994)

“Artigo 1º - Para os efeitos desta Convenção deve-se entender por violência contra a mulher qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado.

(...)

Artigo 4º - Toda mulher tem direito ao reconhecimento, gozo, exercício e proteção de todos os direitos humanos e às liberdades consagradas pelos instrumentos regionais e internacionais sobre direitos humanos.

(...)

b. direito a que se respeite sua integridade física, mental e moral;

c. direito à liberdade e à segurança pessoais;

d. direito a não ser submetida a tortura;

e. direito a que se respeite a dignidade inerente à sua pessoa e a que se proteja sua família;

f. direito a igual proteção perante a lei e da lei;

g. direito a recurso simples e rápido perante tribunal competente que a proteja contra atos que violem seus direitos;

(...)

Artigo 5º - Toda mulher poderá exercer livre e plenamente seus direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais e contará com a total proteção desses direitos consagrados nos instrumentos regionais e internacionais sobre direitos humanos. Os Estados Partes reconhecem que a violência contra a mulher impede e anula o exercício desses direitos”.

Os textos acima mencionados e transcritos mostram que, em nível constitucional, o direito da mulher, quanto ao recorte da episiotomia, pode ser inserido em normas de caráter protetivo generalista, devendo, entretanto, ser protegido por meio de decisão judicial, que faça subsumir os fatos às normas.

As normas jurídicas brasileiras começaram a tratar **especificamente** dos procedimentos obstétricos a partir de 2013, quando a Lei Municipal de Diadema (BRASIL, 2013) mencionou, de modo pioneiro, a expressão *violência obstétrica* e elencou os

procedimentos e modos como tais intervenções passaram a ser consideradas violentas. A Lei Municipal de São Paulo (BRASIL, 2013) e a Lei Estadual de São Paulo (BRASIL, 2015) impuseram a obrigatoriedade de justificativa da episiotomia, o que vem sendo amplamente exigido no convênio municipal do Programa Parto Seguro para a Mãe Paulistana (BRASIL, Prefeitura Municipal de São Paulo, 2014), com a efetiva queda nas taxas do procedimento.

Para este estudo, ainda é importante mencionar a Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, que alterou a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. A referida lei estipula:

“Art. 19-Q. A incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS.

(...)

§ 2o O relatório da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS levará em consideração, necessariamente:

I - as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo, acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso;

(...)”

A norma apontada mostra a intenção do legislador, no sentido de que quaisquer procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, precisam estar orientados pelas evidências científicas a respeito da eficácia, acurácia, efetividade e segurança.

A mera existência de normas jurídicas que tratem do assunto, seja de modo geral, seja em específico, não parece ser suficiente para que as taxas da episiotomia estejam adequadas ao que preconizam as diretrizes em saúde, com fundamento nas evidências científicas. Depreende-se que é importante um conjunto de iniciativas multidisciplinares para que as taxas do procedimento diminuam.

Uma vez que o aspecto legal e normativo que incide sobre o assunto mostrou-se insuficiente para a solução da questão, não parece insensato inferir que a causa do insucesso pode encontrar-se no outro extremo do atendimento obstétrico. Buscou-se, assim, a motivação dos médicos obstetras na realização do procedimento, concentrando-se a atenção em sua formação e prática, como sugeriram HUNDLEY (1994) e GERRITS (1994).

b. Jurisprudência

Os tribunais têm julgado casos de danos físicos e morais, decorrentes da episiotomia, mas com bastante parcimônia quanto à concessão de indenizações e mesmo quanto a ganho de causa para a mulher. O que tem ensejado sentenças procedentes é a funcionalidade comprometida, no sentido de corte tão profundo ou episiorrafia (sutura) feita de modo imperito, que possa causar fístula, ou seja, comunicação com o reto e vazamento de fezes, com consequente infecção. (BRASIL, 2008; BRASIL, 2009; BRASIL, 2012). Na maior parte das vezes, mesmo em caso de comprometimento funcional e danos de ordem física, os julgados tendem a tratar a perfuração da parede do reto e o vazamento de fezes, originado pelo corte ou por sutura realizada com imperícia, como *risco inerente ao parto* (BRASIL, 2010; BRASIL, 2013) e os danos sofridos como não decorrentes de culpa do profissional, que teria *obrigações de meio* e não de resultado (BRASIL, 2012; BRASIL 2009). O entendimento jurisprudencial chega mesmo a entender que algumas complicações físicas (estenose de uretra), acontecidas após o parto com episiotomia, inegavelmente causem dor, incomodo e tristeza, mas não a ponto de gerar compensação por danos morais (BRASIL, 2013).

É interessante salientar que os julgados não contemplam o direito da mulher sobre seu corpo ou o direito à integridade física, sequer aventando a questão da autodeterminação da paciente. As decisões emanadas pelo Ordenamento Jurídico brasileiro quedam-se na apreciação da técnica, do nexo causal entre conduta médica e lesão, e à determinação de que a episiotomia e suas eventuais consequências configuram decorrências esperadas do parto vaginal.

1.4. EDUCAÇÃO MÉDICA, DIREITO E ÉTICA

A matriz curricular de duas eminentes faculdades de medicina (Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP, 2014), e Curso de Medicina da UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina (UNIFESP, 2014), mostra a frequência e ênfase com que os assuntos direito e ética são ensinados, contando com apenas quatro disciplinas em uma faculdade e duas em outra; somente uma em cada faculdade tratou especificamente de bioética.

HOTIMSKY (2007) apontou que estudantes de medicina e residentes podem não informar as mulheres atendidas das decisões a respeito de condutas obstétricas. Essa pesquisa concentra-se no ensino universitário para a formação médica, e aponta que o desencontro entre médico e paciente acontece quando aquele desconsidera este como sujeito, na tomada de decisões no processo de tratamento (Ob.cit., 2007).

Sendo a medicina um mundo de poder (FOUCAULT, 1984), conforme o entendimento de STARR (1982), e no qual o poder exercido pelo médico origina-se da relação de dependência que o paciente tem da competência e conhecimento daquele, interessa saber como o estudante de medicina vê essa posição de poder, informada pelo ordenamento jurídico em que está inserida. SANTOS (2008) concluiu que a prática rotineira da episiotomia representa o poder exercido sobre o corpo feminino, "objetizando" a mulher e destituindo-a de poder decisório nessa relação assimétrica e também jurídica.

POLETTI (1996) define as relações jurídicas como aquelas que o ordenamento jurídico protege e às quais confere consequências. Estabelece-se a relação jurídica sempre que duas ou mais pessoas entram em contato (VENOSA, 2014), consistindo em conceito básico para qualquer estudo que tangencie, em maior ou menor intensidade, o mundo do direito. Sobre essas relações jurídicas é que atuam as normas (VENOSA. Ob. cit., 2014). As pessoas envolvidas na relação jurídica são titulares de direitos e destinatárias de deveres recíprocos, e a norma que integra e constitui o direito não faria sentido, se não pudesse ser traduzida como direito ativo, e se este não pudesse ser exercido e não devesse ser respeitado.

A Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro (BRASIL, 2010), estipula que *ninguém se escusa de cumprir a lei, alegando que não a conhece* (art. 3º). Do mesmo modo, prevê o Código Penal Brasileiro (art. 21) (BRASIL, 1940) e o estudante de medicina e o médico, assim, não podem alegar não conhecer a lei e, por óbvio, não podem recusar-se a cumpri-la, a não ser por meio das escusas legais.

Com a divulgação de conceito e prática da Medicina Baseada em Evidências (PEARSON, 2005) e do resultado de pesquisas como Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado - uma década de mudanças na opinião pública (VENTURI, 2013) e Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento (LEAL, 2014), vieram à tona as questões do tratamento violento dado às mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Concomitantemente ao movimento social pelo Parto Humanizado (DINIZ, 2005), as esferas dos sistemas legal e jurídico brasileiros também vêm respondendo à demanda da sociedade para a solução do problema.

O relacionamento médico-paciente, na obstetrícia, vem alcançando situações reais de litígio. HOTIMSKY (2007) faz menção a aumento do número de processos contra tocoginecologistas e não exclui a formação médica como parte importante da problemática. Levantamento realizado pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CADERNOS CREMESP, 2002) entre 1996 e 2002, constatou que a obstetrícia ocupava 30% do total de denúncias que se transformaram em processos disciplinares. BOYACIYAN e CAMANO (2006): 12,16% do total de processos era contra médicos ginecologistas e obstetras.

A discussão a respeito das intervenções no parto intensificou-se no país, com de iniciativas de ordem pública, originadas nos movimentos sociais. O Dossiê "Parirás com Dor", criado pela Rede PARTO DO PRINCÍPIO (2011), abriu espaço para o tema *violência obstétrica*, na CPMI do Senado (BRASIL, 2011).

Hoje, a expressão "violência obstétrica" foi acolhida pelo Ordenamento Jurídico (BRASIL, 2013) e mesmo pelo Ministério Público (BRASIL. Ministério Público Estadual. 2014; BRASIL. Ministério Público Federal. 2014). O inconformismo das mulheres (PARTO DO PRINCÍPIO, 2006) originou Ação Civil Pública, ajuizada pelo Ministério Público Federal em São Paulo contra a ANS - Agência Nacional de Saúde (BRASIL, TRF da 3ª Região em São Paulo, 2010), requerendo que a agência fosse instada a cumprir suas diretrizes, rumo à diminuição do índice de cesarianas no Brasil. Essa ação originou as recentes consultas públicas nºs 55 e 56, abertas pela ANS, sobre o "Direito de acesso à informação das beneficiárias às taxas de cirurgias cesáreas e de partos normais por estabelecimento de saúde e por médico" e a respeito da "Obrigatoriedade da utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante" (BRASIL, ANS, 2014). A discussão culminou na promulgação da Resolução Normativa 368/2015 (BRASIL, ANS, 2015), que trata do direito da gestante a informações sobre taxas de cesarianas, a obrigatoriedade do partograma e outros pontos polêmicos. A questão também alcançou o Poder Judiciário, em forma de ações individuais de cunho indenizatório (BRASIL, 2013/2014) e aquela ação em curso na Justiça Federal da 3ª Região – São Paulo foi sentenciada, trazendo fundamentação de mais de cinquenta páginas e cujo trecho importa transcrever:

“O pungente depoimento do professor revela, inclusive, que a mudança de modelo de assistência ao parto deve alcançar também os bancos acadêmicos, com uma efetiva melhoria da qualificação não só dos médicos, mas igualmente de enfermeiros obstétricos e obstetrizes (...). Pertinente apenas observar que a prescrição médica de procedimentos desnecessários, como em caso de parto cirúrgico desnecessário, sob o ponto de vista objetivo, não havendo a presença de riscos à mãe e ao filho, configura infração ética, a ser respondida pelo profissional médico em procedimento

disciplinar, perante seu conselho de classe”. (BRASIL. MANDADO DE SEGURANÇA, P. 16-20)

FOUCAULT (1984) aponta a ética como prática limitadora das estratégias de poder. Este estudo trouxe nuances de como as noções em direito e ética são articuladas na educação médica e o modo como essa formação dialoga com a prática e o posicionamento do médico obstetra diante da episiotomia, sendo para realizá-la de rotina, para realizá-la seletivamente ou nunca realizá-la.

Por meio da análise dos dados coletados, da discussão e de suas conclusões, acredita-se que este estudo possa contribuir para que a boa prática médica incorpore o respeito aos direitos humanos, princípios de autodeterminação, consentimento informado e direito à integridade corporal, como pressupostos de atendimento, reduzindo o impacto negativo que as intervenções em desacordo vêm causando na relação médico-paciente.

2. OBJETIVO

Descrever e analisar o processo vivenciado pelos médicos obstetras, e que os levou a seu posicionamento com relação à prática da episiotomia, tendo em vista sua formação, sua prática, o posicionamento de seus pares e o ambiente institucional.

2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever e analisar os relatos da trajetória da formação médica, quanto às evidências científicas, ao direito e à ética na relação médico-paciente, com foco no aprendizado procedimento da episiotomia;

Descrever e analisar o processo, a vivência e a motivação dos médicos em seu posicionamento quanto à episiotomia, tendo em vista sua prática.

3. MÉTODO

3.1. TIPO DE ESTUDO

Este estudo é uma pesquisa de abordagem qualitativa, orientada pela perspectiva de gênero e que adota o referencial metodológico da análise temática.

Buscou-se a abordagem qualitativa, uma vez que a mesma possibilitaria o que FONTANELLA et al. (2006) referem como “compreensão científica de fenômenos”, buscando nos participantes da pesquisa experiências de vida e informações específicas, que ajudem a compreender o fenômeno estudado, qual seja, a motivação e trajetória dos obstetras para seu posicionamento frente à episiotomia.

Segundo Bardin (1977), a análise temática é uma das formas que melhor se adequou a investigações qualitativas. Como propõe o mesmo autor (ob. cit.), três etapas constituem a aplicação desta técnica de análise: (1) Pré-análise; (2) Exploração do material; (3) Tratamento dos resultados e interpretação.

Após coleta de dados, por meio de entrevistas que se iniciavam com a identificação do entrevistado, e que se seguiam com perguntas semi-abertas, foi realizada a transcrição dessas entrevistas, eliminando-se as falas a entrevistadora e buscando aquilo que foi definido por MEIHY (2014) como “textualização” e “transcrição”, em um trabalho de transformar a gravação, em arquivo digital sonoro, em fala escrita na primeira pessoa, de modo inteligível e corrido, “em favor de um texto mais claro e liso”.

A análise teve, então, início, com a realização do que se costuma chamar de “leitura flutuante”, atividade esta que objetivou gerar impressões iniciais acerca do material a ser analisado (Bardin, 1977). Para o caso da pesquisa aqui apresentada, o “corpus de análise” resultou das informações obtidas por meio da supra citada transcrição.

Na transposição dos dados para análise, com a finalidade de preservar a identidade e evitar identificação indireta dos entrevistados e de suas falas, foram trocados os nomes e algumas características pessoais, bem como programas e instituições aos quais estavam vinculados.

Quanto a análise temática, objeto da presente sistematização, esta se relaciona “à noção de TEMA [que] está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto. Ele

comporta um feixe de relações e pode ser graficamente representada através de uma palavra, um frase, um resumo.” (MINAYO; 2002; p. 208).

Segundo GOMES (2002) e MINAYO (2004) a análise temática compreende três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. A pré-análise é a fase onde o investigador [...] [organiza] o material a ser analisado. Nesse momento, de acordo com os objetivos e questões de estudo, definimos, principalmente, unidade de registro, unidade de contexto, trechos significativos e categorias. Para isso, faz-se necessário que façamos uma leitura do material no sentido de tomarmos contato com sua estrutura, descobrimos orientações para a análise e registramos impressões sobre a mensagem. (GOMES, 2002, p.76). A exploração do material pressupõe aplicar o que foi definido na pré-análise, sendo essa a mais demorada das três etapas, pois talvez haja necessidade de repetir várias vezes a leitura do material. A interpretação, última etapa, [...] ocorre a partir de princípios de um tratamento quantitativo. Entretanto, (...) nesta fase devemos tentar desvendar o conteúdo subjacente ao que está sendo manifesto. Sem excluir as informações estatísticas, nossa busca deve se voltar, por exemplo, para ideologias, tendências e outras determinações características dos fenômenos que estamos analisando. (GOMES; 2002; p.76; grifo nosso).

Como aponta Bardin (1977, p. 101). A fim de analisar os dados obtidos, “o analista, tendo à sua disposição resultados significativos e fiéis, pode então propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas”. Após o recorte, os dados foram classificados em 11 (onze) temas principais, que resultaram do agrupamento progressivo dos elementos. Destaca-se que os títulos das categorias temáticas foram definidos durante a realização das etapas de pré-análise e de exploração do material.

Na sequência, foram definidas categorias, para a realização da análise do material coletado.

3.2. POPULAÇÃO DE ESTUDO

Amostra de conveniência de médicos obstetras, atuantes no Município de São Paulo.

3.3. SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES

Este estudo parte de perspectiva orientada pelo olhar de gênero, considerando que os vieses de gênero modulam a assistência à saúde materna (DINIZ, 2009), entendendo gênero como o sexo socialmente construído (RUBIN, 1993) - configuração da identidade, da sexualidade e da reprodução. Essa modulação expressa-se na assistência materna por dois modelos hoje polarizados. Um deles expresso na subestimação da capacidade parturiente da mulher, da necessidade de "correção" do corpo feminino e na utilização liberal da tecnologia e das intervenções, o que se optou por chamar de modelo típico. O outro modelo expressa-se na confiança na fisiologia do parto, na preferência pelo parto vaginal e pela evitação das intervenções, a não ser em caso de indicação adequada, e optou-se por chamar neste estudo de modelo atípico.

A gama de profissionais médicos obstetras que atendem o parto vaginal distribui-se entre os dois pólos apontados, de forma e em posicionamentos muito variados. A lista de participantes desta pesquisa foi composta, de início, por pessoas pertencentes ao círculo de amizades da pesquisadora, que, conforme explicitado, atuou como doula e tem conhecimentos na área. A partir dessas pessoas, foi aplicado o método de *snowball*, em que cada sujeito indicou outro para ser entrevistado.

Foi utilizada a Internet, por meio de redes sociais e correio eletrônico, além de contato telefônico quando possível, com o objetivo de convidar os médicos obstetras a participarem do estudo.

Foram convidados 14 (quatorze) médicos obstetras, sendo que dois deles não participaram. Um deles viu-se impossibilitado, por questões ligadas à disponibilidade de agenda; e outro não desejou conceder a entrevista, por entender que, como faz parte do círculo de conhecidos da pesquisadora, isso comprometeria o estudo. Todos os demais 12 (doze) profissionais convidados concordaram em participar. Cada profissional foi então convidado para conhecer e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO I). Considerou-se que o TCLE foi regularmente assinado quando o mesmo foi devidamente preenchido e assinado. Após, então, cada um foi convidado a participar da entrevista, em local de sua escolha, sempre pessoalmente.

3.4. COLETA DE DADOS

Os dados foram obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas, norteadas por questões semiabertas (Anexo II). Foi solicitada aos participantes autorização para que a entrevista fosse gravada em aparelho de áudio (MP3, tablet, celular e/ou gravador), esclarecendo-se que, em caso de o entrevistado desejar dizer algo sem gravar, que bastaria pedir para a entrevistadora desligar o aparelho de gravação. O número total de participantes foi definido a partir da repetição e saturação dos discursos, conforme proposto por MINAYO (2002) e explicitado por BERTAUX (1980), *apud* ALBERTI (2005). À medida que foram evidenciados discursos ricos e abrangentes, com diferenciação em temas, foram constituídas unidades de significado.

3.5. FORMA DE ANÁLISE DOS RESULTADOS

Após cada entrevista, a pesquisadora realizou anotações em caderno de campo, conforme sugere ALBERTI (2005, ob. cit.), para que se apreendessem os pontos importantes abordados durante a conversa, além das expectativas da pesquisadora em relação ao depoimento.

Na análise de todo o material - entrevistas transcritas, cadernos de campo da observação -, seguiu-se a leitura flutuante do material, com o contato exaustivo e a impregnação pelo conteúdo do levantamento, transcrições e anotações, o que permitiu o cotejamento de como os temas emergem, em suas perspectivas e contextos.

As entrevistas foram transcritas conforme o método sugerido por MEIHY (2014) como “textualização” e “transcrição”, lidas e relidas até a identificação de unidades de significado. Com a repetição das falas, encontrou-se as seguintes categorias definidas *a priori*, com abertura para alterações e para temas surgidos *a posteriori*:

1. *Recebimento de ensino e treino prático de procedimento técnico.*
2. *Questionabilidade ou não do conteúdo da educação médica.*
3. *Reconhecimento ou não da parturiente como sujeito de direitos.*
4. *Autonomia da paciente na prática profissional.*

5. Reconhecimento da possibilidade de mudança da prática. Primeiras tentativas. Modelos a serem seguidos.

6. Mudança efetiva. Marcadores.

7. Reação dos pares.

Com a leitura detalhada e distribuição na forma dessas categorias, foi realizada análise temática do material selecionado, a partir dos temas de análise iniciais e aqueles que surgiram no decorrer do trabalho (MINAYO 1995). Durante esse processo, os resultados foram analisados e cotejados com a bibliografia, e discutidos à luz do referencial teórico apresentado.

3.6. ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa obedeceu à Resolução nº 466/2012 (CNS, 2012), de Diretrizes e Normas Regulamentadoras, que trata de pesquisa com seres humanos, foi regularmente submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa das instituições envolvidas, e devidamente aprovado pela CEP, via Plataforma Brasil, em 29 de abril de 2015, sob CAAE nº 43112115.5.0000.5421.

Após serem informados sobre a natureza da pesquisa e assegurado o sigilo quanto a sua identidade, os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo I), autorizando sua participação no estudo e utilização dos dados em eventos/artigos acadêmico-científicos.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

I. CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS

As entrevistas foram feitas com médicos que atendem em obstetrícia na atualidade, no Município de São Paulo, tanto na rede pública, quanto na rede privada. Os médicos formaram-se entre os anos de 1978 e 1996, e, dos 12 entrevistados, 8 cursaram pós-graduação. O universo de médicos obstetras entrevistados dividiu-se em médicos de posicionamento típico e médicos de posicionamento atípico, em relação à episiotomia.

Em virtude do método (*snowball*) utilizado para a indicação de possíveis entrevistados, cada qual indicou pessoas de seu conhecimento e/ou amizade. Assim, a faixa de idade manteve-se entre 43 a 62 anos de idade. Essa característica, não intencional, pode limitar a compreensão do objeto desta pesquisa quanto às gerações mais jovens.

Dez entrevistados autodeclaram ter pele de cor branca e dois autodeclaram ter pele de cor parda. Nove entrevistados têm filhos.

As entrevistas foram gravadas por meio de aplicativo de gravação instalado em tablet, com aplicativo como back-up instalado em telefone celular. Foi combinado que, caso o/a entrevistado pedisse, a pesquisadora desligaria o aplicativo para alguma fala.

Houve boa vontade da parte de todos os entrevistados, com uma exceção. O entrevistado Inácio Feijó foi chamado pela chefe do serviço, para dar a entrevista. Foi-lhe explicado que não havia obrigação em participar; entretanto, ele consentiu secamente em falar. Porém, não permitiu gravar e não declarou seu nome completo. Quem anotou tudo foi a entrevistadora. As anotações foram submetidas a ele, que assinou o termo de consentimento apenas com o primeiro nome e saiu.

Os entrevistados Edgar Heleno Salviano, Renato Stein, Almir Vicente da Silva e Wolnei Arcoverde pediram para parar a gravação, para falar de determinados temas que extrapolavam as perguntas.

O Quadro de Caracterização específica de cada entrevistado encontra-se nesta dissertação, como Anexo III, e também em formato de encarte solto, para acompanhamento enquanto da leitura das falas categorizadas.

Em virtude da variação de gênero, a pesquisadora optou pelo modo tradicional de condução do texto, referindo-se aos entrevistados, em geral, no masculino.

Como já mencionado na explanação metodológica e da seleção de participantes, para uma melhor compreensão dos dados e de sua inserção e significados nas categorias, é interessante realizar a separação do médico que atende em obstetrícia no Brasil entre *típicos* e *atípicos*.

O médico que este estudo classifica como *típico* é aquele que incorporou todos os ensinamentos da formação médica tradicional, não discutindo indicações, protocolos e procedimentos. Usa como base os livros-texto e não atenta para as mais recentes evidências em saúde, considerando a MBE – Medicina Baseada em Evidências como mero modismo. Ele fundamenta sua prática na experiência de décadas de atendimento e consultório. O médico obstetra *típico* irrita-se com o termo *violência obstétrica*, uma vez que não considera os procedimentos do tradicional atendimento ao parto como violentos, ainda que violem o direito da mulher à integridade corporal, à autodeterminação ou à autonomia. O médico obstetra *típico* realiza a episiotomia rotineiramente, na totalidade das pacientes.

O médico obstetra que este estudo classifica como *atípico* é aquele que recebeu os ensinamentos da formação médica, mas os aprecia de modo crítico, buscando fundamentação para a realização de procedimentos e manutenção ou estabelecimento de protocolos. O médico *atípico* estuda as evidências científicas e busca aplicá-las em sua prática. Ele contempla e respeita o direito da mulher, considerando-a como pessoa e dedicando parte de seu tempo a conversar com ela e a buscar atender o que ela pretende para seu parto. O médico obstetra *atípico* não realiza jamais a episiotomia ou a realiza em uma parcela muito pequena de suas pacientes.

Há, ainda, o médico em transição entre um posicionamento e outro, mostrando em seu discurso e prática, alguns elementos da conduta dos obstetras *típicos* e outros elementos da conduta de obstetras *atípicos*. Realiza a episiotomia de modo seletivo, variando os critérios para a indicação do procedimento.

II. CATEGORIAS E DISCUSSÃO

Para a referência de quem são os entrevistados, quanto a suas características pessoais e que possam ambientar para a leitura de suas falas, pode ser consultado o Anexo III - Caracterização dos Entrevistados, que se encontra inserido nesta dissertação, às páginas 105-106, além de disponibilizado como encarte solto, para melhor manuseio.

Também foram escolhidas, para compor o corpo principal da dissertação, falas representativas das categorias encontradas. Entretanto, na preocupação de não excluir falas que trazem o panorama de modo intenso e que corroboram com os achados, foram as demais falas transcritas no Anexo IV - Categorias e outras falas, às páginas 107 a 125.

4.1. EPISIOTOMIA AMPLA, GERAL E IRRESTRITA!

- A educação médica

A maior parte dos médicos entrevistados conta que passou a realizar a episiotomia ainda como aluno, a partir do terceiro ou quarto anos. Após introdução teórica, onde aprenderam que se realizava a episiotomia em 100% das primíparas em parto vaginal, e em 100% das que já tivessem sofrido episiotomia – o que terminava por fazer com que 100% das mulheres que parissem pela via vaginal sofressem a intervenção -, os alunos eram levados à prática da episiotomia em partos reais, aprendendo a cortar em vaginas reais. O ensino médico, muito frequentemente, tem desconsiderado as questões da integridade corporal, no ensino das disciplinas em saúde. Em 2014, surgiu o caso emblemático, vivido por Mary Dias, que relatou haver sofrido um corte à direita e outro à esquerda, no mesmo parto, para que dois estudantes pudessem aprender a episiotomia, e foi relatado em audiência pública (BRASIL. MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2014). A respeito do tema, DINIZ (2016) salientou a importância de desnaturalizar a concepção de que os profissionais de saúde têm o direito de livre acesso ao corpo das mulheres, sem seu consentimento informado, para treinamentos em episiotomia e outros procedimentos, em verdadeiro uso da “vagina-escola”.

É o que se verifica na fala de médico que cursou a formação no início da década de 70, quando os docentes preconizavam a episiotomia ampla, ou seja, que abrisse o máximo possível da vagina; geral, ou seja, que fosse realizada em 100% das mulheres; e irrestrita, que fosse realizada independentemente dos danos já evidentes.

*“Episiotomia era uma prática regular, para todas as pacientes de parto vaginal. Existia nos protocolos uma máxima, era escrito isso. Lembro que se colocava assim: **“Episiotomia ampla, geral e irrestrita”**. Era 74, a época em que se discutia a redemocratização do Brasil. Era a anistia ampla, geral e irrestrita. Então, era a episiotomia ampla, geral e irrestrita, fala dos professores de obstetrícia da época. É uma coisa histórica, né? Porque era o que era dito na época”. (Edgar) (grifamos)*

“Na teoria, não tinha nenhuma discussão se precisa ou não precisa, simplesmente fazia e acabou. Era rotina em todos os partos de primeiro filho, e em todos os partos em que a mulher já havia tido episiotomia na primeira gestação ou parto. Portanto, era 100% praticamente. Só não se fazia nas grandes múltiparas, mulheres que já tinham tido vários filhos, quando não dava tempo de fazer. Senão, fazia nelas também. Quando tinha na maca, ou na cama, sem assistência. Porque não tinha dado tempo”. (Renato)

“Aprendi a episiotomia pelo modelo da minha época de formação, episiotomia em todas as pacientes, na minha residência médica, que foi feita também aqui em São Paulo, no Hospital do Servidor Público Estadual, também se praticava a episiotomia”. (Paula)

Ensinada em geral por alunos mais graduados e não por professores, a episiotomia deixava dúvidas de ordem técnica, a respeito de como aquele procedimento havia sido aprendido por quem ensinava. É interessante notar que a primeira fala abaixo é de um médico obstetra formado em 1978 e a segunda fala, de uma médica obstetra formada em 1988, ou seja, com grande diferença no tempo, entre as formações, mas com a mesma característica.

“E lá, no quarto ano, eu já aprendi a fazer episiotomia e a episiorrafia, a sutura. Quinto ano continuou, sexto ano... então, já na formação, realmente, eu já tinha aprendido, como estudante de medicina, porque naquela época era muito comum o estudante de medicina fazer procedimentos, né? A episiotomia era um procedimento padrão, que eu fiz durante os três anos de faculdade. (...) Nos dois anos de residência em ginecologia e obstetrícia,

residência médica, eu também fazia episiotomia. Então, na formação, tanto na graduação, quanto na pós-graduação “lato sensu”, que é a residência médica, eu aprendi a fazer episiotomia. E geralmente a gente aprendia com o acadêmico um ano à nossa frente. (risos). Então, o quartoanista aprendia com o quintoanista, e assim por diante. Episiotomia, já no quarto ano.”. (Renato)

“Aí no quinto ano, sexto ano, R1 e R2, e na maioria das vezes, não tem um professor ensinando para você. Você aprende com quem está hierarquicamente acima de você. Então, quando você é interno, é o R1 ou o R2 que vão te ensinar. Então, você já aprende do jeito que o outro aprendeu, com vícios, se é que é assim, né? Mas sempre é enviesado. Porque é sempre do ponto de vista daquele que aprendeu antes de você. Então, se ele tem a melhor técnica, se ele usou a técnica correta para fazer, jamais saberemos”. (Monica Helena)

Foi utilizado adjetivo “automático” para caracterizar o aprendizado, deixando entrever a impossibilidade de discussão a respeito da necessidade da intervenção. Na verdade, apesar de a episiotomia ser associada a dano perineal, dispareunia e incontinência (CARROLI, 2009; HARTMANN, 2005; VISWANATHAN, 2005; ROBINSON, 2014) e a recomendação seja de que se evite a episiotomia de rotina, a intervenção foi ensinada como *boa prática*.

“Meu aprendizado da episiotomia foi automático! (risos) Na verdade, você começa a entrar em partos já no terceiro ano da faculdade, quando você faz estágios em maternidade. Quem te orienta, na verdade, é um residente... que foi orientado por um professor, então você aprende já a fazer episiotomia. Já era rotina”. (José Pedro)

“Na maternidade, na época, no quarto ano, o volume era de 40, 50 partos por dia, éramos quatro quartanistas, então, a gente fazia sei lá quantos partos, e a mão ia sozinha. Você é impregnado pela episiotomia de uma maneira, com a naturalidade do nascer... do bom atendimento. Aquilo era uma boa prática”. (Edgar)

A submissão à hierarquia dentro da educação médica garante que, mesmo aquele que não encontre fundamentação para a prática ensinada, abstenha-se de questioná-la.

“Para falar a verdade, eu não entendia muito bem porque ele mandava fazer. Ele dizia que era para ser mais rápido, que ele ia ajudar a mulher para que ela não se cansasse tanto de

fazer força... isso ele me dizia. Mas eu não entendia direito aquilo. Mas era o procedimento e era a rotina do serviço, não se discutia”. (Adelaide)

“(...) Mas eu tava ainda no terceiro ou quarto período da faculdade, então isso foi muito precoce, né, o fato de atender parto, aquilo para mim era o normal, mas eu raramente tinha a opção de tomar decisões. Fazia aquilo que me era orientado, acompanhava partos. (...)”. (Isadora)

Rios e Schraiber (2012) tratam da hierarquia na escola médica, compreendida como assimetria das relações por meio do uso instrumental de poder, com a imposição da autoridade pela coerção moral, dada a posição hierárquica de quem ensina. É a sensação que tem o aluno ao ser obrigado a aprender e a realizar uma intervenção cuja necessidade não ficou clara, com a qual sequer sabe se concorda, e em relação à qual não tem qualquer possibilidade de discutir:

“(...) Então, entendo que, como pra mim era difícil fazer porque eu sabia que estava errado, e era difícil fazer porque eu estava sendo submetida hierarquicamente, para as pessoas que me orientavam também era assim. Também era porque eles acreditavam, mas também é porque a força deles, a verdade deles precisava prevalecer (...)”. (Isadora)

“Na minha formação, o aprendizado da episiotomia foi trágico. Porque eu era estudante, dava plantão no hospital da periferia de Recife, como acadêmica, e, por incrível que pareça, o meu chefe do plantão, toda vez que chegava uma paciente, principalmente primigesta, ele dizia “Corra aqui para você fazer o cortinho e aprender!”. Eu não queria correr, mas eu era obrigada a correr porque eu estava ali para aprender. Senão, ele mandava eu ir embora. Mas aquilo me doía, daquela época, que eu tinha... nem 20 anos de idade. Então, foi trágico. Já comecei com aquela imagem trágica e aquele panorama trágico de fazer a episiotomia. E costurar”. (Adelaide)

Figura 3. Tipos de episiotomia

Olvidando o questionamento quanto à integridade corporal ou a preservação das estruturas anatômicas, pensa-se na técnica a ser adotada para o corte da vagina e períneo, chegando a discussão a versar a respeito de episiotomia *versus* perineotomia. Em que pese o fato de a episiotomia significar sempre uma lesão de, no mínimo, segundo grau, comprometendo função por meio de corte transversal ao músculo e de sequelas neurológicas, a perineotomia, em geral, consiste em lesão de terceiro e quarto grau. Com a perineotomia, são grandes as chances de comprometimento de esfíncter, com evidentes danos funcionais para a mulher. As evidências mostram que a episiotomia mediana – ou perineotomia –, apesar de cicatrizar melhor é associada com lacerações mais graves (OLIVEIRA et al., 2007). OLIVEIRA (2005) aponta que a perineotomia respeita mais a anatomia da mulher comparada à episiotomia médio-lateral, uma vez que atinge apenas a pele, a mucosa vaginal e as fáscias superficiais e profundas do períneo. O mesmo estudo, entretanto, concluiu que a episiotomia médio-lateral é a mais indicada pelos profissionais (92%), uma vez que traz menor risco de lesão ao esfíncter anal. Ainda assim, há quem prefira essa prática.

“Por incrível que pareça, a perineotomia te abre um campo maior de não fazer episio. Você percebe que não precisa tanto dela. Porque você espera mais e protege mais o períneo. Porque, quando você faz a perineotomia, você tem o perigo do reto. Então, se você não tiver treinado e tal, tem mais chance de lesar o esfíncter. O cara treinado na perineotomia é mais habilitado ao parto normal, e principalmente porque tem um resultado estético muito interessante. Em relação à episiotomia, o resultado é melhor: o sangramento é menor, e na perineotomia mediana, você está separando músculo e não cortando. A perineotomia é como cortar na costura. Menos danos, tanto de vasos, como de nervos”. (Almir)

“Ou quando um professor ia fazer perineotomia, porque eu estudei na época da moda da perineotomia, que, em vez da incisão da episio, médio-lateral, é a episiotomia mediana, né? E, com alguma frequência, aquilo era um desastre total. E até pegava esfíncteres do ânus, internos, mucosa, retal, uma coisa”. (Monica Helena)

Na formação, o respeito ao paciente, sob referencial ético e de respeito humano, aparentemente começou a ser pensado apenas a partir da década de oitenta. O Conselho Federal de Medicina apresenta o Código de Ética Médica atual, vigente desde 2010, tratando a autonomia do paciente como novidade. O órgão de classe acrescenta que o documento está, hoje, atento à autonomia e ao esclarecimento do paciente (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010).

“A minha formação, olha você, em Uberlândia, entrei na faculdade em 83, e naquela época eu lembro que, na medicina preventiva comunitária, nós começamos a estudar uma infecção que aconteceu na África, que depois era o HIV. (...) Foi um universo muito rico, porque a gente já, em 1983, começava a discutir questões de respeito ao paciente, questões éticas e umas das primeiras das reuniões de que eu lembro trazia a questão do respeito que nós tínhamos aos pacientes”. (Paula)

O atendimento ao parto normal, pela via vaginal, obedecendo à fisiologia da mulher, era ensinado na prática ao estudante de medicina a partir do quarto ano, sem a completa habilitação teórica e técnica. Apenas mais tarde é que o aluno era colocado em contato com técnicas cirúrgicas. A construção dessa hierarquia, onde o piso é o atendimento do parto como acontecimento fisiológico, e o topo é a intervenção cirúrgica, parece impulsionar aquele que atende o parto vaginal a utilizar-se do corte. A episiotomia parece ser a ligação do parto normal com o prestígio do cirurgião. Como ensinam Rios e Schraiber (2012), a tecnologia exerce seu fascínio e o respeito, em jargão, dá-se pela “quilometragem de categute”¹.

“Na minha época, era comum o quintanista, sextanista, o interno fazer parto. Isso é o grande problema da assistência obstétrica. Pois no parto cesariana, o chefe do plantão entrava. No parto normal, era o quarto ano, quinto ano, quer dizer, a pessoa nem estava

¹ Categute consiste em fio de sutura absorvível, de origem animal. (Disponível em <http://coral.ufsm.br/tielletcab/HVfwork/apoptcv/cap5.htm> <http://coral.ufsm.br/tielletcab/HVfwork/apoptcv/cap5.htm>)

habilitada. Quando ela virava para o quinto ou sexto ano, ela já pensava na cesárea, porque “parto normal? qualquer um faz!” E continua assim, né? O R1, o R2 faz parto normal, o R3 já quer saber de outras coisas”. (Almir)

- Direito e ética na formação

Conforme HOSSNE (1998, p. 130), citado por SIQUEIRA et al. (2002), o ensino da ética concentra-se nos temas escolhidos pelo docente e os tópicos costumam ser abordados sob o ângulo da deontologia, do código de ética, sem qualquer estímulo à reflexão crítica sobre valores.

MUÑOZ e MUÑOZ (2003) estudaram a ética como disciplina curricular no ensino da medicina nas universidades brasileiras, em 2001. Concluíram que a ética é lecionada apenas no 4º ano; em 63,4 por cento das faculdades, que a carga horária de ética não ultrapassa 45 horas, e em 74,2 por cento delas é de 60 horas, no máximo.

A revisão sistemática conduzida por DANTAS e SOUSA (2008) mostra, por sua vez, que houve estagnação no número de disciplinas específicas tratando de ética médica, ao longo do tempo. Também é baixa a carga horária reservada a seu ensino e é reduzido o número de professores exclusivos, em sua maioria vinculados à especialidade de medicina legal. Os temas de responsabilidade profissional e segredo profissional foram os mais abordados, sendo o conteúdo ministrado principalmente em aulas expositivas e discussão de casos. Não houve menção a temas como autodeterminação do paciente ou integridade corporal. O consentimento informado também não é abordado, no sentido de o paciente consentir com procedimento prévia e suficientemente esclarecido, mas sempre com a preocupação de prevenir processos judiciais.

As falas dos entrevistados corroboram com os achados dos estudos apontados:

“A ética médica foi ensinada ‘tanto’, que a gente nem lembra direito em que ano foi! (risos) Faz tempo, aparentemente. Mas não era dada tanta... essa ênfase, na formação do médico”. (José Pedro)

“Aula de ética, olha, eu adorava a professora de ética, porque era uma professora de filosofia. Mas se eu fosse olhar pros meus colegas, pensando “será que faltou aula de ética, para que eles pudessem, talvez, ter uma cabeça como a minha?”. Pensando como eles... não

sei, acho que aquilo ali era assim cumprir tabela. Não tinha uma preocupação em discutir questões práticas, do cotidiano, então se a pessoa não tem uma predisposição a discutir filosofia, é trazer para a questão da vida cotidiana, o que aquilo interfere. Acho que as pessoas têm muita dificuldade de ficar numa abstração. Então... não sei, talvez... talvez alguém que tivesse feito refletir sobre práticas, sobre o cotidiano da escola de medicina, que é tão cheio de barbaridades éticas... Mas para isso precisaria ser alguém muito corajoso, pra trazer essa discussão para dentro da sala de aula, porque geralmente não é um médico que dá essa disciplina, é alguém que é tirado lá das ciências sociais, humanas, e cai de paraquedas numa sala de aula de estudantes de medicina, cínicos. Então... (risos) É difícil".
(Isadora)

"Na minha formação, não se falou em autodeterminação da paciente, integridade corporal, consentimento informado. O código de ética já existia, era dada uma disciplina de deontologia médica, essa disciplina não era nem no primeiro ano. Acho que era até o terceiro ano. Não lembro agora. Mas era assim, muito pouco tempo, não sei se dois ou três meses, algumas aulas... e voltado para o que estava escrito no código de ética médica. Muito restritamente. Não se discutia direito do paciente, ao contrário, nada. Paciente ter o direito de ser informada, o direito de consentir, direito à autonomia... autonomia, nem... era decisão do médico, o médico era o professor doutor, sabia da coisa, fazia e cabô. Cumpra-se".
(Edgar)

Quando perguntados a respeito, alguns entrevistados refletiram a respeito de alterações que entendiam importantes no currículo da educação médica. A prática com base nas evidências é uma das recomendações.

"Uma coisa que acho é que devia ser capítulo de livro de escola, na aula. Não é possível, isso já está mais do que falado. Ensinar os alunos a não fazerem [a episiotomia]. É difícil, porque os próprios professores, os grandes professores, os mais... nós ficamos sabendo assim, de orelhada, que alguns professores grandes da obstetrícia paulistana estão ousando não fazer algumas vezes. Algumas vezes. Mas isso precisava ser uma coisa muito, muito, muito falada na universidade. Quem fala são alguns que tem menos cacife na universidade e são criticados pelos colegas, pelo titular. Os titulares precisavam entender isso. Porque até eles lerem, baseados nas evidências científicas, eles são do contra, é difícil". (Adelaide)

4.2. OUSANDO PENSAR

- Questionamento da formação

Apesar de o ensino médico, que acontece ambientado na hierarquização, basear-se no não questionamento por parte dos estudantes, alguns dos entrevistados permitiam-se a dúvida, as pequenas desobediências, e mesmo a pesquisa por conta própria. E claro, sofrendo as sanções de costume.

“(...) Fiz porque me mandaram, então eu fazia um cortezinho mínimo possível, delongava ao máximo o tempo de colocar a luva, de pegar o anestésico. Deixar a luva cair no chão... então, eu não sei, se eu fiz cinco episiotomias durante toda a minha residência, foi muito. É claro que teve briga. Eu fui ameaçada de expulsão da residência, foi conturbado. (...)” (Isadora)

“(...) Então, em todos os meus embates dentro da minha residência, minha tentativa sempre era levar as melhores revisões. Só que elas eram sempre desconsideradas. Então, aos poucos, perdi um pouco do saco de fazer a disputa por essa via, sabe? (...)”. (Isadora)

“Até porque, de vez em quando, eu voltava aos livros e falava “Ah, isto aqui não está certo!”. Isto funciona?”. (Monica Helena)

- Em direção à mudança, na prática

Em sua maioria, os obstetras entrevistados mostraram disposição para o autoquestionamento e avanços em direção à mudança na prática. Após a formação básica, partindo para a prática, mesmo que ainda na residência, Tateavam em suaves transgressões, buscando adequar o atendimento àquilo em que acreditavam ou que intuía ser o mais adequado a seus valores. As falas deixam evidente o sofrimento de alguns em serem obrigados à prática da intervenção.

“Eu era super consciente da minha insatisfação. Eu me questionava a todo momento “Por que eu faço? Por que eu tenho de fazer dessa forma? Por que eu tenho de entrar nessa “vibe” ruim da minha equipe de plantão?”. Porque eu não pertencia àquilo, pensava “Não, não é esse o meu jeito” “. (Monica Helena)

“Na época em que eu fazia, fazia tão pequena, com dó da paciente, que eu até depois ficava com raiva de mim, porque eu fazia pequena. E depois eu ia para casa com aquilo remoendo: “Será que fiz pequena demais?”. Mas é que eu já tinha tanta ojeriza em fazer a episiotomia, que eu fazia ela pequena. Não resolvia o que era para resolver, porque eu sabia que não resolvia, já pensava que não precisava ter feito e continuava fazendo daquele tamanho, para não ficar com a marca até o bumbum, só para dizer que fiz. E não lembro quando fiz, não lembro mesmo”. (Adelaide)

“A coisa boa é que hoje ninguém mais fala... eu já cheguei a falar, admito, tive minha fase bruxa feia e horrível, lazarenta... (risos), de falar “Você quer que o seu nenê morra aqui?”. Queria que minha língua caísse cada vez que eu falasse isso, sério... É muito ruim para mim. Descobrir que eu falava... não é descobrir, é... realize... tomar consciência disso. Quando eu tomei consciência disso... Acho que foi o período mais duro da minha vida comigo mesma. Custei para me perdoar. Que eu havia sido formada daquele jeito, né? Para eu conseguir sair da caixinha e falar: “Nossa, é tudo tão diferente fora da caixinha!”. E você volta para a caixinha, e você sai da caixinha... a caixinha não sai de você, e você vai dar plantão na caixinha. E aí as pessoas cobram de você a postura da massa. É muito difícil”. (Monica Helena)

4.3. “Não estou autorizado a deixar um nenê morrer por causa de uma paciente!”

- Reconhecimento da autonomia da parturiente, relação médico-paciente, comunicação e consentimento informado, integridade corporal, na prática

A autonomia da paciente, o consentimento informado e o respeito à integridade corporal vêm sendo sistematicamente desconhecidos por muitos profissionais de atendimento em saúde obstétrica, ao longo dos anos.

A concepção de que a mulher em trabalho de parto torna-se inapta para decisões quanto ao próprio corpo ainda é utilizada como forma de negar direitos. DINIZ (2012) aponta para a definição de *materno-infantilismo*, expressão compreendida como o modo como mulheres são vistas como destinadas principalmente a ter filhos e ciclos reprodutivos. Refere-se, também, ao modo como mulheres são infantilizadas, consideradas imaturas e necessitando de proteção por parte dos serviços de saúde, em vez de serem tratadas como adultos com capacidade de consentir (o que justificaria a ausência do consentimento informado) e, ainda, o modo como isso tudo relaciona-se à medicalização dos corpos das mulheres.

“A paciente não está em condições, naquele momento, de discernir o que é melhor para ela. Ela não está em condições de falar “quero” ou “não quero”, “deixe que meu nenê morra”. Não estou autorizado a deixar uma criança morrer por causa do desejo de uma paciente, como não estou autorizado a fazer um aborto. Não sei se o direito me dá essa segurança ou não, mas é o que eu penso. Não sei se vou ser processado porque fiz a episio e ela pediu para eu não fazer a episio”. (Wolnei)

“Essa questão da integridade, consentimento informado, eu fui ouvir, começar a ouvir, há menos de uma década. Que aí a coisa ficou mais estabelecida. Então, eu trabalhava em consultório privado, durante um tempo, e o hospital exigia da gente esse consentimento informado e, depois, por conta das laqueaduras no serviço público, também a gente começou a fazer o consentimento. Agora, dificilmente chegava uma paciente dizendo “Não, não quero tal coisa”. Ela até podia dizer “Não, não queria”, porém aí já tinha ido”. (Monica Helena)

Para a negação à mulher do pleno direito de escolha, muitos utilizam-se do argumento de que ela não detém a totalidade da informação, que não estudou e não conhece os riscos por inteiro. Não estaria, também por este motivo, apta ao consentimento. Não consideram as evidências, ao apontar indicações sem fundamentação científica.

“Escolher ou não se vai querer ou não a episio, quando eu dou o poder dela escolher “sim” ou escolher “não”, ela não tem... a não ser que ela tenha todos os elementos. No caso de um parto prematuro, esse poder de escolha cairia, ela não pode determinar o pior para o seu

filho! O risco maior para o seu filho, por causa de um períneo íntegro. Que sociedade somos nós que permitimos então... não é?”. (Paula)

E há quem também incorpore preconceitos de classe, para justificar seu posicionamento de não permitir a recusa.

“Quando você vai fazer parto normal, claro que você avisa a paciente que vai fazer um corte, que vai fazer episio. Nunca vi nenhuma objeção de paciente, falando que não quer que faça a episio. Mas é que eu atendo uma classe mais diferenciada”. (Wolnei)

Aparece a concepção do médico como titular de poder sobre o corpo do outro. A violência surge como forma de anulação do outro como sujeito, e existe a crença de que a obrigação de todo médico é intervir, porque é assim que a instituição determina que se faça (RIOS e SCHRAIBER, 2012). O apelo distorcido à ética (princípio da autonomia) e à lei (na figura da instituição) é utilizado de modo a garantir a manutenção daquele poder.

“A maioria dos médicos velhos nunca discutiu do ponto de vista bioético. Legislação, direitos... não tem essa formulação. Confundem autonomia do médico como se ele fosse um deus. Autonomia do médico está limitada ao benefício do paciente. E aí eles acham que pode tudo. Confunde, acha que a autonomia dele é maior que a do paciente. Alguns até entendem, mas gostam de botar... é difícil, viu?”. (Edgar)

“Realmente, a gente teve bioética, e teve alguma coisa de relação médico-paciente, sim, mas não como a gente vê hoje, né? Então, realmente, era o médico, era o médico, era o médico. (risos)”. (RENATO)

O talento para a comunicação com a parturiente é manifestado na formação do vínculo. RIOS e SCHRAIBER (2012) ensinam que fica clara a coexistência de, pelo menos, duas imagens contraditórias no campo da intersubjetividade: a do ser sobrehumano, de poder fascinante e aterrorizante; e a do médico humano, acessível e com quem se forma vínculo, mas cujo poder não é tão evidente. A comunicação falha e mesmo violenta parece ter relação direta com a falta de disponibilidade para o encontro clínico intersubjetivo (RIOS e SCHRAIBER, ob cit, p. 184).

“Quanto à informação, ao consentimento devidamente informado, nem todo mundo consegue fazer um vínculo rápido com a parturiente naquele momento, para falar, no meio da tua dor, você tá querendo despirocar, mas no meio da tua dor, presta atenção em mim cinco minutos. Não existem cinco minutos, não tem esse tempo. Então, o máximo que dá é “Pode ser que seja preciso e o que você pensa a respeito de”. (...) “Quero, não quero, tive, não tive, atrapalhou, não atrapalhou” e dependendo da resposta, eu já jogo: “Se tiver a oportunidade de não fazer?” “Ah, eu acho ótimo!”. A resposta é muito engraçada, né? Seria bom se não tivesse. Eu prefiro o não. É muito interessante. (...) É tão engraçada a cara com que elas me olham... “Hã? Mas isso não é comum, isso não é...”. E mesmo na hora em que eu vou fazer, se eu tô comandando o cenário, né? Eu pergunto: “Olha, sinto que neste momento eu preciso fazer a episiotomia. Você me autoriza?”. Hoje, eu pergunto”.”. (Monica Helena)

Alguns médicos declararam o respeito total quanto à vontade da paciente, ao recusar a episiotomia, ainda que as chances de laceração existissem. Nesses obstetras, é clara a noção do direito ao próprio corpo e da autodeterminação da paciente.

“Se uma mulher se recusar à episiotomia, não me autorizar, em qualquer caso, mesmo que vá lacerar, eu respeito. Ela tem que assinar, mas é duro... eu posso falar “Bom, então eu não consigo ser teu médico”. Mas eu até entendo alguma mulher que possa chegar assim. É que tudo que é extremo, né? Nem 8, nem 800... Tem o bom senso... eu acho que a mulher, no limite, “De jeito nenhum você me faz episio”, é raro. (...) Mas eu respeitaria. Mesmo com a minha ansiedade. Voltando àquilo da minha ansiedade, à impregnação da episio, acho que a chance de dar certo pro lado da mulher, o termo de recusa, é muitíssimo maior do que a minha episio por ansiedade. Eu aceitaria, acho que iria na recusa dela.”. (Edgar)

“Se viesse com a recusa, eu respeitaria. Tudo bem, mesmo que rasgasse tudo. Eu escrevo isso no prontuário, eu escrevo que foi o desejo, assim assim assado... Eu assino, peço para ela assinar, faço isso no consultório. Toda vez que acontece alguma coisa que é fora do normal, fora da rotina, que é... ou eu peço para os residentes anotarem, ou eu mesma anoto e falo para a família ou para a parturiente: “Olha, vou escrever assim, assim, assim, vou deixar registrado o que você me falou”. “É diferente do habitual, é para sua garantia, para nossa garantia, não tô contra de forma nenhuma. É só para uma garantia pra todo mundo. Vou deixar aqui anotado no seu prontuário”. Mostro, o que tem ali. “Tá bom assim?”. “Quer que mude alguma coisa?”. (Monica Helena)

“Eu não comunico sobre a episiotomia, porque nunca faço, mas eu converso sobre isso no pré-natal mesmo. Eu já explico. Da mesma forma que a gente tem que desaprender, as mulheres que foram episiotomizadas tem que desaprender. Porque já tive, em serviço público, mulheres que tiveram episiotomia no primeiro filho ou segundo, e aí vem o segundo ou terceiro, e, no expulsivo, pedem para que a gente corte a mulher, né? “Corta logo, porque eu não aguento mais, eu quero me livrar da dor! Então, corte logo, corte logo!”. E aí a gente tem que explicar, conversar que não é mais razão de se fazer e tal. E no consultório privado, eu já tive paciente, realmente, que adorou a primeira episiotomia, não teve nenhuma complicação e não continuou mais o pré-natal comigo talvez por conta disso, porque eu falei que não precisava”. (Renato)

- A tragédia biológica e as ingratas do patriarcado
(mulheres incompetentes para parir e o que a obstetrícia fez por elas)

Houve consenso, entre boa parte dos entrevistados, no sentido de que a mulher pode ter dificuldades para dar à luz, sem algum tipo de ajuda da ciência médica. Ainda fazendo referência ao modelo biomecânico do parto, preconizado de modo acrítico pelos teóricos (REZENDE, 1992) como “motor-objeto-trajeto”², as falas dos médicos mostraram que, mesmo que o mecanicismo apregoado aparentemente funcione para cumprir esse “trajeto”, eles parecem crer que a medicina precise interferir, para prevenir maiores problemas.

“A episio era a rotina, né? Não se falava muito na questão da laceração, isso foi talvez depois. Essa discussão da laceração veio depois. Na época, era mesmo a rotina para aliviar o expulsivo da mãe, abreviar o esforço da mãe e o prolongamento do bebê no canal de parto”. (Edgar)

Alguns dos médicos entrevistados entendem ser muito arriscado para a mulher parir de modo fisiológico. DINIZ (2005) cita ROTHMAN (1993), que define o parto como um evento “fisiologicamente patogênico”, necessitando, assim, de intensa preparação e de intervenções “corretivas”. Assim como o desastre e o sofrimento podem ser prevenidos por cesarianas

² O “trajeto” corresponde ao percurso do feto no corpo da mulher, do útero à vulva. O “motor” é considerado o útero e sua contratilidade, para expulsar o feto e fazê-lo cumprir o trajeto. O “objeto” é o feto, que deve mover-se pelo “trajeto”. (DINIZ, 1996)

eletivas (DINIZ, 2005), a laceração avassaladora e a incapacidade permanente do bebê devem, para alguns médicos, ser prevenidas pela episiotomia.

“É porque, assim, óbvio, a mulher tem que ser preparada para isso. Não dá para fazer o pré-natal e depois ir lá e fazer o parto normal, sem o devido preparo. Acho isso fundamental. As mulheres hoje engravidam depois dos 30 anos, o sedentarismo é maior. Não dá para comparar uma população de hoje com a população de 1930, a população do século passado (risos), das nossas avós, porque... naquela época, tinha muito mais coisa; a mortalidade materno-fetal era muito maior. Isso é indiscutível; acho que a assistência obstétrica para as mulheres foi um grande ganho”. (José Pedro)

“Mas acho que a assistência obstétrica foi um dos maiores ganhos que as mulheres tiveram, com o passar dos anos. Isso se demonstra pelas estatísticas de mortalidade materno-fetal”. (José Pedro)

Ainda aqueles que mostraram maior consciência a respeito do direito da mulher ao próprio corpo, referem que a normalidade é render-se ao sistema.

“Com relação ao nascimento dos meus filhos, tem algo interessante. (...) Aí foi para a sala de parto e já estava nascendo, um pouco de força, foi rodando, rodando, a Bia numa boa... tudo tranquilo, aí o Mauricio, muito amigo nosso, falou: “Bom, vamos fazer uma raquizinha...”. Puseram ela sentada e ela começou a ter puxos. Ele dizia: “Não, Bia, não faz força, não!”. E eu: “Não faz força, não, que vai fazer anestesia!”. “É, mas já tá saindo!”. Mulher de obstetra, 30 anos atrás... Fez a raqui, ela passou mal pra cacete, começou a ter falta de ar, oxigênio, aí ele meteu um fórcepe de alívio (risos), num parto em que já estava nascendo... Fez episio, fórcepe de alívio. Em 1984. Então, imagine o que é a intervenção médica”. (Edgar)

RIOS e SHRAIBER (2012) caracterizam o fascínio da tecnologia sobre médicos e pacientes, a ponto de definir estilos de vida, por meio da associação com a sociedade de consumo e seus excessos, o que transforma a prática tecnicista, e de pretensão resgate à mulher, em efeito colateral dessa medicina intervencionista. DINIZ (2009) aponta como o dano iatrogênico é invisibilizado e naturalizado, associado ao parto fisiológico e não às intervenções.

“A gente falava “Como? Entrou no hospital e não vai nem fazer uma anestesia?”. (risos) “Não vai nem fazer um fórcepe de alívio? Primeiro filho, filha de médico, não vai fazer um alívio?” (risos). “Cês tão louco?” “. (Edgar)

De modo interessante, algumas falas culpabilizam a mulher por escolher, da assistência obstétrica, aquilo que melhor pode atendê-la.

“Muitas pacientes preferem o parto com analgesia. Talvez isso seja a dificuldade”. (José Pedro)

Em alguns momentos, surge também uma *normatização* não escrita de valores que não se encontram consubstanciados nas leis, como bradar pelo direito do mais frágil (o feto), sobre o direito da mulher quanto à sua integridade corporal. Além disso, algumas falas consistem em assertivas desvinculadas das melhores evidências em saúde, além de ameaças, que vão da incontinência urinária ao terror da anóxia.

“Quando a gente fala de risco de morte, na verdade é um risco de anóxia, de você ter um risco de paralisia cerebral para o resto da vida, porque você não estava bem informada, você estava mal informada a respeito de uma prática nova. Eu estava comprando um produto que era um parto sem episio, quando na verdade naquele momento, o bom senso era fazer o parto com episio pro meu prematuro. Eu vou pagar um preço para o resto da vida, porque eu não vou enterrar, eu vou carregar meu filho com anóxia para sempre. Em que momento que isso é ético? Quando a gente vai colocar estes instrumentos a discussão é muito maior. A discussão determina níveis do poder, de você falar, aqui sim, aqui não. O bem maior é na verdade o bem do mais frágil”. (Paula) ³

Ainda que não exista associação entre o uso da episiotomia e a redução de incontinência urinária ou fecal na idade madura, a crença de que o parto vai provocar esse dano é usada para fundamentar o procedimento, mesmo sem nenhuma evidência.

³ Em relação à prematuridade, não há evidências de que a realização de episiotomia seja necessária para prevenção de tocotraumatismos fetais. (AMORIM, 2008)

“E tem os dois lados, o que será que acontece na Holanda? A Holanda é o país com o maior consumo de fraldas para mulheres idosas, né? (risos) A Holanda tem o maior consumo, pelo tamanho do país, de fraldas descartáveis [para adultos]... Será que em alguma coisa não estão exagerando?” (José Pedro)

- Mulher pessoa e olhar para história da paciente

Alguns entrevistados trouxeram a percepção do sofrimento da parturiente e a visão dela como pessoa, como motivadores de uma atenção respeitosa. Diniz (2005) aponta que a assistência caracterizada como “humanizada” busca compreender o parto como experiência dessa pessoa, uma ação no sentido de minorar o sofrimento do outro humano, da mulher. Para um modelo tutelado pela Igreja Católica, o sofrimento ao dar à luz nada mais seria que desígnio divino e destino de uma mulher, que precisava pagar por seu pecado original, havendo conformismo e mesmo convivência com essa dor, experimentada pela mulher que paria (Diniz, 1997).

“(...) era uma conversa para residentes, num hospital em que a gente tinha acabado de entrar. E eu desafiei a quem estava ali a ter uma outra postura. Por exemplo, uma pessoa que chega numa mulher negra, desdentada, barrigona, e ainda dá uma bronca nessa mulher, esse cara é covarde! É covarde! Então eu provoquei ele e falei “Imagine se vocês atenderem essa mulher de uma maneira maravilhosa! Peça por favor, com licença, seja gentil... Pegue esse bebê com carinho e devolva para ela. Sabe, se admire do trabalho que ela fez. Que essa mulher vai repensar tudo o que ela está passando! Ela pode olhar aquele bebê e falar “Que bebê é esse? Quem é esse carinha que chegou, que transformou tudo isso? Todo mundo me tratou como uma rainha!”. Quer dizer, ela pode olhar para esse bebê e esse bebê ser um elemento transformador da vida dela, talvez do meio dela. Então, eu disse assim na conversa: ‘Olha, quem for bom mesmo, venha reclamar comigo! Chama desaforo para mim! Que eu consigo discutir. Mas não faz para essa mulher, ela é a ponta mais fraca dessa brincadeira!’. Chutar cachorro morto é covardia”. (João Ricardo)

“Isso de tratar paciente como coisa, olha, o médico que é médico... olha, eu me sinto dessa forma. Trato todas as pessoas como pessoas. Independente se é paciente ou se é médico. Eu trato como gente. É o ato de tratar o outro igual você gostaria de ser tratado. Paciente,

médico, funcionário, a empregada da tua casa, seja quem for. Não é a questão de ser o paciente”. (Adelaide)

O conceito da *vulnerabilidade* aparece em uma fala, e há outras que identificam a mulher em trabalho de parto sob um ponto de vista empático.

“É um problema muito mais social do que da medicina, são as pessoas que não sabem tratar as outras. O que caracteriza tudo isso no médico, é principalmente porque o médico é uma categoria que lida com pessoas vulneráveis. E a pessoa quando está vulnerável – a maioria delas não tem como revidar. A mulher, por exemplo, lá na posição em que eles a largam, ela não tem como dizer “O senhor não vai fazer isso!”. Teve uma que disse que ia dar um chute no médico. O médico largou ela lá. Por quê? Porque ela estava numa situação tão vulnerável, que o cara não teve nem a capacidade de pensar no porquê de ela estar dizendo aquilo. Ele só se sentiu agredido e foi embora”. (Adelaide)

“Mas a gente não foi criada assim, a gente foi criada para outras pessoas ajudarem. Então, a gente tem obrigação de ajudar, a gente aprendeu para ajudar, não foi para fazer o outro sofrer (risos). Um corte naquele lugar, naquela hora, para mim é um sofrimento, você está causando um sofrimento para a pessoa”. (Adelaide)

“Apareceu uma vez, não foi no meu plantão, uma moça com plano de parto. Uma vez. Ela foi execrada por todos os plantões. “Quem ela pensa que é?”, “Faço o que eu tenho que fazer!”. Tive até medo de falar, “Se eu abrir a boca, vou ser linchada”. É só falar... ela quer respeito”. (Monica Helena)

“Esse professor Antonio José, ele estava atendendo um parto, aí ele tirou as luvas, pegou uma compressa, chegou bem perto da mulher, enxugou a testa dela, deu um tapinha na mão dela, disse a ela “Vamos lá, seu bebê está chegando!”. Aí ela começou a empurrar, ele botou a luva correndo e segurou aquele bebê! Ele enxugou o rosto dela e ele olhou no olho dela!”. (João Ricardo)

A visão do corte na vagina, como procedimento violento, foi mencionada por poucos entrevistados. O procedimento foi precipuamente encarado do ponto de vista da intervenção salvadora, mas dificilmente mencionado o significado desse corte para as estruturas

anatômicas que ele lesiona. As estruturas adjacentes, como uretra, vagina e glândulas vestibulares, e tecidos conectivos de suporte, são afetadas substancialmente. Os feixes neurovasculares do clitóris e do períneo são terminações extensas e pareadas, dos feixes neurovasculares pudendos. Feixes ascendem pelo ramo isquiopúbico, encontrando um ao outro e passando pela superfície superior do corpo clitoridiano, suprimindo o clitóris. Os troncos neurais passam intactos pela glândula. São nervos de 2mm de diâmetro, mesmo na infância (O'CONNELL, 2005).

O'CONNELL et al. (2005), usando a ressonância magnética, mostra que, surpreendentemente, as estruturas genitais femininas são descritas de modo irregular e impreciso nos livros de anatomia, utilizados como guia para procedimentos cirúrgicos, e que deveriam objetivar a preservação da inervação e da circulação. É impossível mostrar a anatomia do clitóris, por exemplo, em um único diagrama que mostre apenas um plano, como apresentado em livros como Gray's Anatomy (GRAY, 2009) ou o Atlas Urológico Hinman (SMITH, 2012).

“(...) Vejo-o [o procedimento da episiotomia] como absurdamente violento. Absurdamente violento. Nunca se pergunta para uma mulher. Por ser considerado algo que não requer nem uma confirmação da mulher; “Olha, tudo bem? Olha, vou fazer”. Não, justamente por ser algo, deita a mulher, tira do campo de visão dela a coisa mais maravilhosa que pode acontecer, que é ver seu próprio bebê nascendo e faz uma mutilação. Acho que eu vejo como uma mutilação. Se fosse pra dizer, realmente é uma mutilação genital (...)”. (Isadora)

Pode-se questionar se a escolha por ignorar as estruturas femininas em procedimentos de rotina, como a episiotomia, nos livros *guia* de anatomia, está relacionada à pouca importância dada ao prazer feminino. Também é possível questionar se essa lacuna estaria associada à cultura de controle do corpo e prazer femininos, como controle reprodutivo da mulher (DE BARBIERI, 1991). Nesse contexto, mesmo diante das evidências, é difícil introjetar na cultura dominante, **e ensinada acriticamente na formação médica**, o conceito de que a episiotomia não deve ser realizada.

“(...) Eu acho que a episiotomia é um procedimento que fala da história da medicina. Acho que é um procedimento que foi introduzido numa situação em que havia necessidade de controlar o nascimento, em que a vida passa a ter mais valor. (...) Isso passa a ser importante

em um determinado momento histórico e a episiotomia entra nessa necessidade de se disciplinar, de corrigir e de justificar a presença do médico”. (Isadora)

Diante dos fatos e das falas aqui transcritas, é inegável a ligação estreita da violência sofrida pela mulher no parto com a violência contra a mulher (VENTURI, 2013). A mulher em trabalho de parto vive momento do ápice da sexualidade feminina, de forma prazerosa, como ensina DAVIS (2013) ao falar do parto orgásmico. Se a mulher puder, viverá o parto em sua inteireza fisiológica, sem a perturbação de intervenções desnecessárias e da iatrogenia.

A prática de um atendimento expectante e respeitoso passa pela capacidade de o obstetra contemplar a parturiente como pessoa, percebendo que ela é protagonista de uma história e ouvindo sua voz.

“A mulher dizia: “Não quero mais o corte, não quero mais o “pique”. Não, isso dói!”. Vai se espalhando e uma coisa vai levando à outra”. (Adelaide)

“Todo mundo falava, quando tinha pacientes difíceis, gestantes difíceis, “Vai a Dra. Monica atender, porque a Dra. Monica é boazinha”. Não sou boazinha. É que eu não conseguia olhar... Eu tinha que olhar aquelas pessoas como humanos, como semelhantes. E como semelhantes, merecedoras de todo o meu respeito, atenção e carinho. Essa noção do semelhante eu acho que vem da minha casa, mas eu encontrei algumas pessoas na faculdade, alguns professores, alguns preceptores, que despertaram isso em mim. E isso foi muito legal. Tem um, em especial, tenho dificuldade para lembrar o sobrenome dele. Foi proctologista do meu tio, o Sergião. Imagina um proctologista de quase 2m de altura... (risos) Só que ele é... um príncipe! Uma pessoa delicada, uma pessoa que se importa com os sentimentos das pessoas... Eu presenciei o primeiro óbito na minha vida, foi chocante para mim, no quinto ano, e ele falou coisas tão bonitas pra mim, coisas que me tocaram tanto, e eu comecei a prestar mais atenção. E entender que por trás de cada paciente, que era um caso clínico, eu tinha uma história”. (Monica Helena)

4.4. MOEDINHA Nº 1 - MODELOS E INSPIRAÇÃO

Os obstetras entrevistados referiram-se a pessoas em sua trajetória, que foram inspirações para avanços ou para tomadas de postura. Apontam, com frequência, colegas, professores e pesquisadores, sendo que alguns mencionam os pais como modelos e alavancas na vida profissional.

- Colegas, professores, pesquisadores

“No quarto ano, tinha uma espécie de uma prova para ficar com um professor de obstetria e eu passei. E as pessoas que ficaram com outro, foram num dia, voltaram todos fazendo parto. Quando eu cheguei lá, o professor falou bom dia e o nome dele, perguntou umas coisas e disse: “Então, nós vamos estudar!”. Então, fui saber da bacia, por exemplo. Porque eu não sabia, quarto ano... Fui pra casa, não fiz parto nenhum. Segundo dia, inervação da bacia. Terceiro dia, vamos ver como o neném gira, tal. Quarto dia, entro num parto, ele ia fazer um parto, tirou tudo, foi lá e operou a mulher. Ele disse: “Olha, João Ricardo, eu sou forte. Eu poderia ter puxado esse neném. Mas a gente tem de lembrar que ali tinha um bebê. E uma mãe.”. Ele falou quantos anos de formado ele tinha e que nunca tinha desistido de um fórceps. “A gente tem de estar preparado para desistir de algumas coisas, porque tem um bebê ali”. Aí teve uma situação em que ia examinar a paciente. Ele sempre cobria a paciente. E sempre pedia licença para a mulher. Era hospital escola. Mas ele deixava um aluno só examinar. Porque ali tinha uma pessoa, não é uma boneca. Teve uma vez em que teve um aborto, um bebê de quatro meses, saiu. Eu tive de cortar o cordãozinho. No final do dia, ele viu que eu estava cabisbaixo. Ele disse: “Você tem de ver que médico não é Deus. Nós temos limites. Temos coisas que damos conta de fazer, outras, não”. Esse camarada, seis meses, todo mundo fazendo parto, menos eu. E ele me punha para estudar, estudar, estudar. Aí no último dia, quando eu já estava desencanado, ele disse “João Ricardo, esse é seu”. A mulher era uma múltipara, tinha tido não sei quantos filhos, gritava para o neném sair e eu me escovava, enquanto eu me escovava, eu com toda a minha experiência obstétrica de seis meses, sem nunca ter segurado um bebê, aquela correria e... eu segurei o bebê. Não fiz episio, porque nem deu tempo mesmo. Segurei aquele bebê. Aquele bebê chama-se Melquisedec. Eu me lembro, eu fui para casa, eu não andava, de verdade, eu flutuava, eu era o homem mais feliz do mundo! Eu peguei um bebê! Aquilo foi muito marcante, Professor Antonio José! Acho que ele teve um papel muito importante na minha formação!” (João Ricardo)

“O que me influenciou para a mudança na minha prática, pensando em fatores, eu colocaria em primeiro lugar o ativismo feminista. Foi a primeira coisa que me chamou a atenção. Isso chegou até mim por meio de artigos, foi o que a Simone [Diniz] escreveu sobre a episio. Falei “Bom, não é qualquer um que está escrevendo isso”. Aí fui ver as evidências”. (Edgar)

“(...) E os meus partos, meus plantões, eram todos nas sextas-feiras, que era o dia do plantão do Marcos Leite, então o primeiro parto, assim, que eu atendi mesmo, sabe... aqueles partos que eu fazia antes no estágio, eram partos que eu atendia, mas acho que não tinha muita reflexão. A primeira vez em que eu recebi um bebê de forma super respeitosa, com uma mulher acorada na minha frente, a luz apagada, sabe, eu já entendi que aquilo ali, sim, era atender parto, que tudo que eu tinha feito antes não era (...)”. (Isadora)

“(...) Estou lembrando do Paulo Poli, que é um médico de família fantástico, que hoje em dia está até na secretaria de saúde lá de Curitiba. Lembro de participar de grupo de gestante com ele. O lance de ele falar “vamos tirar o jaleco, pra sentar no grupo”, (risos) algo assim bem simbólico, né, vamos tirar o jaleco? Hoje em dia eu não uso jaleco, acho que um pouco por causa dele, nunca gostei de usar. Porque acho que é uma coisa que gera um distanciamento. E naquele momento a gente tava ali pra trocar ideia, pra sentar junto. Isso foi um aprendizado bem prático (...)”. (Isadora)

“Tive um contato muito interessante com a Daphne Rattner, em 99, 2000, por ocasião de uma oficina que... entrei em contato por meio do Agrimiron Cavalcante Costa [Agrimiron Cavalcante da Costa], que é um cara que trabalhava com o Gilberto Natalini, que foi Secretário da Saúde de Diadema... eu já fazia uma oficina de mortalidade neonatal e prevenção de lesões ao nascer. (...) E aí o Agrimiron falou “Tem uma pessoa muito bacana da Faculdade de Saúde Pública que você precisa conhecer!”. Era a Daphne. Juro pra você, aquela mulher fez um “lrlrlrlrlrl” na minha cabeça”. (Monica Helena)

“Então, o Marcos Leite chegou pra mim com as fitas de VHS de “Um dia de Vida”, do “Birth Day” da Naoli. Não tinha isso assim disponível, como a gente tem hoje. Deve ter sido em 2005, 2006... Eu não estava em São Paulo, mas era uma coisa bem incipiente, não tinha essa movimentação toda por redes sociais. Claro, já tinha a Parto do Princípio... não, a Amigas do Parto, era um site em que eu entrava. Tanto que foi nessa época que eu comecei a

elaborar plano de parto, para levar para as mulheres na atenção primária. Era o modelo da Ana Cris [Ana Cristina Duarte, parteira], da Amigas do Parto, que acho que era dos sites que eu conhecia”. (Isadora)

“Também entrei em contato antes pelo Marcos Ymayo [Marcos Roberto Ymayo, ginecologista e obstetra em São Paulo – Capital]. O Marcos pra mim também foi... o Marcos contava essas coisas, que ele tinha feito o ALARM... ALERT, acho que é ALERT, no Canadá [Advances in Labour and Risk Management, The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC)⁴], e a convivência dele com a Irmã Monique [Irmã Monique Marie Marthe Bourget, diretora do Hospital e Maternidade Santa Marcelina], aquilo, gente, tem outro jeito de fazer obstetrícia, que, pelo visto, vai me dar mais prazer do que esse, que não me dá. Eu olhei pra aquilo e pensei “É isso que tava faltando pra eu ser feliz na minha profissão!” “. (Monica Helena)

“Meu professor de obstetrícia foi o Domingos Delácio. Ele falava que, para ser um bom obstetra, precisa ter ciência, consciência e muita paciência. As três palavras. E o que é interessante é que essa paciência não fazia parte do atender ao partejar. Entendeu? Era o fórcepe de alívio”. (Edgar)

“Eu até já fui apresentado em aulas, pelo Alvaro Atallah [Alvaro Nagib Atallah], que é o nosso presidente do Centro Cochrane do Brasil, né? Porque trabalhei muitos anos com ele lá no Leonor, ele era plantonista lá, comigo. Então, durante os plantões de segunda-feira, que eu fazia com ele, eu conversava muito com ele. Ele me conheceu muito, eu o conheci muito e ele me estimulou muito nessas evidências científicas. Então, quando ele me apresentava para um público de médicos, geralmente, para eu falar sobre obstetrícia baseada em evidências, ele dizia: “Aqui está o Renato, professor da Escola Paulista de Medicina, 100% baseado em evidências!”. (risos)”. (Renato)

“O Jorge Kuhn estava nesse dia, eu comecei a conversar com o Jorge, e ele disse que não sabia como eu consegui. Ele disse que estava lá há 20 anos e nunca conseguiu levar uma discussão até o final. Ele falou “Cara, hoje é meu dia mais feliz nesta Universidade””. (João Ricardo)

⁴ Disponível em <http://sogc.org/events/advances-in-labour-and-risk-management/welcome/>

“Naquele ano de 90, a Escola Paulista incorporou o Amparo. Só que, como era estágio, e lá não tinha alto risco, isso me fazia falta. Lá em Santos não tinha, eu queria alto risco. Aí eu prestei e entrei no Hospital São Paulo, como residente, em 1991. Quem era o chefe aqui? Eu não sabia disso, mas era meu chefe em Santos! Guilherme Moreira Porto. Então, quando entrei aqui, era a perineotomia também”. (Almir)

*“Tinha um professor que saiu no mesmo ano em que eu entrei, aqui no Hospital do ***. Ele me orientou a ficar aqui – acabei na função dele. O Jordão [José Antonio Jordão], ele foi diretor daqui e ele tinha uma visão humanística, muito apurada para a época. Isto aqui é continuidade do que ele começou há 30 anos. Ele brigou por não fazer enteroclisma, que é lavagem intestinal, por não fazer episiotomia, tricotomia”. (Almir)*

“Porque como eu precisava de material de parto normal, aí eu descobri que não existia. Esse foi um momento interessante do meu caminhar. Porque eu acabei indo para o Amparo Maternal. (...) Porque eu nasci de parto domiciliar, com uma parteira. Eu quis saber dessa parteira, conheci, a gente voltou a se falar depois de um tempo, tal. Foi muito importante para a virada, a guinada da minha prática, o mestrado e esse contato com esses profissionais. Essas parteiras, essas enfermeiras... tinha a Ruth [Osava], que era... ela foi uma das que me acolheu, com as enfermeiras dela”. (João Ricardo)

“Moysés [Moysés Paciornik, obstetra paranaense] tem algumas análises que considero muito interessantes, em relação ao corpo humano, não só ao parto. Ele extrapolou para outros povos que não usam a cadeira. O japonês antigo não usava a cadeira. Os muçulmanos, também. Os caipiras, também. Os partos, nesses segmentos, pela postura que eles ficam no dia-a-dia, isso refletia. Tem repercussão até para a saúde da mulher no futuro. Isso facilita a mulher japonesa, ela agacha, para tomar o chá na mesa, que é baixa. Fortalece a musculatura do períneo. Prevenção na saúde da mulher, para evitar a incontinência urinária de esforço. O fato é que podemos ter uma reflexão mais aprimorada sobre a saúde da mulher quanto à cadeira”. (Claudio)

- Pais

Dois entrevistados fizeram referência aos próprios pais, como modelos e inspiração.

“Não sei de onde vem o clique disso. A Dona Maria lá, a minha mãe, tem uma educação enorme, respeita as pessoas, acolhe pessoas. Seu Lírío, meu pai, também, acolhe as pessoas, tanto que acolheu a parteira, quando ela estava velhinha, fez uma casinha, ajudou, enfim... Isso foi um exemplo muito interessante. Sou filho de uma casa de nove irmãos, então essa coisa de compartilhar eu tinha. Quando vim para São Paulo para estudar, eu vim com uma mala e achando que daria certo. Né? Eu achava que eu iria ser médico, por exemplo. Qualquer pessoa razoável iria olhar e falar “esquece!”. Talvez minha ingenuidade tenha me ajudado. Não ter noção do que me esperava, da competição, de candidato/vaga, de que existia um colégio x, y e z, eu comecei a achar que era possível, né?” (João Ricardo)

“Eu construí tudo que eu comentei aqui com você e foram oportunidades que eu tive no decorrer de minha vida, mas eu teria ficado cega para elas se eu não tivesse dentro de mim, de berço, essa vontade, essa abertura. Então e sou muito grata na verdade aos meus pais, sim! Pois foram eles que me fizeram enxergar a vida dessa maneira”. (Paula)

- Aprendendo com a paciente

É interessante notar que, em algumas falas, as próprias pacientes foram mencionadas como catalisadoras importantes, para mudança de postura diante das intervenções no parto, ou mesmo da episiotomia em específico.

“Eu fui a um curso, onde eu falei de gestantes, de pré-natal e tal. Na semana seguinte, uma paciente chegou no consultório, dizendo que ela gostaria que eu fizesse o que eu havia dito no curso. E aí, ela queria parto normal, ela não queria indução de parto. Era um curso da Unimed Paulistana, em que eles me convidaram, eu fui lá e falei. E aí ela voltou e disse “Doutor, o senhor me acompanha no parto?”. Esta paciente, que eu chamo de paciente nº 1, como se fosse a moedinha do Tio Patinhas, sabe por quê? Era uma paciente que falava muito bem, ela sabia o que ela queria, ela buscava com muita veemência, e essa menina questionava a episiotomia. Ela questionou e eu fiz a defesa. “Não pode não fazer, por isto e por aquilo, tal...”. E ela: “Eu posso falar uma coisa? Posso te trazer alguns artigos, que mostram que pode nascer sem fazer?”. Ela fez isso e ela trouxe para mim os artigos. E eu

olhei. E eu olhei. A partir dali, deu uma mexida, né? (...) aquela paciente foi a paciente que me fez repensar a episiotomia. Repensar, na verdade, a assistência no parto. E ela conseguiu ter parto normal, com quase 42 semanas, teve uma retenção placentária, teve de anestesiá-la depois e tal. Depois, ela voltou e disse “Doutor, eu preciso falar algumas coisas com o senhor. Eu vim acertar com o senhor”. Eu falei: “Como acertar? Cê tem convênio”. Ela falou: “Não, doutor, o senhor não tá entendendo”. “O senhor foi pra maternidade na madrugada, ficou lá até meio-dia. desmarcou seu consultório e tudo mais. Quem queria ter parto normal era eu e o fulano, falou o nome do marido. Portanto, o senhor perdeu dinheiro. E eu digo mais: o senhor é mosca branca”. E ela falou assim: “Quando vier alguém aqui querendo parto normal, doutor, pode cobrar, porque seus colegas estão cobrando para fazer cesárea. Isso para fazer parto, não tem, tá, doutor? Então, é isso, mas cobre, viu? Senão, as pessoas não acreditam que o senhor faz o que está falando que faz, pelo convênio”. Eu fiquei assim impressionado, falei para ela “Repete isso!”. E ela repetiu. E aquela mulher foi um marco na minha mudança. Se o mestrado foi uma coisa que me fez questionar, aquela menina me bateu o pé no peito. Ela desencadeou uma coisa na minha vida profissional, que ela chamou de “um obstetra em fase de mudança”. Ela botou, ela cunhou esse nome “Um obstetra em mudança”. Ela me pôs uma pilha: “Nossa, doutor, o senhor vê?”. A partir dali eu senti um peso”. (João Ricardo)

“Lembro de um caso, há muitos anos. A mulher havia tido um parto normal, no hospital. Não sei se com anestesia, não foi comigo. Aí ela veio, para ter um parto domiciliar com parteira, em que eu seria o médico back-up dela. E aí eu me lembro de, na hora do plano de parto, ela colocou assim... porque um outro argumento que se usava também, para fazer episiotomia, era a coloração do períneo. Como é que você vê a coloração do períneo de uma mulher? Na posição ginecológica, na verticalizada você não olha. É difícil. Eu dizia, até em aula, “olha, quando você perceber que o estiramento desse períneo está sendo tão grande que a cor fica branca, é sinal que vai romper. Se empalideceu, é sinal que vai romper, então faça a episiotomia. Depois, isso também é uma prática que eu parei de fazer, e vi que não é pelo fato de ficar branco que vai lacerar. Então, ela me disse assim – e me chocou, porque eu falei “nossa, isso ninguém me falou”. Ela falou “Tenho lido muito sobre episiotomia e o que eu falei para minha parteira é o seguinte: mesmo que ela perceba que vai romper, não faça episiotomia. Deixa romper”. Aí eu falei: “Mas de onde você tirou isso?”. E ela me passou literatura, que eu não conhecia. Então, aprendendo com o paciente, sempre. Ela me passou literatura e eu vi que tem trabalho comprovando isso. É melhor deixar romper...”. (Renato)

4.5. VOO DE ASA DELTA OU FILME DE TERROR? MUDANÇA E SEUS MARCADORES.

- Experiências emocionais, felizes ou traumáticas

Sempre que o entrevistado narrou a mudança, de episiotomia de rotina para a episiotomia seletiva, ou para a abolição do procedimento, houve referência à emoção e à empolgação diante de um novo referencial. Os resultados deste estudo sugerem que a mudança de uma prática, arraigada por força de treinamento profissional, talvez acontecesse com mais facilidade por meio de sensibilização, não limitada ao racional.

“Central foi agarrar o primeiro bebê, com uma mulher de cócoras na minha frente, em uma sala escura, e aquele frio na barriga, assim, sabe? Foi aquela sensação, de vôo de asa-delta, de mergulho no fundo do mar, eu acho que foi muito mais isso, assim, de ter contato com... não sei se dá para dizer sagrado, sabe? Mas com aquela emoção, sabe? Foi mais a emoção. Se tu for me perguntar o que foi que me convenceu que aquilo realmente era correto, foi muito mais isso, do que uma racionalidade científica”. (Isadora)

- Movimentos sociais

Como mostra DINIZ (2005), em que pese o fato de que falar em humanização é uma estratégia mais dialógica e diplomática para tratar de violência de gênero e demais violações de direitos, praticadas pelas instituições de saúde, o movimento do parto humanizado teve importante papel como marcador da mudança da prática rotineira da episiotomia para a prática seletiva, ou mesmo para a abolição total do procedimento.

“Para mudar de episiotomia de rotina para a seletiva, os fatores mais importantes foram, na ordem: o movimento do parto humanizado, que para mim foi o... “turning point”, né? 97 ou 98, teve o segundo seminário de humanização do nascimento e parto. Esse dia para mim é para não esquecer nunca mais. Pegaram todo o meu conhecimento, tudo o que eu sabia, e jogaram na minha cabeça assim “Pá!”. Aí eu fiquei pensando no cantinho, um tempão, e voltei a ler as coisas mais atuais, me dediquei mais tempo”. (Monica Helena)

“O movimento do parto humanizado, o que ele trouxe? Ele iluminou o espírito crítico daquele modelo mecânico da assistência obstétrica. Segundo, na formação eu já praticava em algumas vezes um parto de maneira diferente, mais respeitoso, mais bacana, mais prazeroso. Pra equipe médica, pra equipe de enfermagem, era delicioso fazer aqueles partos. O acompanhante na sala era algo que a gente já praticava em 1990 (...) ele via o empenho de todo mundo. Ele vibra lá! Ele faz parte daquele time”. (Paula)

Outros aspectos da humanização, referindo-se ao período perinatal, também foram apontadas como referenciais para a mudança de prática.

“A porta de entrada de tudo foi o aleitamento materno. Começou com isso. Porque o movimento da humanização estava muito embutido no movimento do aleitamento. Então começou por aí. Eu falei “nossa, tem um jeito muito melhor de trabalhar”. E aí quando você se sensibiliza para o aleitamento, quando você começa a se sensibilizar, se você tem o que precisa, aí é... um passeio no parque. Aquilo me abriu os olhos e me deu muito mais tesão para trabalhar”. (Monica Helena)

Houve menção, ainda, ao desenvolvimento público dessa postura menos intervencionista diante do parto, chegando a atividades de divulgação e demonstração da possibilidade de um parto mais respeitoso.

“E tenho também uma participação num programa da Prefeitura, que se chama Nascer Bem. É um programa de que me orgulha muito participar, porque foi um convite em decorrência da minha prática privada. Fui convidado para participar de uma entrevista, e o que chamou a atenção é que eles perceberam, não sei por que critérios, que eu era uma pessoa que estimulava o parto normal e que tinha parto normal, no consultório. E parto sem aquela conotação meio extremista, tem de ser normal de qualquer jeito. Não, se está tudo bem, vamos fazer parto normal, mas eu também sei fazer cesárea e tal. Enfim, e eu enxerguei na... eu já tava contente com a mexida que deu, na atenção privada, né? Eu consegui inserir doula na minha equipe, depois enfermeira e obstetriz, é... Chega uma hora em que eu digo que esse é um time mínimo para atuar no parto. Então, eu já gostava disso. E o convite para a coisa pública, era como se fosse uma oportunidade para eu difundir um pouco mais isso. Porque até tinha uma crítica: seria fácil eu fazer uma medicina privada, entre aspas, como dizem os

concorrentes, a peso de ouro. Mas que queriam ver se eu fizesse alguma coisa na questão pública. Aí quando eu tive esse convite, falei, “Legal, então vamos devolver para a coisa pública”. (...) outro dia, teve uma situação em que eu até lamento a falta de divulgação do que acontece lá. Tem um dos hospitais públicos, bem no final da zona leste, que em um dado momento nós tivemos 15% de episiotomias, em primigesta. Parto normal predominante mesmo. Atuação da enfermeira na assistência. Não colocar soro para acelerar parto. Preservar e zelar pela presença do acompanhante. Corte tardio do cordão. Amamentar na primeira hora. Aquela coisa do IHAC (Iniciativa Hospital Amigo da Criança), da gente defender, tudo mais. É conseguir na equipe colocar, por exemplo, a presença do próprio obstetra em atuação com a enfermeira. Trabalhar em harmonia”. (João Ricardo)

“Recentemente, um outro colega da Universidade Pública, um professor, vendo as discussões, em que eu levo pancada defendendo isso publicamente, e ele quis ir num parto para ver como era isso. E ele me convidou um dia, me perguntou se eu poderia e eu desmarquei coisas para poder, claro. (...) E fui para lá. Bom, rompeu bolsa espontânea e, num dado momento, a paciente agachou e aparecia lá a apresentação cefálica, afastando os lábios. E ele ‘Se fosse eu, colocaria ela na mesa, eu me paramentaria, faria uma episio e ia nascer! Mas eu vim para ver como vocês fazem!’. Eu disse: ‘Então senta aí, do ladinho!’; ela sentada numa banquetinha de parto normal, o marido sentado atrás dela, segurando, ele ali, do lado, pálido... né? E a contração vinha e ia, e quando estava quase saindo, eu abri uma luva e dei na mão dele e ele segurou esse bebê. (...) Ele disse: ‘Posso te falar uma coisa? Eu teria operado essa mulher três vezes’. No momento em que chegou, que achou que ela não fosse aguentar. Na hora lá em que achou que estava alterando o batimento. E na hora em que nasceu. ‘Eu ia fazer uma episio, cara, sem dívida’. Eu joguei uma isca e falei: ‘Escuta, eu estou pensando em montar curso para médicos’. Ele falou assim: ‘Eu sou o primeiro aluno a me inscrever!’. Dois dias depois, ele me liga à noite. ‘Cê acha que 50 e tantos anos é muito velho para fazer obstetrícia?’. Ele disse que estava brincando e completou: ‘Este parto foi o parto que mais mexeu comigo!’ ”. (João Ricardo)

- Evidências científicas e curva de “desaprendizado

As evidências tiveram lugar de destaque como marcador da mudança de prática, quanto à episiotomia. DINIZ (2013) ensina que evidências diferem do conhecimento dito

autoritativo, que é aquele que confere poder na orientação das relações sociais. Para a autora, citando DAVIS-FLOYD e SARGENT (1977), conhecimento autoritativo é aquele que não precisa estar correto para valer. Já as evidências científicas podem coincidir com o conhecimento autoritativo ou não, mas certamente devem estar validadas por sua coerência com o paradigma adotado e sua capacidade de permitir a identificação de um nexos causal entre *causa e efeito* (DINIZ, 2013, p 50).

“Voltando aos fatores que influenciaram minha mudança, veio o parto humanizado, junto com as evidências científicas. E vivência na prática. Aí foi embolando. A hora em que eu comecei a olhar de outro jeito, já comecei a fazer de outro jeito. Fui pondo em prática aquilo que eu via. Estão falando que isso é tão bom, vamos ver se na prática é mesmo. É! Funciona. Muito embora as pessoas falem que não, funciona!” (Monica Helena)

“A gente procura seguir a saúde por evidências, em todas as condutas diagnósticas e terapêuticas, não realizo com tanta frequência a episiotomia. Tenho uma postura crítica e só depois que entrei em contato com as revisões, na Cochrane, eu procuro incorporar em todas as intervenções essa visão de modo seletivo”. (Claudio)

“A gente passa de 100% de episiotomia a zero por cento, não é da noite para o dia. Da mesma forma em que eu tive um ano para aprender a episiotomia e a episiorrafia no quarto ano, tive vários anos para aprender a sair de 100% para zero por cento. Então, eu fui adquirindo experiência, naqueles casos, por exemplo, que mulheres que já estavam no segundo filho, ou terceiro, e que haviam sido episiotomizadas. Então, aí eu deixei de fazer nesses casos. Depois, eu deixei de fazer nas nulíparas, naquelas mulheres que nunca haviam tido parto vaginal. Depois, eu fui deixando aos poucos, para ter uma curva que nós chamamos de desaprendizado. O médico tem a curva de aprendizado, ou por exemplo... uma curva de aprendizado é assim: no começo, você tem que fazer no manequim, não é isso? Você tem que ler no livro a teoria, depois fazer no manequim, os exercícios de manequim, e depois você vai para a prática, sob supervisão. Até que depois, você tem um aprendizado em que você domina aquela técnica. Aí você não precisa de um supervisor. A curva de desaprendizado é o contrário, né? Tem que desaprender a fazer uma coisa que você fez durante muitos anos”. (Renato)

Das entrevistas, surgiram ainda aspectos de desconsideração das evidências, em favor da prática de consultório.

“Melhor que sustentar o bebê é orientar. Te mostro os vídeos. Não tenho nenhuma análise estatística para isso, mas é o que estou dizendo, é curva de aprendizado. (...) São detalhes de sala de parto. Então, muitas vezes as mulheres vêm com plano de parto, tipo “eu quero um parto de cócoras”. Não necessariamente o parto de cócoras vai ser a melhor posição para ela”. (Almir)

“As evidências científicas sobre episiotomia, para mim, não são conclusivas ainda. Ainda precisa de vários trabalhos, randomizados... Não dá para fechar... Mas com certeza, não tendo esses trabalhos, é sempre melhor sem episiotomia. Então, não acho que é questão de defender a episiotomia. Não é defender. Acho que, hoje, a gente usa menos, mas quando há indicação médica, a gente acha que deve ser feito, cê vai, lógico, conversar com a mãe... “. (José Pedro)

4.6. OBSTÁCULOS EXTERNOS E INTERNOS À MUDANÇA.

- O inferno e a maldade no canal do parto – o medo do obstetra

Em quase todas as falas, em algum momento surgiu a referência ao medo. Relativo à anóxia do feto, em virtude de um expulsivo longo, ou à possibilidade de uma laceração muito extensa e lesiva, o fato é que o médico obstetra fundamenta, muitas vezes de modo irracional e desvinculado das evidências científicas, sua prática da episiotomia no medo. Assume posturas que podem mesmo chegar a desrespeitar frontalmente a vontade da paciente.

“Então, tivemos um parto há um ou dois meses lá no hospital, onde o procedimento foi sem episio e deu uma laceração com rotura retal. E aí esse caso foi o bode expiatório, a chaminha, para toda uma revolta de toda a corporação. “Tá vendo? Vai aumentar muito as roturas!”. Então, cria-se toda uma ambiência contra a episio zero. Porque é muito forte, é muito arraigado o processo. Episio está no corpo, alma e mente dos obstetras, como

protetora da mãe e do bebê. E não é só a horizontalização que atrapalha. Os puxos da ultimação do parto: “força, força!!”. É o negócio do feto no canal de parto. O obstetra quer que aquilo saia de qualquer jeito. Todo mundo quer ouvir o bebê chorando, entendeu? E aí acho que esse processo de não dar o tempo da hiperdistensão, a massagem, passar a vaselina estéril, deixar, segurar o períneo, ter tranquilidade para deixar a distensão ir e voltar, ir mais um pouco. Não é assim, é “força, força, força!”. Bom, aí vai romper mesmo. É a cultura, muito forte, muito arraigada, e aí... Vai levar um tempo, da experiência com os médicos, o parto no conceito da maior naturalidade possível. O parto médico é acelerado, ele é instrumentalizado, medicalizado”. (Edgar)

“Isso era um temor na época, né? Partos muito prolongados, anóxia, tal... Esse medo do bebê morrer era... não como é hoje. Hoje é uma histeria”. (Edgar)

O medo, se desvinculado da realidade, mesmo em face das evidências de que um procedimento causa mais malefícios que benefícios, chama a atenção. Remete ao fato de que, em contextos como o da episiotomia, em que os danos potenciais à saúde, à integridade corporal, à função fisiológica, são maiores que os benefícios, a manutenção da intervenção pode significar um obstáculo ao acesso e exercício aos direitos (DINIZ, 2013, p 75).

“A episiotomia não resolve risco iminente de morte. Mas quando se fala em obstetrícia, a gente fala em integridade, tanto da mãe quanto do feto. Acho que persistir em condutas que podem se tornar perigosas para a saúde tanto do feto quanto da mãe, pode haver comprometimento neurológico, não só morte. E é para sempre. Com sequelas pelas quais dificilmente o médico ou a mãe vão se perdoar. Então, acho que não é uma coisa que se dê para generalizar. Concorro que existe uma distorção total. Mas já vi alguns casos extremos terem desfechos realmente desastrosos. Acho que não é assim tão preto e branco”. (José Pedro)

“O fórcepe, a episio, o Kristeller... tinha algumas práticas que eram tão presentes, que eram todas no sentido de ultimar a permanência do feto no canal de parto. Aquilo era como se fosse o inferno antes do nascimento, o local onde a maldade aconteceria com o bebê. Se der para dar errado, vai dar ali. Tudo certo, tava controlando o foco, mas essa hora, hora e meia que dilatou tudo, ele vai descer e rodar... é nesse período que acontece toda a maldade. Então, eu queria terminar aquilo o mais rápido possível”. (Edgar)

“Se eu achar que há um risco iminente de morte para o bebê, mesmo a mulher se recusando, eu faço. Para mim, não tem discussão. Vou entregar o nenê morto para você, tudo bem? Aí vou falar: “Não fiz a episio, porque você pediu para eu não fazer”. Não vou me sentir bem, em primeiro lugar, como médico. Não é o que o médico quer, não sou inimigo do meu paciente. Eu, como pessoa, não vou me sentir bem”. (Wolnei)

Houve a menção à não formação de vínculo intersubjetivo do médico com a parturiente, como modo de autoproteção do profissional.

“Tem também uma coisa de não se envolver para se proteger, dependendo da especialidade. Vejo colegas oncologistas, nossa! A frieza deles, eu passo mal. Quando eu era residente, fui tirar o enfaixamento de mastectomia de uma moça de 32 anos, fiquei mal. Por isso que eu sou obstetra, trabalho com dar à luz, uma coisa que, em geral, traz uma satisfação muito grande. Não que as outras não sejam, mas tem a coisa de se proteger, com certeza”. (Almir)

- A pressão institucional, da corporação e dos pares

Contextualizado em uma medicina intervencionista, o obstetra sofre pressões de diversas origens. Hospitais e maternidades de serviços muito intensos tendem a criar uma cultura de linha de produção e a cobrar isso do médico. A corporação, por sua vez, formada de conformidade com o tecnicismo, a hierarquia e a cultura de poder, cobra do médico que ele não se diferencie em sua prática. Os pares, entendidos aqui como outros médicos e profissionais de saúde, que circunstancialmente integram a equipe, por motivos como pressa ou ansiedade, também pressionam o obstetra para que ele realize a episiotomia e ultime aquele nascimento o mais rápido possível. Percebe-se que nenhuma circunstância de pressão aqui mencionada é associada à lógica das evidências em saúde.

“Existe uma pressão lascada dos residentes. Para fazer um parto normal do meu jeito, eu tenho que botar todo mundo pra fora da sala. Exatamente jogar a chave fora (risos). Fica uma única pessoa e ao primeiro... à primeira abertura de boca é... inapropriada, recebe aquele meu olhar gélido. Tipo “Você foi convidado para um evento muito especial, então, porte-se como convidada. Você não é dona do pedaço, então, essa coisa da pressão do

residente, do neonatologista... o neonatologista fala “Faz logo uma episio e tira logo esse nenê”. Fica sempre uma pressão. Ou então faz uma cara danada, tipo “Vou reanimar um macarrão”. Porque sai molinho e molhadinho, né? Os neonatologistas fazem pressão também. Fora a equipe, que fica “Doutora, quer que eu dê uma empurradinha?”. (risos) “Doutora, por favor?”. Existe essa pressão”. (Monica Helena)

“Na minha mudança, para não fazer a episio, a dificuldade que já enfrentei foram olhares de pessoas na sala. De funcionários dos hospitais e dos neonatologistas. Não os nossos parceiros, mas os dos hospitais, que ficavam de olho, enquanto não desprendia a cabeça, quase que querendo enfiar o bisturi na mão da gente, para a gente cortar. Crítica aberta ninguém fez, porque se fizesse, eu diria “Cala a boca, porque quem está aqui sou eu! Vá embora, que seu serviço é outro”. A resposta já estava na ponta da língua. (...) A crítica, eu senti muito dos neonatologistas dos hospitais”. (Adelaide)

Há, entretanto, quem associe independência ao atendimento exclusivamente privado.

“Nunca tive problemas com outros profissionais, porque é atendimento privado, ninguém entra na sala para dizer o que eu devo ou não devo (risos)...E no ensino, não sou dessa parte do ensino em obstetrícia. Minha área é outra, a ginecologia”. (José Pedro)

- Judicialização da medicina

A aventada *judicialização da medicina* surge na fala do médico obstetra como a possibilidade de processo judicial. Entendendo-a como injusta, o médico menciona a judicialização como um dos principais obstáculos à mudança e, mesmo, ao próprio exercício da medicina com independência. Ainda que essa *independência* pareça significar lesão ao direito da mulher.

“Existe uma máxima entre os médicos que, na situação de risco iminente de vida, nenhum juiz vai condenar o médico. Só que, você colocar uma mulher na mesa, fazer uma anestesia, amarrar ela, abrir a barriga e tirar o feto dela porque está em sofrimento, ela pode processar você. Talvez o juiz não te condenaria por crime de lesão corporal”. (Edgar)

“Mas, para a episio, é evidente que aí nunca vai existir um risco iminente de morte. Para a mulher. Pode-se discutir depois o direito do feto. Aí fica um prejuízo, ele vai pensar: “Bom, se ela me processar... entre um cortezinho de 3, 4 cm... “ – isso na cabeça dele – “e um bebê vivo, ele vai meter a episio, achando que está salvando o bebê”. (Edgar)

“A gente ouve mais a preocupação com a questão da judicialização. Se você não fizer tal coisa, você pode ser processado. (...) Como se, de verdade, a mulher não fosse consultada sobre o que se poderia fazer do corpo dela. A visão é “você é o médico, você tem de saber o que fazer””. (João Ricardo)

“Pensando do lado jurídico, eu vou ser processado. Você deixou morrer uma criança porque não quis fazer uma episio?”. (Wolnei)

A fala acima é característica. No momento em que o obstetra puder perceber que, se o parto normal é um evento fisiológico e que ele, médico, está ali para corrigir desvios patológicos, e não para *fazer* o parto normal, o medo de sofrer processo poderá não ter lugar. Isso porque a conduta será pautada pela estrita fundamentação nas evidências, por meio da indicação indubitável daquela evolução e sempre dentro dos ditames legais.

“É assim... eu acho que isso tá mudando, tem que mudar a mentalidade médica. Mas o radicalismo não pode ser implantado. É uma mudança de mentalidade, de cultura, não é a imposição. Eu acho que o Estado tem que preservar os direitos, mas não impor”. (José Pedro)

É interessante a discussão a respeito da judicialização, sem caber, neste trabalho, adentrar às fronteiras de teorias jurídicas. Cabe mencionar, apenas, que a aceção das garantias constitucionais, hoje, ultrapassa as fronteiras da mera reflexão filosófica, e não estando limitada à decisão judicial *per se*, mas consistindo na prática do direito, com impactos no mundo dos fatos (MARIN DOS SANTOS, 2014). MARIN DOS SANTOS (2014, p 29), ainda cita BARROSO (2010), e ensina que o intérprete e os fatos mostram-se presentes, mais do que nunca, na interpretação constitucional.

A digressão acima faz sentido, quando se percebe a irritação com que os médicos obstetras mencionam a dita *judicialização da medicina*, mas fica ainda mais clara a tendência

atual do Poder Judiciário frente a tais questões, quando se aprecia a decisão citada a respeito da Ação Civil Pública, que o Ministério Público Federal moveu contra a ANS (BRASIL. MPF, 2014). O MM. Juiz daquele feito estendeu a fundamentação de sua decisão por 50 páginas, deixando claro que, sim, o Poder Judiciário há que intervir sempre que um cidadão entender que direito seu foi violado, para que se obtenha a pacificação de conflitos, ainda que por meio da forçosa imposição de decisão judicial.

- Tradição e rotina

A tradição e a rotina na prática médica são relevantes para a dificuldade de mudança na prática. A dificuldade de desprender-se do que sempre foi feito daquele modo é patente e divergir requer esforço e coragem.

“Quando DeLee descreveu o fórcepe de alívio, que era alívio materno-fetal, e aí que confunde com a episio, ele descreveu junto com a episiotomia também, né? Ele que deu a força para a episiotomia para fazer o fórcepe. Eu acho que aí veio esse mito de que a episiotomia também alivia no momento do nascimento, sem se aprofundar que foi uma descrição para um procedimento cirúrgico, descrito por De Lee. Aí ficou o século inteiro fazendo episiotomia em todas as pacientes. Praticamente todas”. (Edgar)

“Essa coisa de o bebê sair logo tem um pouco de mito e necessidade, acho que se confunde um pouco. Não consigo fixar a fronteira entre o mito e a necessidade. Num hospital escola, os residentes acabam entrando com a paciente por... por hábito, ou porque aprendeu com outros plantonistas, e coloca a paciente cedo na sala para fazer força na mesa. Ó que meleca que é... A mulher cansada, exausta... a gente tem cama PPP, a gente tem cama da Fanem. Use-a! (risos) Né?”. (Monica Helena)

- Ativismo que bate de frente

Alguns médicos obstetras entrevistados mostraram certo desconforto diante do ativismo pela humanização do parto.

“Acho que está tendo um ativismo um pouco exagerado. Há pessoas com segundas intenções, vendo o próprio umbigo, ganhando dinheiro com isso, tem bandido dos dois lados. São esses dois extremos que estão complicando. Tudo que está acontecendo aqui, há 30 anos aconteceu no Canadá. Conheço muitas ativista que são “sanguenozóio”. A questão das doulas, há anos, eu as defendia. Elas ajudam, diminuem a incidência de cesárea, e tal. Ai as pessoas começaram a usar isso de outras formas, complicou. A doula tem uma formação de brigar com o sistema. Ela tinha de dar sustentação, mas não de bater de frente. Fechou portas absurdas. Aqui, quando abri o centro de parto, eu não permiti as doulas, porque não aceito incoerência. Não vou trazer paciente minha do consultório para fazer parto aqui, tirar vantagem. Aqui é público, ela não pode ganhar dinheiro em um hospital público. Isso acontece na Casa de Parto de Sapopemba, a doula ganha mais que a enfermeira naquele parto, de uma mulher que nem pode”. (Almir)

“Eu acho que o que está acontecendo agora com a polêmica das doulas, que elas fazem uma assistência acordada com a paciente no âmbito particular, mas quando adentra em uma instituição pública, ela tem que ser acordada com um terceiro da história que é o hospital. Então eu não posso impor enquanto paciente ou enquanto doula, o nosso combinado para a casa do outro, que um substitua o outro. Na sua casa, vamos almoçar lá, eu e a minha amiga e vou determinar o cardápio da sua casa e você nem me conhece. Então nós temos que ter na verdade, sermos amplos, conversar, estabelecer regras e se eu estou com algum acompanhante, eu vou assistir o parto vou abraçar o meu nenê, vou dar beijo na minha esposa, vou passar a mão na cabeça da minha filha, não é? Se eu sou a doula, eu vou poder fazer o quê? Vou conversar com a equipe daquele hospital o que eles esperam que eu faça. Faz parte da boa educação, ao chegar em um lugar, ao se apresentar para os outros, não sair dizendo o que quero fazer e sim o que eles esperam de mim. Ai eu vou trabalhar e ver se eu posso atender a sua expectativa. Talvez eu possa não atender. Não vou brigar, seu estou na sua casa...”. (Paula)

- Mercado e ganho financeiro

A pergunta se o mercado de trabalho e a busca de ganhos financeiros foram fatores determinantes na mudança de postura diante do parto, como um todo, e da episiotomia, em especial, foi respondida na totalidade com a negativa. Por mais que seja um diferencial que

possa garantir ao médico obstetra alguma penetração no mercado, mencionar que desejar mais dinheiro possa impulsionar uma mudança quanto a questões técnicas, parece ser um tema diante do qual nenhum dos entrevistados ficou confortável em se manifestar.

“(...) essa postura na obstetrícia, que já vinha de anos atrás, foi deturpada, seja pelo relacionamento de médico com empresas de saúde, com vários aspectos envolvidos. Interesses financeiros dos dois lados, porque isso também virou um nicho de mercado”. (José Pedro)

Por outro lado, foi evidenciado que parece ser mais confortável a prática em que a mulher não tenha protagonismo. Foi relatado que, para alguns, a ideia de livrar-se do problema da mulher em trabalho de parto toma o lugar do trabalho executado com cuidado.

*“Mercado de trabalho... eu me lembro de uma palestra que eu dei na Faculdade de Medicina de ***, estavam lá os alunos e os professores... a titular e tal, e aí um docente perguntou para mim se eu atendia convênios. Quando se faz esse tipo de pergunta, por trás tem alguma coisa que virá logo em seguida. E eu, na época, atendia, e eu disse “sim, eu atendo, por quê?”. “Como é que você aguenta ficar com aquele neném com a cabeça vai e vem, vai e vem, vai e vem, não nasce. Para ganhar uma miséria que você ganha do convênio. Não é melhor você cortar logo a mulher, assim você se livra rapidamente disso?”. Olha só a pergunta. Está olhando só o lado do profissional e a parte financeira. Quer dizer que, se fosse particular, como ele ia ganhar mais, então ele podia esperar o parto acontecer. Mas no convênio, que vai ganhar uma merreca, então vamos cortar logo. Isso é um professor. Dois pesos e duas medidas, cadê a justiça e a equidade? Você tratar sua paciente igual se é particular ou se é convênio. Na época, eu era muito mais emotivo do que sou hoje. Hoje, eu teria respondido: “Mas, colega, justamente essa revisão da Cochrane mostra que, se você deixa de fazer a episiotomia, você vai ter mais períneos íntegros, o parto acaba mais rápido. Você não vai precisar suturar. Eu devia ter falado isso, mas a emoção tomou conta (risos). Eu fui mais na linha “Que medicina que você pratica, que você diferencia o público do privado?”. Eu falei “Que péssima medicina!”, a professora ficou assim... (risos). Eu devia ter sido mais político... (risos)”. (Renato)*

- Violência? Que violência?

A expressão *violência obstétrica* ou *violência institucional* vem sendo utilizada para designar o conjunto de atos, no atendimento obstétrico, que violem os direitos da mulher gestante, parturiente ou puérpera. Como define a DEFENSORIA PÚBLICA (2013), em folheto tratando especificamente do tema, a *violência obstétrica* caracteriza-se pela

“(...) apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e a capacidade de decidir livremente sobre seus corpos, sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres”. (DEFENSORIA PÚBLICA, 2013, página única)

Essa definição foi extraída de leis da Argentina (2004) e Venezuela (2007), onde a *violência obstétrica* é tipificada.

No Brasil, a *violência obstétrica*, como já mencionado supra, foi tipificada pela Lei Municipal 3363/2013, do Município de Diadema – SP (BRASIL, 2013) e vem tratada como todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, por um familiar ou acompanhante que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período de puerpério.

A menção à *violência obstétrica* parece ser o ponto sensível de toda a movimentação em torno do parto humanizado como movimento, das reivindicações das mulheres e da própria medicina baseada em evidências, considerada a ligação entre a boa medicina e as pesquisas científicas. Alguns dos médicos mais entusiastas da medicina baseada em evidências, e que mais alteraram suas práticas, dentro do recorte da episiotomia, não parecem confortáveis com a expressão e seu significado.

“Acho que a expressão "violência obstétrica" é o que fode. Como é que você tem uma paciente, que você tem um relacionamento, como você teve, como nós tivemos, dá para falar em violência obstétrica? E acho que hoje, em relação à episiotomia, hoje se faz menos. Eu faço menos. Tudo é bom senso. Acho que medicina não é uma coisa que tem que ser muito radical. O importante é sempre a saúde do bebê e da mãe. Hoje, eu pratico menos a episiotomia. De uns cinco, seis anos pra cá. Vem mudando, óbvio. Eu vejo, mas... não dá para ser Talibã, né?”. (José Pedro)

“Do mesmo modo que está sendo importante a questão da violência obstétrica, porque publicizou o movimento, botou os médicos contra a parede. Mas eu percebo que existe... eu sempre trabalhei e compreendo os processos de uma maneira integrativa, multidisciplinar, do ponto de vista holístico, do direito da mulher, mas com as evidências e também da segurança, não só do profissional, dele se sentir seguro, né, e principalmente com foco na mulher, mas ele também. E esse movimento está causando muita insegurança, e eu acho que isso não é bom. Acho que falar esse termo “violência obstétrica”, nossa! Falar na SOGESP, FEBRASGO, eles querem morrer. Eles pensam “Nossa, mas como pode isso!”” (Edgar)

Dentro do tema, houve ainda quem sequer tenha consciência de que a prática é violenta. Não existe a reflexão a respeito de que aquela intervenção no corpo da mulher pode significar uma violência para ela.

“Vou fazer episio porque eu acho que devo fazer episio, porque vai ser melhor naquele momento, para aquele parto. E não porque eu quero fazer uma episio, à toa. Ao contrário, a episio vai me dar mais trabalho ainda, vou ter de suturar. Se fosse pensar nisso, para o médico, é melhor não fazer episio”. (Wolnei)

“Do que eu aprendi para cá, eu só mudei um pouco a técnica. Faço uma episio menor, hoje. A parte de fora, faço mais econômica”. (Wolnei)

Dentre as falas, surgiram aqueles que têm a consciência de que o colega pode não perceber a que a intervenção desnecessária é carregada de violência, e que o modo como o atendimento é tradicionalmente organizado propicia essa ausência de respeito para com a parturiente.

“Quando defendo hoje a não realização da episiotomia, preciso olhar para o colega e perceber que ele não está deixando de fazer, não está abrindo mão da episiotomia não por maldade ou má fé. Ele não aprendeu uma outra coisa, ele não enxerga uma outra possibilidade, num primeiro momento. Nós temos um papel muito importante, no Nascer Bem, que é o treinamento para médico e enfermeira na questão das posições de parto. Na medida em que, se a gente quer dar autonomia para essa mulher ou quer devolver a autonomia dela, então essa mulher precisa ser estimulada a “olha, então fica como quiser”.

Quando defendo que incorpore a obstetriz, a doula, na assistência ao trabalho de parto, estou dizendo para juntar com os pares”. (João Ricardo)

“Se tem uma goteira, você põe o balde, daqui a pouco o balde está incorporado e ninguém se preocupa de resolver o vazamento. É essa a visão de mudar, de fazer diferente. Você está fazendo episiotomia? Por quê? Quando virei diretos, eu escrevia que não era para colocar ocitocina. Uma vez, uma colega sentou, olhou para mim e perguntou: “Por que você não quer que coloque ocitocina?”. Eu falei: “Não sou eu que tenho de te justificar. É você quem tem de me justificar o uso da ocitocina”. Isso aconteceu há 15 anos”. (Almir)

As demandas das mulheres por um atendimento mais respeitoso e pela fundamentação das intervenções em evidências científicas é aparentemente experimentada pelos médicos com desgosto e, unindo esse contexto com o que vem sendo chamado de *judicialização da medicina*, parece funcionar como forte desestímulo à especialidade.

“Os médicos não querem mais fazer a especialidade. E bem ou mal, com vícios ou sem vícios, com intervenções demais, mas a medicina evoluiu assim, né? A técnica médica evolui com os processos de investigação, de intervenção. E se você exclui muito a participação dos médicos, eu acho que não é bom. Não do ponto do partejar, porque a enfermeira sabe bem fazer. Mas a exclusão do médico, eu não concordaria, eu acho que seria uma agressão, na minha especialidade, que eu optei por fazer, eu não posso fazer a especialidade na integralidade? Não to falando do neurocirurgião fazer o parto ou do obstetra fazer a neurocirurgia. Tô falando do obstetra não fazer o parto. Não fazer obstetrícia”. (Edgar)

Por outro lado, há quem apreende a realidade obstétrica como violenta, e que percebe a necessidade de trabalho diário, para que a prática não se prenda ao condicionamento técnico, da formação e cultural, no atendimento à mulher no período perinatal. Ainda que alguns declarem suas limitações nessa forma *não violenta* de atender.

“Acho que quem se indigna com o termo “violência obstétrica” está errado. Porque para mim é uma violência mesmo, é uma mutilação. Para mim, é como se fosse a clitorectomia nos outros países. É uma coisa que é feita sem a mulher querer, que a gente sabe de histórias em que a mulher pede “Não corte!”, eles vão lá e cortam. Para mim, é mutilação e é violência. E tem muita violência. Muita. Além da episiotomia. Tem médico que testa se a paciente está

anestesiada com a pinça, beliscando com a pinça. A gente já viu anestesista e a mulher não estava ainda anestesiada. O termo tem de ser violência mesmo, porque eles não vão pelo amor. Então, tem que ir pela dor”. (Adelaide)

4.7. FORA DA CASINHA: QUEM JÁ VEIO DIFERENTE

Dentre os entrevistados, há aqueles que já adentraram à formação profissional com uma forma de pensar e agir que divergia do sistema, causando comoção em algum nível ou mesmo passando a ser objeto de repressão por parte dos colegas mais avançados na hierarquia acadêmica e médica. São aqueles que ou aqueles que este estudo optou por chamar de *atípicos* e que DAVIS-FLOYD (2001, p 150-170) chama de *começando já do outro lado*, e conceitua como pessoas que, já na formação médica, imaginavam-se, após graduados, fazendo as coisas de modo diferente, embora ainda não estivessem certos de que diferença seria essa.

“(...) Eu acho que a minha formação é um pouco diferente, porque já decidi fazer residência em ginecologia e obstetrícia estando dentro de um outro paradigma. (...) Quando eu decidi fazer residência em obstetrícia, eu já fui fazer residência por me reconhecer como alguém que lutaria justamente por uma mudança de modelo, sabe? (...) . Eu tenho toda uma história minha na medicina, que é um currículo oculto, talvez, do movimento estudantil, muito forte. Entrei pra medicina porque eu tinha me apaixonado primeiro pelo movimento estudantil da medicina, a defesa do SUS, a crítica da formação médica. Então, desde a primeira fase, eu estava nos encontros, nos eventos, discutindo essas coisas, que não eram coisas que estavam na nossa formação, de forma tão explícita assim. No movimento estudantil, tive contato também com o movimento feminista. Junto com as outras áreas da saúde, a gente chegou a ter um coletivo organizado de mulheres, então acho que tudo isso, essa noção de gênero, de respeito à integridade da mulher, acho que simplesmente calhou assim de, nossa, como isso faz sentido, por questões que já eram anteriores”. (Isadora)

“Acho que a participação no movimento estudantil, o contato anterior com o movimento feminista, mesmo que fosse aquela coisa super incipiente, de estudante de graduação, mas... fez toda a diferença, com certeza”. (Isadora)

“Eu não queria atender parto, nunca imaginei. Daí, nesse parto aí, esse emblemático, o do banho... o banho de líquido amniótico, uôu, que delícia, e aí... mas, tinha, claro, essa coisa de ser contra-hegemônico. Sempre tive um pé um pouco ali”. (Isadora)

“Eu aprendi a formar vínculos muito rápido, eu acho que esse é um talento que eu tenho. E muito potentes. Muito potentes. E isso para mim faz muita diferença. Em segundos, eu consigo me vincular. Mesmo com as pessoas ditas “difíceis”. Falava um amigo meu “Fulana é má informante, não consegui tirar a história”. Eu ia lá perto e voltava pra ele “Você é mau perguntante... (risos), porque ela é ótima informante!”. Então, acho que é meu mesmo, isso””. (Monica Helena)

4.8. PERSPECTIVA DE GÊNERO E SEXUALIDADE

Seja consciente ou nem tanto, a diferenciação de gênero, em termos de capacidade de parir fisiologicamente, de *lugar* na sociedade e no sistema, de culpabilização da mulher por resultados adversos, é presente na maior parte dos discursos. A invisibilização da mulher no evento do parto é uma constante, e fica mais evidente com as narrativas dos entrevistados a respeito do nascimentos de seus filhos.

“Minha mulher sofreu episiotomia no nascimento dos três filhos. E realmente porque, na época, minha filha mais velha, a Luciana, tem 32, o Léo vai fazer 30 e o Leandro fez 27. Então, na época, era rotina fazer em todos os partos, e ela sofreu, nem se questionava, fez em todos. Eu dei o ponto do marido. A obstetra falou assim para mim: “Acho que é melhor você dar o ponto do marido! Você é o marido, então você faz bem apertadinho!”. (Renato)

Em algumas falas, o uso do poder traz claramente o componente da sexualidade, mostrando que as violações de direito e intervenções invasivas sofridas pela mulher, tantas vezes desnecessárias, buscam corrigir a "defectividade essencial" do corpo feminino (AMORIM, 2008). Trata-se de uma forma de "domar" a exuberância de uma sexualidade que teima em aparecer, em sua forma mais selvagem, no momento do parto. RUBIN (2003) comenta que o "*sexo é sempre político*" e que

"as formas institucionais concretas da sexualidade em determinado tempo e lugar são produtos da atividade humana. Elas são permeadas por conflitos de interesse e por manobras políticas, tanto deliberadas como acidentais".

Assim, quando uma entrevistada fala da episiotomia e menciona o “ponto do marido”, fica evidente o modo como o atendimento tradicional ou típico trata a vulnerabilidade da mulher no momento do parto.

“Começou de mim, que tive três episiotomias, em três partos normais, onde eu não vi necessidade, porque meus partos duraram o primeiro 2 horas e 35 minutos; o segundo, 35 minutos; e o terceiro, 3 horas e 30 minutos de parto. Em fetos pequenos... meus bebês eram de 3.200, 3.100, 3 quilos. A gente não imaginava que não precisava. Mas, no fundo, a gente achava aquilo um absurdo. Eu achava um absurdo. Tinha o famoso “ponto do marido”, que era um horror. E o corte vinha até o meio do bumbum, eu acho aquilo um absurdo. Então, não tinha como questionar, porque era sempre aquilo. Minha médica era ótima e ela fazia, como ela aprendeu. Isso foi aqui em São Paulo”. (Adelaide)

“Até hoje sou traumatizada com a episio do nascimento dos meus filhos e tenho algumas lembranças cruéis das minhas episios. A minha obstetra é minha comadre, madrinha da minha filha. E eu converso com ela na boa: “Eu sei que você não fez por maldade, mas eu tenho até hoje dificuldades outras, que não é o caso da entrevista, mas... por conta das episiotomias”. Três episiotomias é uma fibrose ferrada, né? Então, é difícil. (risos)”. (Adelaide)

A questão do acesso ao corpo feminino em franco desrespeito a direito passa, também, por uma reconstrução da identidade feminina ou, como diz CASTELLS (1999), a identidade como processo de construção de significado. A nova identidade feminina precisa passar pela redefinição dos atributos culturais que conceituam a mulher, antes da possibilidade de mudança. A identidade da mulher hoje, diante da resistência corporativa da medicina e dos demais profissionais de saúde do atendimento obstétrico estabelecido, perpassa pelo que CASTELLS (Ob. cit., p. 24) chama de *"identidade de resistência"*, uma vez que as atrizes desse palco social encontram-se em posição desvalorizada e estigmatizada pela perversa lógica da dominação.

Não há como não relacionar o pensamento acima à fala horrorizada de um dos entrevistados. Homem branco e de classe média, foi compelido pelo treinamento a, de hora em hora, enfiar os dedos na vagina das mulheres em trabalho de parto, atendidas em um serviço público de saúde, que acolhe mulheres pobres, e muitas vezes em situação de rua.

“Meu primeiro ano, foi no Amparo Maternal, uma loucura, 900 partos por mês, era o pré-parto mais desumano que já vi. A minha fonte de inspiração deste centro de parto aqui tem a ver com o que passei no Amparo, enfermaria com nove mulheres em trabalho de parto, uma ao lado da outra. Eu sentava num sofazinho, ficava olhando para as nove, dava mais uma hora e eu ia tocando todo mundo. Um show de horror, linha de produção”. (Almir).

Interessante salientar também que a fala baseada em evidências é percebida pelo acadêmico mais antigo e tradicional como potencialmente perigosa, pois que coloca nas mãos da mulher um poder sobre seu próprio corpo, que ela não pode ter, já que não estudou medicina.

“Quando levanto na universidade pública e digo que uma estratégia para a obstetrícia é deixar a mulher escolher a posição de parto, sair da mesa, inserir obstetriz e doula, e quando a pessoa mais importante da casa levanta e diz: “O senhor é um acadêmico! O senhor não tem direito de jogar uma pá de cal na história da obstetrícia! Falar que a mulher tem o direito de escolher a posição? Isso é perigoso, ela não estudou, ela não sabe como esse nenê vai girar!”. Respondo que não estava jogando pá de cal, que minha defesa era de um parto assistido, que a gente usava o sonar, o cardiotoco, as observações clínicas, mas eu não era contra dar de comer se a mulher quisesse e, na hora de parir, a ideia não era dar um cardápio. Eu disse que nós somos mamíferos, e posso te garantir que a vaca nunca foi a nenhuma universidade. Mas a vaca pare! E pare bezerros de quatro patas, não me pergunte como. Mas eu podia afirmar para ele que a mulher em trabalho de parto precisa olhar no entorno e se sentir respeitada, acolhida, olhar e ver que o pessoal está para apoiar. (...) Eu falei para ele que, se a ciência não servir para melhorar a qualidade de vida da mulher e do bebê, esta ciência, para mim, também não serve. É apenas um instrumento de dominação. Eu falei isso na instituição, para todo mundo. Claro que a sala silenciou, foi muito louco”. (João Ricardo)

Da mesma maneira, a culpabilização da mulher emerge, às vezes de modo velado, mas em muitas outras, sem qualquer disfarce.

“A episiotomia não evita morte. Ela evita laceração. A mulher tem de saber que poderá ter um PC (criança portadora de paralisia cerebral). A culpa é da mulher que recusar – pode-se fazer um B.O. (boletim de ocorrência). Porque tudo é culpa do médico”. (Inácio)

4.9. ACOMPANHANTE E DOULA

A Lei 11.108/2005, que estipula a presença do acompanhante da mulher em todo o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato – este entendido como os dez dias subsequentes ao parto – não é cumprida em boa parte dos hospitais do país. Prova disso é a farta jurisprudência a respeito da matéria (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012; BRASIL, 2014, dentre diversos outros julgados), indicando a intensa busca pelo Poder Judiciário para a reparação de lesão a direito especificamente tratado em lei federal.

Em que pese o desprezo institucional pela citada lei, mediante justificativas as mais diversas, desde a enfermaria ser coletiva, até o risco de contaminação, os médicos obstetras entrevistados manifestaram seu agrado com a presença do acompanhante, referindo-se aos benefícios que este traz ao trabalho de parto como um todo e à tranquilização da mulher, em específico.

“Nunca houve questionamento de paciente ou acompanhante. Ao contrário. Até na laceração, perguntavam se cortei, eu respondia que não. “Porque esses pontinhos estão doídos”. (Adelaide)

“Teve uma coisa muito interessante que eu presenciei, com a entrada do familiar para dentro do centro obstétrico, no momento do parto. Eles são parceiríssimos. Essa coisa de “eu vou matar todo mundo se acontecer alguma coisa errada”, não. Porque eles vêem que a gente está fazendo o que é possível fazer, que tá todo mundo lá... Eu até agora não vi nem ouvi ninguém falar de algum maluco que tenha ameaçado. Mesmo quando as coisas são muito difíceis, por exemplo, não em situação de parto normal, mas em situação de cesárea, quando tá muito difícil. Quando tirar um nenê, mesmo numa cesárea, é muito difícil, a gente ouve os pais falarem “Nossa, eu achei que fosse muito mais fácil!”. A melhor coisa que aconteceu foi a lei que autorizou a entrada, né, do acompanhante. Não tem que relutar, porque é muito

bom quando eles ficam dentro. É muito tranquilo. É muito gostoso quando ele está lá”.
(Monica Helena)

4.10. O QUE EU ACHO DA EPISIOTOMIA? OPINIÃO E INDICAÇÕES

O modelo hospitalar, instalado para o parto a partir da segunda metade do século XX (DINIZ, 2005), traz consigo um conjunto de situações e circunstâncias, dadas como voltadas para a segurança e medidas de não contaminação. Assim, apesar da lei do acompanhante (BRASIL, 2005), a mulher é afastada de quem conhece, alijada de seus pertences. Tem cirurgicamente aberta a musculatura e tecido erétil da vulva e vagina, por meio da episiotomia, como uma rotina em primíparas e também em quem já sofreu a intervenção. Ou, como muitas falas demonstraram, a intervenção é realizada de modo seletivo, apoiada em indicações que variam conforme pensa o profissional, sem muito critério comprovado por evidências científicas. O uso do fórcepe de alívio ou vácuo-estrator também é mencionado em diversas entrevistas, como rotineiro.

“Se a paciente tá no expulsivo que... prolongado... que você vê a possibilidade de uma rotura realmente importante, acho conveniente (risos) você fazer... A episiotomia tem utilidade”.
(José Pedro)

“Quanto às indicações de episiotomia, vê-se no momento. Muitas pacientes preferem o parto com analgesia. Talvez isso seja a dificuldade. Da hora em que você vai fazer essa analgesia. A altura da cabeça do nenê... tudo isso influi. Porque você tem um tempo no período expulsivo. E se você ultrapassa muito esse tempo, esse nenê começa a ter uma variação de foco, talvez você vá precisar fazer uma episiotomia, para facilitar a saída daquela criança. Ou quando você vê que vai ter uma laceração importante. Ou quando a gente usa fórceps de alívio. Usa menos. Mas, às vezes, você precisa fazer um fórceps de alívio. Talvez seja indicada a episiotomia, para que você não tenha uma laceração importante no períneo”.
(José Pedro)

As justificativas técnicas surgem para embasar uma possível episiotomia, mas deixam entrever que o obstetra ainda teme deixar de realizá-la, ainda que com perfeita consciência de sua desnecessidade.

“Mas, em um fórcepe transverso, o Kielland, em que precisa rodar a cabeça na vagina, e depois fazer a tração, eu vejo como um problema você não ter a episio. É muito movimento na vagina, com o orifício, o canal da saída, o meato, o intróito vaginal ainda muito fechado, acho que isso pode trazer complicações de lacerações graves, roturas em terceiro grau. (...) A outra situação é pela própria natureza do parto. Eu não sei... embora tenha visto, tenha lido, estudado, que o parto pélvico pode perfeitamente nascer sem episiotomia, na minha lógica ainda, eu vejo que o parto pélvico, por ser um parto dos diâmetros crescentes, ele, pela própria natureza, tem uma expulsão já maior, por conta dos diâmetros da expulsão. A saída é diferente e acho que esse possa ser um outro momento em que o médico vai fazer episio”. (Edgar)

“Se ela tem o corpo perineal muito curto, se ela tiver uma laceração, nessa mulher faço a episiotomia médio-lateral. (...) A retocolite pode ser indicação de cesariana, por conta de fístula retal por síndrome do intestino irritável, não dá para dizer que ela não vai ter fístula. Vão botar a culpa na episiotomia, mas não é. É da isquemia da região em um expulsivo muito prolongado. (...) E não estou dizendo que sou a favor de fazer a perineotomia de rotina. Estou questionando. Hoje o meu ensinamento é não fazer, porque é o que a gente tem de evidência científica. Mas eu acho que ainda falta”. (Almir)

“Hoje, dos critérios que uso para indicar episiotomia, eu avalio bastante a questão do tamanho do bebê. Outro aspecto é a distensibilidade do períneo e a outra é a distância da fúrcula vaginal ao reto. (...) Mas minha grande preocupação são os bebês muito grandes, macrossômicos, acima de 4,5kg. Esses me causam uma preocupação maior, chega um momento em que essa tentativa pode colocar em risco uma lesão para a mãe, do reto. Isso preocupa bastante. Faço uma médio-lateral-direita, nunca uma perineotomia. Isso mesmo é relativo; as pacientes bolivianas mostram que, mesmo com bebês macrossômicos, há uma maior facilidade do que a ocidental. Há algo cultural, de limiar de dor”. (Claudio)

Também houve a manifestação de quem não tem dúvidas de que o procedimento é benéfico e necessário, sem qualquer referência às evidências científicas.

“A episiotomia é uma boa prática. Na primigesta, evita lesões. Mais fácil suturar algo que você fez, do que algo que acontece. Tem laceração que vai até o reto. Para mim, as indicações de episiotomia são primigesta, fórceps e em prematuro, mas aí depende”. (Inácio)

“A episiotomia, como procedimento obstétrico, é um procedimento de segurança. O risco é a laceração da musculatura e do esfíncter anal. Se não a realiza, se a cabeça é muito grande, se a distância entre o intróito vaginal e o ânus for pequeno, pode correr o risco de correr entre a vagina até o ânus. Pode fazer longitudinal se o períneo for longo, distante. É um procedimento de segurança da laceração. Quando ao bebê, ajuda a abreviar o período expulsivo, desprende a cabeça, nasceu. Períneo íntegro e o nenê nasceu mal? Ninguém quer isso”. (Wolnei)

No universo pesquisado, surgiram falas de quem sequer admite o questionamento da intervenção.

“Indicações de episiotomia: primigesta, tem-se receio. Só se a musculatura for boa que não, ou nenê pequeno. Prematuro, não faço. A questão primordial hoje é cesárea ou normal. A episio não é um fator questionável, não vejo a paciente questionar”. (Wolnei)

Interessante a fala abaixo, onde o entrevistado comenta que não há laceração quando da manobra de Kristeller, uma vez que ele realiza episiotomia em 100% de suas pacientes. O entrevistado não vê a episiotomia, que corta pele, mucosa e músculo, como dano genital.

“O Kristeller serve para o nenê descer. Ele está em sofrimento. Ou faz cesárea, ou tira por baixo. O paciente tem de autorizar a fazer um fórceps. O Kristeller é uma alternativa a fazer fórceps, não é para machucar o paciente, tem uma técnica. A associação entre Kristeller e laceração é uma viagem; e não tem, porque a gente faz episio em todas, não tem laceração. Mas o Kristeller é tão criminoso assim? Por favor, pare de gravar”. (Wolnei)

É curioso apontar que, mesmo para médicos que têm a consciência da impregnação cultural e da formação em suas práticas, ainda é difícil abandonar a episiotomia e a contradição parece ser uma constante.

“(...) Eu acho que a episiotomia é um procedimento que fala da história da medicina. Acho que é um procedimento que foi introduzido numa situação em que havia necessidade de controlar o nascimento, em que a vida passa a ter mais valor. (...) Isso passa a ser importante em um determinado momento histórico e a episiotomia entra nessa necessidade de se disciplinar, de corrigir e de justificar a presença do médico. Então, por isso ser tão carregada de simbolismo. Ela surge para justificar que o médico devia estar ali. Então, acho que é um procedimento que acho que não deve ser feito nunca. Mas não digo que eu não faria (...)”. (Isadora)

“(...) Não é a episiotomia que vai salvar a vida. Nem do conceito, nem da mãe. Não acho que a episio seria um procedimento para isso, nunca vi a episio salvar nada. Nos casos de desproporção céfalo-pélvica, em que vi fetos assim no limite, para bacias no limite, o problema não era a episio, o problema era a desproporção céfalo-pélvica. Que é óssea. (...) Na minha prática, o que é indicação da episiotomia é quando eu vejo que está começando a romper”. (Monica Helena)

Na multifacetada gama de posicionamentos em que hoje parece encontrar-se o atendimento obstétrico, houve, por fim, a fala daqueles que baniram a episiotomia de suas práticas, na quase totalidade dos partos, ou seja, os médicos classificados neste estudo como atípicos.

“Na prática médica, acho a episiotomia, como procedimento obstétrico, um horror! (...) Não consigo pensar em nenhuma indicação para a episiotomia, nem nos casos do fórcepe de alívio, em que às vezes acontece, que assim seria uma obrigação, nem aí a gente tem feito mais. Estamos na episiotomia zero, porque os últimos fórcepe de alívio e vácuo [vácuo-extrator] é sem episiotomia”. (Adelaide)

“Sobre o “risco iminente de morte”, que dispensaria a autorização, acho uma loucura alguém pensar em fazer uma episiotomia por esse risco. A episio não salvaria nem a mulher e nem o feto, pois não é o procedimento que mudará esse desfecho. Não há risco iminente de morte que justifique a episiotomia, o nenê vai sair de qualquer jeito. Há as lacerações, mas ele sai, sempre. Não justifica a episiotomia”. (Adelaide)

“A episiotomia, como procedimento obstétrico (risos), eu praticamente não realizo mais. Eu acho que não há nenhuma indicação atual de se fazer episiotomia, então não faço mais episiotomia. Eu considero até uma violência, já que realmente existem várias técnicas, que nós podemos utilizar, quando o parto normal complica de alguma maneira, para não precisar ampliar as partes moles, como a gente conhece, que é a vagina e o períneo. Eu acho que, se tivesse que fazer episiotomia para fazer algum procedimento interno na mulher... vamos supor, numa situação em que saiu a cabeça e não saem os ombros. Uma distocia ou distócia, a típica distócia de ombros. Então, nessa situação, tem manobras externas que são feitas, mas quando elas falham, eu faria a manobra interna sem episiotomia. Se houvesse a laceração, por conta da introdução da minha mão, já que do bebê saiu a cabeça... a chance de ter uma laceração é enorme. Aí eu suturaria, mas a episiotomia eu não faria mais. Então, não acho necessário e acho que realmente é uma violência. Vejo hoje como um procedimento arcaico, obsoleto”. (Renato)

4.11. AUTORES CITADOS

As entrevistas trouxeram diversos autores de influência no posicionamento dos obstetras. Evidências, livros-texto e outras publicações, demonstrando que há a preocupação em um embasamento teórico na mudança de postura frente às intervenções e, mais especificamente, diante da episiotomia.

“Esse resgate histórico do Moyses Paciornik é importante. (...) Acho que ele tem uma visão antropológica, mais ampla, que é algo interessante. Ter essa dimensão maior é bom; ele estudava as indígenas kaingangs, e as bolivianas têm essa identidade indígena, andina, que faz com que haja alguma similaridade”. (Claudio)

“Na episiotomia, não tem de pensar nem na primeira. É que nem a cesariana. Precisa pensar muito bem antes de fazer uma cesariana. Porque se você não pensar na primeira, na segunda pode dizer que vai. Porque está escrito no livro do nosso Rezende, que morreu, que Deus o tenha. Li o livro do pai, o do filho eu não li, não posso falar. Mas estava escrito, uma vez cesárea, sempre cesárea”. (Adelaide)

“Não há necessidade de uma episiotomia hoje e acho que vou concordar com Marsden Wagner, que é aquele pediatra americano, falecido recentemente, que é uma mutilação genital”. (Renato)

“Não só as evidências científicas, mas trabalhos, principalmente o da Melania [Melania Maria Ramos de Amorim], que eu acho que é... Deu zero. Considero a Melania assim um cérebro privilegiado, né? Muito inteligente e tal, então tenho acompanhado isso”. (Renato)

“Estou lembrando agora que o primeiro texto que li sobre a humanização do parto, era um texto do Ricardo Herbert Jones. Eu devia estar no primeiro ou segundo período da faculdade, e lembro que, na época, a discussão era casa de parto”. (Isadora)

“As questões de cuidado, textos do Merhy (Emerson Merhy), a gente lia, do Gastão (Gastão Wagner de Souza Campos) (...)”. (Isadora)

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

“(...) Então, meu primeiro contato com paciente, ainda era no currículo antigo, foi no terceiro período, nas aulas de semiologia. A gente teve uma missa do cadáver, que é um culto ecumênico. Para dizer, “olha, vamos lidar com esse cadáver de uma maneira respeitosa; afinal de contas, ele teve uma história”. Eu não lembro de um ritual desse pra gente começar a lidar com as pacientes (risos) (...)”. (Isadora)

5.1. POR QUE OS MÉDICOS OBSTETRAS PENSAM O QUE PENSAM E AGEM COMO AGEM?

O modelo de assistência obstétrica ainda se encontra intimamente embebido pelos conceitos da segunda metade do século XX, limitado por pouca atenção dada pelos profissionais às evidências científicas sobre indicações efetivas, segurança e conforto dos procedimentos. Permanece a inconsciência de uma obstetrícia caracterizada pela cultura discriminatória, punitiva e correcional, dirigida às parturientes, como induções prematuras ou inadequadas, aceleração com ocitocina (procedimento que, em geral, faz ultrapassar o limite de suportabilidade da dor), episiotomia, uso de fórcepe em mulheres no primeiro parto (primíparas), dentre outras intervenções não amparadas cientificamente (DINIZ, 2004; 2009).

Este estudo pretendeu compreender porque os médicos obstetras, dentro da população selecionada, adotam determinado posicionamento profissional para o recorte escolhido, ou seja, realizam a episiotomia de rotina, em todas as parturientes que têm parto vaginal, realizam a episiotomia seletivamente, de acordo com critérios de indicação, ou jamais realizam o procedimento. Tratando-se de estudo qualitativo e optando-se pela modalidade entrevista para a coleta de dados, obteve-se respostas que foram, no momento da análise, agrupadas nas categorias apontadas.

DINIZ (2001), citando ENKIN (1995, 2000) e WHO (1996), mostra que, nas tentativas de melhorar a qualidade da assistência ao parto, podem ter sido adotadas,

acriticamente, intervenções injustificadas, inapropriadas, desnecessárias e até arriscadas, sem a devida avaliação de sua efetividade ou segurança. Nesta pesquisa, apurou-se que o posicionamento dos obstetras diante da episiotomia, mesmo daqueles que realizam o procedimento de modo rotineiro, deve-se a multiplicidade de influências, e, embora incluam a formação acadêmica, não se limitam a esta.

O medo parece ter papel fundamental na prática do médico obstetra, quando da escolha em realizar ou não a episiotomia. Desde o temor da morte, passando pelo medo da lesão ou sequela física, e chegando ao receio de sofrer processo judicial, o médico obstetra parece trabalhar sempre sob permanente alerta de risco. Risco para a parturiente e risco para ele mesmo.

Ainda que faça todo o sentido, uma vez que o processo de gestar e parir nunca é destituído totalmente de risco, as justificativas apresentadas pelos médicos obstetras entrevistados, dentre aqueles que realizam a episiotomia, seja rotineira ou seletivamente, são marcadas pela variedade e, de modo geral, têm pouco respaldo nas evidências científicas. Algumas escolhas, na prática médica, parecem fundamentadas na casuística e no argumento de décadas de consultório e plantão. Entrevê-se, ainda, certa dificuldade de percepção do papel da tradição, vigente hoje em sua atuação profissional. Exemplos disso são ideias preconcebidas a respeito da incapacidade da mulher em parir fisiologicamente, dos perigos de uma mítica *vagina assassina*, de palavras que expressam o modelo mecanicista, como “canal de parto”, “motor”, dentre outros, e que são marcadores associados à educação médica. DAVIS-FLOYD (2012) cita REYNOLDS (1991) e bem caracteriza o modelo que permeia a sociedade como um todo e a cultura médica da atualidade, definindo o termo *tecnocracia*, que implica no uso de uma ideologia do progresso tecnológico como fonte de poder político.

Dentre os obstetras entrevistados, aqueles que optam manifestamente por realizar a episiotomia de modo seletivo mostraram enxergar a desnecessidade do procedimento, além de conhecer as evidências científicas que o desaconselham. Curiosamente, tenderam a concluir suas falas ressaltando os perigos de lacerações importantes, e da anóxia do feto no período expulsivo, apontando a episiotomia como a intervenção salvadora, que impediria essas e outras consequências danosas. Discorreram sobre a incoerência em tentar solucionar distócia de ordem óssea cortando “partes moles” – pele, mucosa e músculo -, mas concluíram, deixando claro que ainda optariam por realizar o procedimento.

No que tange às evidências científicas que tratam da episiotomia, o treinamento obtido na formação profissional parece ter sido deficiente para os entrevistados. As falas de alguns também mostram certo desconhecimento quanto à sistemática dos estudos científicos e dos

diversos níveis de evidências, surgindo o uso sinonímico e equivocado entre revisões sistemáticas e estudos de modo geral. O acesso às evidências científicas de modo amplo, para aqueles que mostraram conhecer as fontes e repositórios, não pareceu recurso confiável o suficiente para que os obstetras nele embasassem sua mudança na prática.

Na educação médica, também evidenciou-se que o aprendizado de um aluno não com professor, mas com aluno mais graduado, trouxe insegurança quanto à melhor técnica e quanto às indicações do procedimento. Indicou-se ainda que, como nas escolas médicas o parto normal era realizado já por alunos do terceiro e quarto anos, e apenas após tais períodos é que se passava à prática da cesariana, o parto pela via vaginal foi considerado como procedimento menos importante e característico de quem detém menos conhecimento. A opção por procedimentos identificados como “cirúrgicos”, e que exigiriam maior conhecimento técnico, pareceu agregar prestígio àquele profissional, além de conferir ao médico maior sensação de segurança, pois que se trata de intervenção onde o obstetra sente, ilusoriamente ou não, ter maior controle.

Outro ponto a ser salientado é que os médicos obstetras entrevistados não demonstraram ter, na lei brasileira nem no código de ética, qualquer tipo de guia para orientação de seus procedimentos. Não houve comentário nas entrevistas quanto à autodeterminação da parturiente consistir em expressa estipulação do código de ética médica, ou mesmo sobre a integridade corporal estar inserida no conjunto de direitos humanos recepcionados pela Constituição Federal.

Ainda que todos que trataram do assunto tenham chegado ao consenso de que a episiotomia não é solução em caso de *risco iminente de morte*, ao mencionarem a possibilidade de anóxia e sequelas, apenas dois entrevistados tocaram brevemente na questão da norma jurídica, contida na Lei Civil, pela qual só se é sujeito de direitos após o nascimento com vida (BRASIL, 2002). Ainda que alguns entrevistados tenham dito que respeitariam negativa expressa quanto à episiotomia, é com base em um direito inexistente em nosso sistema jurídico (v.g. o do feto), que alguns negam o direito da mulher a sua integridade corporal no parto.

O art. 2º do novo Código Civil Brasileiro determina que: "A personalidade civil da pessoa começa do nascimento com vida; mas a lei põe a salvo, desde a concepção, os direitos do nascituro." (BRASIL, 2002, p 17) O atributo jurídico da pessoa passa a existir a partir do momento em que o feto sai do ventre da mãe, quer por parto natural, induzido ou artificial, e tenha vida. É a vida que dá a personalidade jurídica e a titularidade de direitos em plenitude. O nascituro tem apenas expectativa de direitos. Sem falar aqui de qualquer questão de ordem

religiosa, filosófica ou sociológica sobre a existência da vida uterina como ser humano, cabe questionar, do ponto de vista jurídico, que critérios norteariam os médicos obstetras que dissessem que não respeitariam a negativa da mulher quanto à episiotomia.

Mais de um entrevistado destacou, como problema emergente da profissão, aquilo que chamam de *judicialização da medicina*. A expressão foi utilizada na acepção da busca pela parturiente de reparação judicial, frente ao que ela entende ser lesão a direito. Lembrando que a busca do Judiciário nesta situação trata-se de garantia constitucional, consubstanciada no inciso XXXV, do artigo 5º da Constituição Federal, é interessante o entendimento, de alguns médicos entrevistados, de que o processo judicial configure desestímulo à profissão.

A pressão institucional, corporativa ou dos pares que integram a equipe, ainda que circunstancialmente, é fator de importância para a dificuldade em modificação da postura frente ao procedimento da episiotomia. Essa pressão da instituição em que se trabalha parece ser sentida como advinda do modelo “linha de produção” e excesso de serviço.

O médico sofre também o que este estudo convencionou chamar de pressão corporativa, em que se insere a pressão psicológica realizada pelos colegas médicos que não integram a equipe. Essa pressão parece acontecer com a explícita diferenciação e segregação daquele profissional que opta por alterar a prática dominante.

A pressão dos pares, referida precipuamente como aquela feita pelo pediatra neonatologista, que, tomado talvez de ansiedade, solicita ao obstetra que entregue logo aquele bebê para os procedimentos protocolares de neonatologia em sala de parto. A pressão efetuada pelos neonatologistas parece não ser fundamentada nas evidências científicas, mas em pressa ou em intervenções prematuramente indicadas.

A questão que pergunta ao entrevistado se ele teria algo a acrescentar a respeito do nascimento dos próprios filhos tem relevância na medida em que o participante abandona, nesse momento, seu lugar de fala como médico e seu papel no atendimento obstétrico, para olhar a cena sob outra perspectiva. Após a digressão a respeito do aprendizado, da prática, indicações e outras questões referentes à técnica e à profissão, o entrevistado assume, então, o ponto de vista da paciente ou do marido da paciente. Observou-se, por exemplo, na entrevista da médica Paula Andréa Marquezini, uma mudança física quando o assunto passou para o nascimento dos dois filhos da entrevistada. O rosto pareceu relaxar, os olhos assumiram uma expressão menos dura e a fala teve mais humor e espontaneidade. A referência pessoal ao nascimento dos próprios filhos pareceu fazer com que o entrevistado abandonasse a carga de treinamento obtida na educação médica formal, para enxergar o parto e os eventos que o cercam da perspectiva daquele que recebe aquele atendimento. Pode-se dizer, sem muita

ousadia, que a questão motivou uma reflexão sobre a cena do parto sob outro ponto de vista, onde a couraça da tecnocracia aprendida quase não teve lugar.

5.2. IMPLICAÇÕES PARA POLÍTICAS PÚBLICAS

Diretrizes administrativas do sistema de saúde e de alcance nacional, além de uma maior vigilância por parte do conselho de medicina, estipulando exigências específicas quanto ao preenchimento dos prontuários, também pode ser medida efetiva na adequação da atenção em saúde obstétrica a patamares mais aceitáveis, diante das taxas preconizadas internacionalmente. Sugere-se fortemente a exigência severa da anotação de *todas as intervenções e procedimentos realizados*, e de justificativas para procedimentos, instando o médico obstetra a pensar nos porquês de sua prática e a buscar evidências que o respaldem na adoção das intervenções – ou pare de realizá-las.

Uma proposta de ordem prática é a implementação da ferramenta desenvolvida pelo Serviço de Saúde da Inglaterra, o NHS - National Health Service, o *termômetro de segurança*, que permite medir a ocorrência de efeitos adversos no atendimento em saúde. Originalmente mensurando a ocorrência de úlceras por pressão, quedas, infecções urinárias (em pacientes com cateter urinário) e tromboembolismo venoso, como os quatro tipos de danos aos pacientes decorrentes dos cuidados de saúde, contém a ideia do cuidado ‘livre de dano’ (harm free) e permite monitorar a proporção de pacientes que não apresentam nenhum desses quatro eventos (FIOCRUZ, 2015).

O NHS vem desenvolvendo e implementando outra iniciativa semelhante, com relação aos cuidados na gestação e ao parto, o ‘Maternity Safety Thermometer’ (Termômetro de Segurança Materno. Passando por um teste piloto de junho de 2013 a outubro de 2014, a ferramenta mede lesões decorrentes de Trauma Perineal ou Abdominal, Hemorragia Pós-parto, Infecção, Separação do Bebê e Segurança Psicológica. Também são identificados bebês com Apgar menor que 7 aos 5 minutos de vida e aqueles que são admitidos em UTI Neonatal.

Para os propósitos deste estudo, a proposta é a implementação da medição das lesões decorrentes de trauma perineal. O objetivo é que a mulher saia do parto sem qualquer lesão, seja o corte da cesariana, seja o corte da episiotomia. Trata-se da ideia da *assistência sem dano*, e, para o caso da episiotomia, pode ser mensurada, em termos práticos, com a exigência da anotação da intervenção em prontuário, acompanhada de suas justificativas. Também

sugere-se que o obstetra anote a lesão espontânea, mas sempre com o cotejamento com as demais intervenções, como restrições de posicionamento e movimentação, infusão de ocitocina e manobra de Kristeller, para que seja mensurada a causa e, comparativamente, avaliada a extensão da lesão.

5.3. O MÉDICO COMO PRODUTO DO SISTEMA

Fica claro que o médico obstetra demonstra sofrimento no enfrentamento da prática, nos moldes em que hoje ela vem acontecendo. A educação médica não abriu possibilidades de discussão e aquilo que foi ensinado deveria ser aplicado sem maiores reflexões. Entretanto, o encontro com a mulher gestante, parturiente e puérpera não acontece sem resistência, sem questionamentos, embates. O médico tem a referência do sofrimento humano nesse encontro e demonstra, ainda que procure negar por meio da técnica, que também sofre.

O trânsito do médico no recorte escolhido, a episiotomia, lida de perto com a produção da vulnerabilidade social da mulher e é passa por um treinamento que não apenas desconsidera essa vulnerabilidade, mas que lida com ela por meio da impessoalidade e do consequente desrespeito ao direito. RIOS e SCHRAIBER (ob. cit., p. 55-56) salientam que, no ensino médico, predomina a crença de que o médico com humanismo em sua prática age assim por saber menos medicina, sendo esse considerado médico de segunda categoria. As autoras destacam características do coletivo, sob o olhar dos professores de medicina, chamando atenção para a competitividade, a desconfiança, as disputas de poder, a ambiguidade, esta no sentido da falsidade ou dupla personalidade.

Para o aluno de medicina, RIOS e SCHRAIBER (ob. cit., p. 46) encontraram uma estrutura de ensino que funciona como elemento essencial na infantilização do corpo discente, além de imaturidade emocional e dificuldade de reflexão e construção da interioridade. Fica evidente em todo o estudo que rapidamente o aluno aprende que precisa ligar-se ao médico com quem deseja se parecer em sua trajetória profissional. Isso significa conseguir o que se chamou de apadrinhamento por parte do professor. Assim, o que se percebe é que a educação médica mantém seu foco no aprendizado da técnica, mas por meio da dedicação subserviente àquele professor e médico que possa garantir sucesso profissional.

Conclusão interessante de RIOS e SCHRAIBER (ob.cit., p. 138) é que a conversa com o paciente, em termos de disposição para enxergar a pessoa e para ouvir, não se trata de

habilidade inata e faz falta no currículo da escola de medicina. Dessa lacuna à violência, o passo é pequeno e a seguinte transcrição da mesma obra é importante para esse olhar:

“Não olhar nos olhos dos pacientes, ou tratá-los como invisíveis, pode ser um recurso defensivo para deter tamanha sensibilização, funcionando, nesse sentido, contra a humanidade que faria deles nossos semelhantes, a todo momento nos lembrando que também estamos à mercê de tais sofrimentos. Ver a doença, o órgão, a lesão e não ver a pessoa poderia funcionar como um recurso para não entrar em contato com a dor (do outro e a própria) ou para lidar com o medo de ser por ela tomado e paralisado, embora com o tempo possa significar uma automutilação da capacidade sensível humana”. (RIOS e SCHRAIBER, ob.cit., p.186)

Neste estudo, percebeu-se o importante papel que o medo desempenha na escolha do momento e dos procedimentos, para o médico que atende em obstetrícia. Se o currículo da educação médica falha em munir o aluno das habilidades humanas do ouvir, do olhar nos olhos, e de recursos para lidar com o medo e com a dor, não é de se estranhar que, diante de um momento aflitivo, o médico venha a agir de modo intervencionista, visando acabar o mais breve possível com a situação de angústia.

Examinando o documento que estipula as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina, observa-se que, apesar de mencionar logo no início que o médico deverá ter formação humanista, o texto determina as competências e habilidades a serem desenvolvidas por aquele que se formar médico e, em momento algum, menciona a escuta, a empatia ou a capacidade de reconhecer a autonomia do paciente. Mesmo quando contempla a competência *Comunicação*, o texto limita-se a caracterizar essa competência por *acessibilidade, confidencialidade, comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura*; além do *domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação*. Ou seja, a comunicação e respeito à autonomia do paciente ou a importância do consentimento informado foram ignorados pelo Ministério da Educação e Cultura, na confecção de diretrizes de capital importância na educação médica.

Em continuidade, comparando tais diretrizes com as grades curriculares mencionadas neste estudo, no item 1.4, pg. 25, percebe-se que é dada ainda menos ênfase à formação humanística e generalista quando se trata da distribuição do programa nas disciplinas oferecidas. O médico forma-se de modo direcionado à intervenção, à tecnocracia e desprezando o contato humano com o paciente. Assim, a pouca importância dada ao consentimento informado e à autodeterminação do paciente, por alguns dos profissionais

entrevistados neste estudo, caracteriza-se também como consequência direta de uma formação que não tem olhos para a paciente sujeito de direitos.

Nessa conformidade, atreve-se também este estudo a sugerir imediata alteração no ensino médico, quanto às diretrizes e às grades curriculares, para que se dê um lugar de destaque à formação humanística do médico. Do mesmo modo, sugere-se fortemente que os docentes sejam compelidos à atualização, por meio de seminários e dinâmicas de sensibilização para a questão, em especial com destaque ao direito à integridade corporal, à autonomia e autodeterminação, e à necessidade de um consentimento suficientemente informado para a execução de procedimentos.

Através de intervenções junto à formação e prática médicas, crê ainda este estudo que será possível ajustar as taxas de episiotomia do país àquelas preconizadas pelas evidências científicas, pelos organismos internacionais de peso em saúde pública, e de conformidade com as diretrizes da Saúde nacional.

Na educação médica, recomenda-se a reformulação imediata do programa da disciplina de bioética, ética ou seja que nome venha a ser conferido ao ensino dessa matéria. Questões contidas no código de ética médica, como a autodeterminação da paciente, o consentimento realmente informado, o respeito à integridade corporal, consistem em temas e direitos a serem ensinados de modo que o aluno faça conexão com a prática, com o mundo concreto. A abstração filosófica pode ter seu papel, mas jamais roubando o lugar da sensibilização do aluno para as questões de direitos humanos na perspectiva da prática. O olhar do médico obstetra para sua paciente pode, desde os primeiros anos de formação, ser talhado para o respeito, a empatia e a formação do vínculo.

A lei brasileira, no tocante às questões específicas que atingem a prática médica, precisa ser objeto de ensino na graduação, na residência, na especialização. Buscando uma visão prática da aplicação legal, pode-se obter, de um lado, uma mudança de conduta calcada no respeito ao outro como sujeito de direitos, e, de outro lado, o afastamento do fantasma da judicialização, já que o profissional poderá conscientemente sentir-se protegido, já que estará agindo de acordo com o ordenamento jurídico.

A humanização e as chamadas disciplinas de Humanidades Médicas ainda precisam de objetos, conteúdos e métodos adequados à sensibilização das comunidades docente e discente, sendo ainda percebidas como advindas do senso comum. Como salientam RIOS e SCHRAIBER (ob. cit., p. 233), talvez em virtude dessa percepção, são consideradas como saberes menos confiáveis do que o conhecimento médico científico. A construção da

legitimidade dessa área, no campo da Medicina e, em especial, na Obstetrícia, é trabalho urgente e que demanda dedicação intensa.

5.4. SOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

No caminho jurídico, cabe também o confronto com uma realidade social em que não se aplica o direito existente. Nessa vertente, faz sentido o advocacy legislativo, buscando adequar a lei à realidade obstétrica permeada de violência, que aparece desde a educação médica até o atendimento em si. Também inclui a efetiva advocacia contenciosa judicial, para que exista a cobrança processual, com a reparação aos atos que desrespeitarem o direito das mulheres parturientes. Entretanto, a situação não se queda resolvida no mundo dos advogados, dos militantes políticos ou sociais. Passa pela reconstrução da identidade feminina, como explanado supra e nela não se esgota, demandando sensibilização em todas as camadas da sociedade e, em especial, para as profissões de saúde que lidam diretamente com o parto.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AIMS - Association for Improvements in the Maternity Services. Maternity Defense Fund. 1982.
- Albers LL, Sedler KD, Bedrick EJ, Teaf D, Peralta P. Factors related to genital trauma in normal spontaneous vaginal births. *Birth*. 2006; 33(2):94-100.21.
- Alberti V. Manual de história oral. 3a ed. São Paulo: Editora FGV; 2005.
- Amorim MM, Katz L. O papel da episiotomia na obstetrícia moderna. *Femina*. 2008;36:47-54.
- Amorim MM. Estuda, Melania, estuda. Estudando episiotomia [Internet]. Paraíba: 2012. Acesso em 14/05/2016. Disponível em: <http://estudamelania.blogspot.com.br/2012/08/estudando-episiotomia.html>.
- Amorim MM, Melo I, Katz L, Coutinho I. Selective episiotomy vs. implementation of a non episiotomy protocol: a randomized clinical trial. *Reproductive Health Journal*. 2014. doi:10.1186/1742-4755-11-66.
- Andreto DA. Transtorno de estresse pós-traumático pós-parto e depressão pós-parto: prevalência e fatores associados em puérperas do setor público e privado da zona leste de São Paulo. São Paulo; s.n; 2010. 155 p.. CIR - Biblioteca - Centro de Informação e Referência. - BIREME/OPAS/OMS - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. Disponível em <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-594132>; Localização: BR67.1; 159.9, 23. 52361/2010 / BR67.1; MTR, 1774. 52362/2010. CM.
- Argentina. Lei Nacional 26.485. Buenos Aires, 2009.
- Balaskas J. Parto Ativo: Guia Prático para o Parto Natural. São Paulo : Ground, 1993
- Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 225p. ,1977.
- Barroso LR, Barcellos AP. O Começo da História: A Nova Interpretação Constitucional e o Papel dos Princípios no Direito Brasileiro. In: Rúbio DS, Flores JH, Carvelho S. (Org). Direitos Humanos e Globalização: Fundamentos e possibilidades desde a teoria crítica. 2. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010.
- Beech BL. The History of Episiotomy in the United Kingdom. AIMS - Association for Improvements in the Maternity Services. Conference in Paris: 2004.
- Boston Women's Health Book Collective (BWHBC) - The New Ourbodies, Ourselves. New York City, Touchstone Simon And Schuster, 1984
- Boyaciyan K, Camano L. O perfil dos médicos denunciados que exercem Ginecologia e Obstetrícia no Estado de São Paulo. *Rev Assoc Med Bras* 2006; 52(3): 144-7.
- Brasil. Lei 12.376 de 30 de dezembro de 2010. Alterou o Decreto-Lei nº 4.657, de 4 de setembro de 1942, antiga Lei de Introdução ao Código Civil Brasileiro. Publicada pelo DOU em 31.12.2010.
- Brasil. ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar. Consultas públicas nºs 55 e 56. Disponível em <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/consultas-publicas/consulta-publica-55-e-56-parto>. Acessado em 8 de dezembro de 2014.
- Brasil. ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa 368/2015. Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação

à gestante no âmbito da saúde suplementar. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 jan 2015. p. 38.

Brasil. Procuradoria da República em São Paulo. Assessoria de Comunicação. “29/08/14 - Após firmar compromisso com MPF, Prefeitura de SP melhora atendimento a gestantes e realização de partos”. Disponível em http://www.prsp.mpf.mp.br/prdc/sala-de-imprensa/noticias_prdc/29-08-14-apos-firmar-compromisso-com-mpf-prefeitura-de-sp-melhora-atendimento-a-gestantes-e-realizacao-de-partos.

Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº. 1.246/88, de 08 de janeiro de 1988. Dispõe sobre o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, de 26 jan 1988. Seção 1, p. 1574-7 de 26/01/1988. Atualizada pela Resolução CFM nº 1931, de 17 de setembro de 2009, publicada no D.O.U. de 24 de setembro de 2009, Seção I, p. 90 e com retificação publicada no D.O.U. de 13 de outubro de 2009, Seção I, p.173; edição de 2013.

Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1988.

Brasil. Decreto-Lei nº 2848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez 1940, e retificado em 3 jan 1941.

Brasil. Lei 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 jan 2002. p.11:337.

Brasil. Lei 8079, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 set 1990, p. 1:8. Edição extra e retificado em 10 jan 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006 : dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/ Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

Brasil. Lei Federal nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set 1990.

Brasil. TJ-RJ - RI: 00111765520108190087 RJ 0011176-55.2010.8.19.0087, Relator: FABIO RIBEIRO PORTO, Data de Julgamento: 12/05/2010, Terceira Turma Recursal, Data de Publicação: 17/05/2011.

Brasil. TJ-SP - REEX: 00039436420128260629 SP 0003943-64.2012.8.26.0629, Relator: Luis Fernando Camargo de Barros Vidal, Data de Julgamento: 28/04/2014, 4ª Câmara de Direito Público, Data de Publicação: 05/05/2014.

Brasil. Ministério Público Estadual. Audiência pública 17 de novembro de 2014; disponível em http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/noticias/noticia?id_noticia=12741378&id_grupo=118; acessada em 1º de dezembro de 2014.

Brasil. Ministério Público Federal. Audiência pública 23 de outubro de 2014; disponível em <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/informativos/edicoes-de-2014/outubro/para-mpf-sp-ha-consenso-de-que-a-epsiotomia-nao-deve-ser-usada-indiscriminadamente/?searchterm=episiotomia>; acessado em 1º de dezembro de 2014.

Brasil. TJ-RJ - RI: 0095322220128190002 RJ 0095322-22.2012.8.19.0002, Relator: AYLTON CARDOSO VASCONCELLOS, Quinta Turma Recursal, Data de Publicação: 17/02/2014 14:38.

Brasil. Câmara dos Deputados. A construção do artigo 5o da Constituição de 1998 [recurso eletrônico]. – Brasília : Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2013. – (Série

- obras comemorativas. Homenagem ; n. 9). Disponível em <http://bd.camara.leg.br/bd/handle/bdcamara/15176>. Acesso em 6.jul.2016.
- Brasil. Município de Diadema - SP. Lei Municipal 3363/2013 de Diadema, de 1º de outubro de 2013. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação à gestante e parturiente sobre a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, visando, principalmente, a proteção destas contra a violência obstétrica no Município de Diadema. Disponível em http://www.cmdiadema.sp.gov.br/leis_integra.php?chave=336313. Acessado em 8 de dezembro de 2014
- Brasil. Município de São Paulo - SP. Lei Municipal de São Paulo nº 15.894, de 8 de novembro de 2013. Institui o Plano Municipal para a Humanização do Parto, dispõe sobre a administração de analgesia em partos naturais de gestantes da Cidade de São Paulo, e dá outras providências. Diário Oficial do Município de São Paulo, SP, 9 nov 2013, p. 1:3.
- Brasil. Estado de São Paulo. Lei Nº 15.759, de 25 de Março de 2015. Assegura o direito ao parto humanizado nos estabelecimentos públicos de saúde do Estado e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de São Paulo, 26 de março de 2015, Seção I.
- Brasil. Organização dos Estados Americanos, Convenção Americana de Direitos Humanos ("Pacto de San José de Costa Rica"), 1969.
- Brasil. Organização dos Estados Americanos, Convenção Interamericana para a Prevenção, Punição e Erradicação da Violência contra a Mulher ("Convenção de Belém do Pará"), 1994. Ratificada pelo Brasil em 1992.
- Brasil. Código Civil, Constituição Federal e legislação complementar. Mini código Saraiva. 18ª ed. São Paulo, Ed Saraiva: 2012, p 17.
- Brasil. Senado Federal. CPMI Comissão da Mulher. 2011. Disponível em <http://www.senado.leg.br/noticias/especiais/violenciacontramulher/>. Acesso em 2 de dezembro de 2014.
- Brasil. TJPR - Tribunal de Justiça do Paraná. Apelação Cível nº 663.305-2, da Vara Cível e Anexos da Comarca de Guaratuba-PR. Sentença parcialmente mantida.
- Brasil. TJSP. Processos judiciais nºs 1012302-45.2013.8.26.0016; 4004104-03.2013.8.26.0554; 4006293-58.2013.8.26.0002; 1051216-86.2014.8.26.0100; 1040371-92.2014.8.26.0100. 2013/2014.
- Brasil. TRF - Tribunal Regional Federal da 3ª Região - São Paulo. Mandado de Segurança, processo número 0017488-30.2010.4.03.6100, em trâmite na 24ª Vara Cível Federal.
- Brasil. Universidade de São Paulo. Grade curricular. Disponível em <https://uspdigital.usp.br/jupiterweb/listarGradeCurricular?codcg=5&codcur=5042&codhab=0&tipo=N>. Acessado em 01/01/2015.
- Brasil. Prefeitura Municipal de São Paulo – SP. Convênio Parto Seguro à Mãe Paulistana. São Paulo, 2014.
- Brasil. Poder Judiciário. Tribunal de Justiça de São Paulo. Apelação no 0131591-13.2008.8.26.0000. Julgado em 06 de junho de 2012.
- Brasil. Poder Judiciário. Tribunal de Justiça de São Paulo. Apelação Cível com Revisão nº 572.652-4/7-00. Julgado em 11 de fevereiro de 2009.
- Brasil. Poder Judiciário. Tribunal de Justiça de São Paulo. Apelação nº 0090529-27.2007.8.26.0000. Julgado em 17 de outubro de 2012.
- Brasil. Poder Judiciário. Tribunal de Justiça de São Paulo. Apelação nº 533 366 5/0-00 - IBIÚNA. Julgado em 27 de abril de 2009.
- Brasil. Poder Judiciário. Tribunal de Justiça de São Paulo. Apelação nº 994.02.065152-4. Julgado em 1º de dezembro de 2010.
- Brasil. Poder Judiciário. Tribunal de Justiça de São Paulo. Apelação nº 0008836-14.2009.8.26.0400. Julgado em 27 de junho de 2012.

- Brasil. Poder Judiciário. Tribunal de Justiça de São Paulo. Apelação nº 0000957-56.2010.8.26.0129. Julgado em 20 de março de 2012.
- Brasil. Poder Judiciário. Tribunal de Justiça de São Paulo. Apelação nº 0351826-66.2007.8.26.0577. Julgado em 12 de julho de 2012.
- Brasil. Poder Judiciário. Tribunal de Justiça de São Paulo. Apelação nº 0008083-23.2005.8.26.0198. Julgado em 30 de setembro de 2013.
- Brasil. Poder Judiciário. Tribunal de Justiça de São Paulo. Apelação 9174286-57.2007.8.26.0000. Julgado em 31 de julho de 2013.
- Brasil. Ministério Público Federal. MPF em São Paulo realiza audiência pública para debater episiotomia e humanização do nascimento [Internet]. 2014 [acesso 2015 Set 1]. Disponível em: http://www.prsp.mpf.mp.br/sala-de-imprensa/noticias_prsp/16-10-14-2013-mpf-em-sao-paulo-realiza-audiencia-publica-para-debater-episiotomia-e-humanizacao-do-nascimento
- Brasil. Ministério Público Federal. Ação Civil Pública. Réu: Agência Nacional de Saúde Suplementar. Processo nº , Vara Federal da Seção Judiciária de São Paulo, 3ª Região.
- BWHBC - The Boston Women's Health Book Collective. *The New Our Bodies, Ourselves: A Book by and for Women*. Simon and Schuster, New York:1984.
- Cadernos Cremesp. Considerações sobre a responsabilidade médica. In: Cadernos Cremesp – Ética em ginecologia e obstetrícia. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2002. p. 13.
- Carroli G. Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: The Cochrane Library, Issue 9, 2014, Art. No. CD000081. DOI: 10.1002/14651858.CD000081.pub2 2009.
- Carvalho B. Xô Episio - Episiotomia? Não!. Weblog disponível em <http://www.xoepisio.blogspot.com.br/>. Acesso em 9 de dezembro de 2014.
- Carvalho CCM. Souza ASR. Olímpio BMF. Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências. RS. FEMINA. Maio 2010. vol 38. nº 5.
- Castells M. O fim do patriarcalismo: movimentos sociais, família e sexualidade na era da informação. In: A era da informação. São Paulo: Ed. Paz e Terra;1999. p. 169.
- Cavalcante SL, Friche AADL, Silva AAM Da, et al. Pesquisa Nascer no Brasil : perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. Cad Saúde Pública, Rio Janeiro. 2014;30:192-207.
- CNS – Conselho Nacional de Saúde. Resolução no 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/conselho/resol96/RES19696.htm>.
- Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Resolução CFM nº 1931/2009. Aprova o Código de Ética Médica. Publicada no D.O.U. de 24 de setembro de 2009, Seção I, p. 90. Retificação publicada no D.O.U. de 13 de outubro de 2009, Seção I, p.173.
- Costa AVM. Sales RM. Moura FMJSP. Costa RS. Moura LJSP. Vivência das mulheres sobre a episiotomia. Rev Enferm UFPI, Teresina 2012 jan-abr; 1(1): 50-5.
- Dantas F. Souza EG. Ensino da Deontologia, Ética Médica e Bioética nas Escolas Médicas Brasileiras: uma Revisão Sistemática. Revista Brasileira de Educação Médica 32 (4) : 507–517; 2008
- Davis-Floyd R. St. John G. From doctor to healer: the transformative journey. New Jersey, Rutgers University Press : second printing, 2001.
- Davis-Floyd R. Birth as an American Rite of Passage. Berkeley and Los Angeles, CA, University of California Press : second ed, 2003. In: Reynolds PC. Stealing Fire: The Atomic Bomb as a Symbolic Body. Palo Alto, Calif ; Iconic Anthropologic Press: 1991.
- Davis K. Kumar D. Pelvic floor dysfunction: a conceptual framework for collaborative patient-centred care. Journal of Advanced Nursing 2003;43 (6):555-68.

De Barbieri T. Sobre La Categoría Género: Una Introducción Teórico-metodológica. In: Azeredo, S. E Stolcke,V (Org.) Direitos Reprodutivos . São Paulo, Fundação Carlos Chagas, 1991.

Defensoria Pública do Estado de São Paulo (SP). Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher. Folheto (Internet). Violência Obstétrica: você sabe o que é? 2013.

Diniz CSG. Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. Tese (doutorado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2001.

Diniz CSG. Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. Tese (doutorado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2001. In: Atallah A. Apresentação no Seminário Práticas Obstétricas Baseadas nas Evidência Científicas. (Instituto de Saúde da SES de São Paulo, outubro de 1999). Transcrição.

Diniz CSG. Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. Tese (doutorado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2001. In: Enkin M. Kierse M. Renfrew M. Nielson J. A guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth. Oxford, Oxford Medical Publications, 1995.

Diniz CSG. Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. Tese (doutorado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2001. In: Enkin M. Kierse M. Nielson J. Crowther C. Duley L. Hodnett E. Hofmeyer J. A guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth. Oxford, Oxford University Press, 2000.

Diniz CSG. Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo. São Paulo; s.n; 1996. 209 p. ilus.

Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(3):627-637, 2005.

Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(3):627-637, 2005. In: Rothman B (ed.) 1993. *The Encyclopedia of Childbearing*. The Oryx Press, Nova York.

Diniz CSG. Chacham AS. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. *Questões de Saúde Reprodutiva*, 2006;I(1): 80-91.

Diniz CSG. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.* 2009; 19(2): 313-26.

Diniz CSG. Materno-infantilism, feminism and maternal health policy in Brazil. *Reproductive Health Matters*. 2012;20(39):125–132

Diniz CSG. Evidências em Saúde: O que são, o que podem ser, e de que tipo de evidências precisamos. In: Paiva V. França Jr I. Kalichman AO, coordenadores. *Vulnerabilidade e Direitos Humanos: prevenção e promoção da saúde*. Curitiba: Juruá; 2013. livro IV, p. 49-81.

Diniz CSG. Evidências em Saúde: O que são, o que podem ser, e de que tipo de evidências precisamos. In: Paiva V. França Jr I. Kalichman AO, coordenadores. *Vulnerabilidade e Direitos Humanos: prevenção e promoção da saúde*. Curitiba: Juruá; 2013. livro IV, p. 49-81. In: Davis-Floyd R. Sargent CF. *Childbirth and Authoritative Knowledge*. Berkley: University of California Press, 1977.

Diniz CSG. Repercussões da assistência ao parto na saúde sexual e nos direitos sexuais: o caso da episiotomia no Brasil. *Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos*

- Humanos - CLAM. 2005. Disponível em <http://www.clam.org.br/>. Acessada em 14 de novembro de 2014.
- Diniz CSG, Niy DY, Andrezzo HFA, Carvalho PCA, Salgado HO. A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. *Rev. Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. DOI: 10.1590/1807-57622015.0736. 2016; 20(56):253-9.
- Enkin M, Kierse M, Renfrew M, Nielson J. *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Oxford: Oxford Medical Publications, 1995.
- Finch JF. *The Maternity Defence Fund. Litigation: A Simple Step Forward*. MDF, 1982.
- Fiocruz. Proqualis – Aprimorando as práticas de saúde [Internet]. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro: 2015. [Acesso em 3 jun 2016]. Disponível em <http://proqualis.net/noticias/nhs-safety-thermometer-termômetro-de-segurança-do-serviço-nacional-de-saúde-inglês>.
- Floud, E. Protecting the perineum in childbirth 3: perineal care today. *British Journal of Midwifery*. 1994.
- Fontanella BJB, Campos CJG, Turato ER. Data collection in clinical- qualitative research: use of non-directed interviews with open-ended questions by health professionals. *Rev. Latin. Am. Enfermagem*. 2006;14:812-20.
- Foucault M. *História da Sexualidade II, O Uso dos Prazeres*. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1984, p. 13.
- Gerrits DD1, Brand R, Gravenhorst JB. The use of an episiotomy in relation to the professional education of the delivery attendant. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1994 Aug;56(2):103-6.
- GOMES, Romeu. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza. *Pesquisa Social (Org.). Teoria, Método e Criatividade*, Petrópolis: Vozes. 2002.
- Glasziou P, Del Mar C, Salisbury J. *Evidence-Based Medicine Workbook*. Bmj Books, 2007 (2nd Edition)
- Graham ID. *Episiotomy: Challenging Obstetric Interventions*. Wiley, 1997
- Graham ID, Carroli G, Davies C, Medves JM. Episiotomy rates around the world: an update. *Birth*. 2005; 32(3):219-23.
- Gray H. *Anatomy of the Human Body*. Twentieth Edition. Thoroughly revised and re-edited by Warren H. Lewis. Illustrated with 1247 engravings. Philadelphia: Lea & Febiger, 1918. New York: Bartleby.Com, 2000.
- Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp J Jr, Lohr KN. Outcomes of Routine Episiotomy, A Systematic Review. *JAMA*, May 4, 2005—Vol 293, No. 17 (Reimpresso). Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15870418>.
- Hotimsky SN. A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto. Biblioteca Digital Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007. Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-14112007-082030/pt-br.php>. Acessado em 1º de dezembro de 2014.
- Hundley VA, Cruickshank FM, Lang GD, Glazener CM, Milne JM, Turner M, Blyth D, Mollison J, Donaldson C. Midwife managed delivery unit: a randomised controlled comparison with consultant led care. *BMJ*. 1994 Nov 26;309(6966):1400–1404.
- Hungria. European Court of Human Rights. *Ternovsky vs Hungary*. Disponível em hudoc.echr.coe.int/
- Inglaterra. NHS – National Health Service. *The Maternity Safety Thermometer* [Internet]. 2013. [Acessado em 3 jun 2016]. Disponível em https://www.safetythermometer.nhs.uk/index.php?option=com_content&view=article&id=11&Itemid=285.

- Kitzinger S. Episiotomy: Physical and Emotional Aspects. London : National Childbirth Trust, 1981
- Kitzinger SD. Walters R. Some Women's Experiences of Episiotomy. National Childbirth Trust, 1981
- Kovacs GT. Heath P. Heather C. First Australian trial of the birth-training device Epi-No: A highly significantly increased chance of an intact perineum. Article first published online: 28 jul 2004 DOI: 10.1111/j.1479-828X.2004.00265.x. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology. Volume 44, Issue 4, pages 347–348, August 2004.
- Lazano JEA. Prática e estilos de pesquisa na história oral contemporânea. In: Ferreira MM, Amado J. (orgs) Usos e Abusos da História Oral. 8a ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006, p.17.
- Leal MC. Gama SGN. Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento. Cadernos de Saúde Pública. 2014;30.
- Marin dos Santos DH. Judicialização da Política: desafios contemporâneos à teoria da decisão judicial. Curitiba: Juruá, 2014.
- Mayes F. Oakley D. Wranesh B. *et al.* A retrospective comparison of certified nurse-midwife and physician management of low risk births: a pilot study. J Nurse Midwifery 1987; Sleep J. Grant AM. West Berkshire perineal management trial: three year follow-up. BMJ, 1987; Moses F. Episiotomy vs perineal tear: which is less traumatic?. Br J Nurs. 1992 Dec 10-1993 Jan 13;1(15):758-61.
- Meihs JCSB. Holanda F. História oral: como fazer, como pensar. São Paulo: Editora Contexto, 2014.
- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7.ed. São Paulo: Hucitec, 2002.
- Minayo, 1993, 1994 Cruz Neto. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: Minayo, C. Pesquisa Social – Teoria, Método e Criatividade. Vozes. Rio de Janeiro, 1995.
- Muñoz D. Muñoz DR. O ensino da ética nas Faculdades de Medicina do Brasil. Rev. bras. educ. méd; 27(2):114-124, maio-ago 2003. Disponível em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=353002&indexSearch=ID>.
- O'Connell HE. Sanjeevan KV. Hutson JM. Anatomy of the clitoris. J Urol. 2005 Oct;174(4 Pt 1):1189-95.
- Oliveira E. Takano CC. Sartori JP. Araújo MP. Pimentel SHC. Sartori MGF. Girão MJBC. Femina, Fev 2007. Vol 35, nº 2.
- Oliveira SMJV. Miquilini EC. Frequência e critérios para indicar a episiotomia. Rev Esc Enferm USP 2005; 39(3):288-95.
- Parto do Princípio - Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. 2006. Disponível em partodoprincipio.com.br. Acessado em 8 de dezembro de 2014.
- Parto do Princípio - Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. Parirás com Dor. 2011. Disponível em <http://www.senado.gov.br/atividade/materia/getPDF.asp?t=130748&tp=1>. Acessado em 2 de dezembro de 2014.
- Poletti R. Introdução do direito. 3ª ed. São Paulo : Saraiva, 1996.
- Pearson A. *et al.* The JBI model of evidence-based healthcare. Journal compilation. Adelaide : The Joanna Briggs Institute, 2005.
- Rezende J. Obstetrícia fundamental. 6a ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1992.
- Rezende J. Obstetrícia. O Parto: estudo clínico e assistência. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 336-62.
- Rios IC. Schraiber LB. Humanização e Humanidades em Medicina: a formação médica na cultura contemporânea. 1ª ed. São Paulo: Ed. Unesp, 2012. 291 p.

- Robinson JN. Lockwood CJ. Eckler K. Approach to episiotomy. 2014 UpToDate, Inc. Disponível em <http://www.uptodate.com/contents/approach-to-episiotomy>.
- Rubin G. O Tráfico de Mulheres: Notas Sobre A Economia Política do Sexo. Recife, SOS Corpo, 1993.
- Rubin GS. Pensando sobre sexo: Notas para uma teoria radical da política da sexualidade. Cadernos Pagu (21) 2003: p. 2.
- Salgado, HO. A experiência da cesárea indesejada: perspectivas das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e nascimento. São Paulo. Dissertação de Mestrado pelo Programa de Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. 2012.
- Santos JO. Episiotomia: um sofrimento necessário? [dissertação de mestrado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2004
- Santos JO, Shimo AKK. Prática rotineira da episiotomia refletindo a desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres. Esc Anna Nery Rev Enferm 2008 dez; 12 (4): 645-50.
- Siqueira JE. Sakai MH. Eisele RL. O Ensino da ética no curso de Medicina: a experiência da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Bioética, 2002. Vol 10, nº 1. In: Hossne WS. Educação médica e ética. In: Marcondes E, Gonçalves EL. Educação médica. São Paulo: Sarvier, 1998: (130-9).
- Sleep J, Grant A, Grant A, Garcia J, Elbourne D, Spencer J, Chalmers I. The Reading episiotomy trial: a randomised trial comparing two policies for managing the perineum during spontaneous vaginal delivery. Proceedings of 23rd British Congress of Obstetrics and Gynaecology, Birmingham, UK: 1983;24.
- Smith JA. Howards SS. Preminger GM. Hinman's Atlas of Urologic Surgery, 3rd Edition. W.B. Saunders, 2012.
- Rios IC. Schraiber LB. Humanização e Humanidades em Medicina: A formação médica na cultura contemporânea. Unesp, São Paulo: 2012. p. 21
- Starr P. The Social Transformation of American Medicine. The rise of a sovereign profession and the making of a vast industry. New York: Basic Books; 1982.
- Thomson A, Frisch M, Hamilton P. Os debates sobre memória e história: alguns aspectos internacionais. In: FERREIRA MM, AMADO J. (orgs) Usos e Abusos da História Oral. 8.ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.
- Tomasso G. Althabe F. Cafferata ML. Alemán A. Sosa C. Belizán JM. ¿Debemos seguir haciendo la episiotomía en forma rutinaria? Rev Obstet Ginecol Venez v.62 n.2 Caracas jun 2002.
- Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina. Disponível em <http://www.unifesp.br/reitoria/vestibular/index.php/conheca-os-cursos>; acessado em 27 de novembro de 2014.
- Venezuela. Lei 38.647. Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre da Violência. Pub em 19 de março de 2007.
- Venosa SS. Introdução ao Estudo do Direito - Primeiras Linhas. 4ª ed. São Paulo : Atlas, 2014.
- Venturi G; Godinho T (Orgs.). Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; Edições Sesc SP, 2013.
- Viswanathan M, Hartmann K, Palmieri R, Lux L, Swinson T, Lohr KN, Gartlehner G, Thorp J Jr. The Use of Episiotomy in Obstetrical Care: A Systematic Review. Summary, Evidence Report/Technology Assessment No. 112. (Prepared by the RTI-UNC Evidence-based Practice Center, under Contract No. 290-02-0016.) AHRQ Publication No. 05-E009-1. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. May 2005.

Walker P 1990 Episiotomy issues for practice. Wound care. Nursing Times 4(15);
World Health Organisation. Appropriate Technology for Birth. WHO Report. WHO, 1985
World Health Organisation. Care in Normal Birth: A Practical Guide. Maternal and
Newborn Health/Safe Motherhood Unit. Geneva: WHO, 1996.
Zanetti M, Petricelli CD. Alexandre SM. Torloni MR. Nakamura MU. Sass N.
Episiotomia: Revendo conceitos. FEMINA. 2009 jul; 37(7).

ANEXOS: ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: Repensando a tesoura: Compreendendo o posicionamento dos obstetras diante da episiotomia.

Pesquisadora responsável: Carmen Simone Grilo Diniz / Priscila Cavalcanti de Albuquerque Carvalho

A presente pesquisa tem como objetivo conhecer, descrever e analisar o processo vivenciado pelos médicos obstetras, e que os levou a seu posicionamento com relação à prática da episiotomia, tendo em vista sua formação, o posicionamento de seus pares e o ambiente institucional.

Serão coletados depoimentos por meio de entrevistas compostas de questões semiabertas, feitas presencialmente ou por meio de um dos sistemas de serviço de conversação à distância, como Skype, Hangouts ou Facetime.

A entrevista deve durar de 40 a 60 minutos, dependendo de sua disponibilidade, sendo a conversa gravada em áudio (arquivo mp3) e poderá ser gravada em vídeo, no caso da entrevista via serviço de conexão à distância. As gravações ficarão arquivadas no arquivo particular da pesquisadora, sem acesso a terceiros estranhos à pesquisa e sem identificação dos entrevistados.

O material coletado na pesquisa poderá ser utilizado em uma futura publicação em livro e/ou revista científica.

Por meio deste termo, você está consentindo em participar desta pesquisa e autorizando que utilizemos seu depoimento como fonte de informação. **Você pode desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, antes, durante ou após a entrevista, bastando para isso**

informar a pesquisadora. Sua identidade será mantida em sigilo durante todas as fases da pesquisa, como recomenda a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Você tem total liberdade para manter em sigilo o nome da instituição em que se formou, e/ou dos professores, monitores e colegas com quem teve contato em sua formação, se assim desejar. O oferecimento do seu depoimento não constituirá uma forma legal de denúncia de qualquer tipo de ato e o conteúdo de sua entrevista não será levado ao conhecimento de qualquer órgão oficial ou profissional estranho à pesquisa. Você tem o direito de receber resposta a qualquer tipo de dúvida sobre os métodos utilizados na pesquisa, os riscos, os benefícios e outras.

Durante a execução do projeto, o(a) participante poderá correr risco mínimo de evocar momentos que lhe possam trazer sentimentos negativos. Qualquer dúvida ou esclarecimento sobre métodos, riscos, benefícios e outros, poderão ser obtidos junto à pesquisadora responsável, Carmen Simone Grilo Diniz e/ou Priscila Cavalcanti de Albuquerque Carvalho, as quais poderão ser encontradas na Avenida Dr. Arnaldo, 715 - São Paulo - SP e no telefone (11) 994667740 ou, ainda, email: pesquisa2015.fsp.usp@gmail.com.

A presente pesquisa é autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública – USP – Av. Dr. Arnaldo, 715 – Cerqueira César – São Paulo – SP - Telefone: (11) 3061-7779 – coep@fsp.usp.br

Assim, de posse dessas informações, você declara agora conhecer seus direitos, ser maior de idade ou emancipado(a), e desejar participar, livremente, desta pesquisa.

_____, _____ de _____ de 20____.
(sua cidade)

Seu nome completo: _____

Assinatura: _____

Eu, Priscila Cavalcanti de Albuquerque Carvalho, declaro que ofereci todas as informações necessárias ao(à) entrevistado(a).

ANEXO II - ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA COM QUESTÕES NORTEADORAS

Título do projeto: Repensando a tesoura: Compreendendo o posicionamento dos obstetras diante da episiotomia.

O OBJETIVO DESTA ENTREVISTA É CONHECER SUA EXPERIÊNCIA E O QUE LEVOU VOCÊ A SEU POSICIONAMENTO COM RELAÇÃO À PRÁTICA DA EPISIOTOMIA, TENDO EM VISTA SUA FORMAÇÃO, O POSICIONAMENTO DE SEUS PARES E O AMBIENTE INSTITUCIONAL.

COM EXCEÇÃO DA SEÇÃO "CARACTERIZAÇÃO PESSOAL", A ENTREVISTA É COMPOSTA DE PERGUNTAS ABERTAS, O QUE QUER DIZER QUE NÃO EXISTE UMA SÓ RESPOSTA POSSÍVEL E ELA NÃO É LIMITADA A NADA. VOCÊ PODE RESPONDER COMO QUISER, ESTENDER COMO QUISER E TAMBÉM PODE SE RECUSAR A RESPONDER UMA OU MAIS PERGUNTAS, SEM QUALQUER PROBLEMA.

PODE SER IMPORTANTE QUE ESTE/A ENTREVISTADOR/A NECESSITE VOLTAR A ENTRAR EM CONTATO COM VOCÊ PARA ESCLARECIMENTOS OU COMPLEMENTAÇÃO. NESTE CASO, ENTRAREMOS EM CONTATO COM VOCÊ PREVIAMENTE, PARA PEDIR SUA AUTORIZAÇÃO.

1. CARACTERIZAÇÃO PESSOAL

- 1.1. Qual é seu nome completo?
- 1.2. Em que cidade e Estado você mora?
- 1.3. Onde você fez sua formação profissional? Se não quiser dizer o nome da faculdade/universidade, diga apenas o Estado onde se graduou e o ano.
- 1.4. Qual é a sua idade?
- 1.5. Você tem pós-graduação? Caso tenha, onde fez e em quê?
- 1.6. Como você autorrefere sua cor de pele?
- 1.7. Você tem filhos? Se sim, quantos?
- 1.9. Que tipo de público você atende?

2. EDUCAÇÃO MÉDICA

2.1. Na sua trajetória de formação, você pode contar sobre como foi o aprendizado da episiotomia?

2.2. Ainda na sua formação, você pode contar de como foi ensinada ética médica e/ou relação médico-paciente?

- autodeterminação da paciente
- direito à integridade corporal
- consentimento informado

3. PRÁTICA MÉDICA

3.1. O que você acha da episiotomia como procedimento obstétrico?

3.2. Na sua prática, quais indicações o/a levam a praticar a episiotomia?

3.3. Na sua prática, como se dá a comunicação com a paciente a respeito da necessidade da prática da episiotomia?

3.4. O que você acha da exigência legal de que haja "risco iminente de morte" para se poder dispensar o consentimento informado?

4. A MUDANÇA para episiotomia seletiva ou zero

(APENAS se o/a participante faz episiotomia seletiva ou não faz, perguntar:)

4.1. Na sua prática, como aconteceu a mudança no que diz respeito à episiotomia?

- evidências científicas
- direito e/ou ética
- movimento do "Parto Humanizado"
- mercado de trabalho
- vivência na formação
- vivência na prática
- outros

4.2. Se você enfrentou dificuldades na mudança, pode contar como foi?

- pares / pediatra neonatologista
- instituição / protocolos
- maus agouros / ameaças

(Perguntar apenas se o/a participante tiver filhos:)

5. Há alguma coisa que você gostaria de contar a respeito do nascimento de seus filhos?

6. Há algo que gostaria de comentar a partir das questões desta entrevista, ou de algum ponto não abordado?

Agradeço muito sua participação. Ela é fundamental para esta pesquisa.

_____, _____ de _____ de 20____.
(sua cidade)

Seu nome: _____

Assinatura: _____

Eu, Priscila Cavalcanti de Albuquerque Carvalho, declaro que ofereci todas as informações necessárias ao(à) entrevistado(a). Telefone: (11) 994667740.

_____ - Data: ____/____/20____

(ROTEIRO DE ENTREVISTA ESPECÍFICO PARA O PARTICIPANTE JOÃO RICARDO, DA GESTÃO DE PROGRAMA MUNICIPAL QUE TEM OBTIDO REDUÇÃO DE TAXA DE EPISIOTOMIA PARA 15% OU MENOS)

ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA COM QUESTÕES NORTEADORAS

Título do projeto: Repensando a tesoura: Compreendendo o posicionamento dos obstetras diante da episiotomia.

O OBJETIVO DESTA ENTREVISTA É CONHECER SUA EXPERIÊNCIA E O QUE LEVOU VOCÊ A SEU POSICIONAMENTO COM RELAÇÃO À PRÁTICA DA EPISIOTOMIA, TENDO EM VISTA SUA FORMAÇÃO, O POSICIONAMENTO DE SEUS PARES E O AMBIENTE INSTITUCIONAL.

COM EXCEÇÃO DA SEÇÃO "CARACTERIZAÇÃO PESSOAL", A ENTREVISTA É COMPOSTA DE PERGUNTAS ABERTAS, O QUE QUER DIZER QUE NÃO EXISTE UMA SÓ RESPOSTA POSSÍVEL E ELA NÃO É LIMITADA A NADA. VOCÊ PODE RESPONDER COMO QUISER, ESTENDER COMO QUISER E TAMBÉM PODE SE RECUSAR A RESPONDER UMA OU MAIS PERGUNTAS, SEM QUALQUER PROBLEMA.

PODE SER IMPORTANTE QUE ESTE/A ENTREVISTADOR/A NECESSITE VOLTAR A ENTRAR EM CONTATO COM VOCÊ PARA ESCLARECIMENTOS OU COMPLEMENTAÇÃO. NESTE CASO, ENTRAREMOS EM CONTATO COM VOCÊ PREVIAMENTE, PARA PEDIR SUA AUTORIZAÇÃO.

1. CARACTERIZAÇÃO PESSOAL

- 1.1. Qual é seu nome completo?
- 1.2. Em que cidade e Estado você mora?
- 1.3. Onde você fez sua formação profissional? Se não quiser dizer o nome da faculdade/universidade, diga apenas o Estado onde se graduou e o ano.
- 1.4. Qual é a sua idade?
- 1.5. Você tem pós-graduação? Caso tenha, onde fez e em quê?
- 1.6. Como você autorrefere sua cor de pele?
- 1.7. Você tem filhos? Se sim, quantos?
- 1.9. Que tipo de público você atende?

2. EDUCAÇÃO MÉDICA

2.1. Na sua trajetória de formação, você pode contar sobre como foi o aprendizado da episiotomia?

- autodeterminação da paciente
- direito à integridade corporal
- consentimento informado

3. A EPISIOTOMIA EM SUA PRÁTICA MÉDICA

(Histórico, eventuais indicações, comunicação com a parturiente, respeito à vontade da parturiente, eventual mudança na prática)

4. A EPISIOTOMIA E O PROGRAMA NASCER BEM⁵

5. Há algo que gostaria de comentar a partir das questões desta entrevista, ou de algum ponto não abordado?

Agradeço muito sua participação. Ela é fundamental para esta pesquisa.

_____, _____ de _____ de 20____.
(sua cidade)

Seu nome: _____

Assinatura: _____

Eu, Priscila Cavalcanti de Albuquerque Carvalho, declaro que ofereci todas as informações necessárias ao(à) entrevistado(a). Telefone: (11) 994667740.

_____ - Data: ____/____/20____

⁵ nome do programa alterado, para manutenção do sigilo do entrevistado.

ANEXO III – QUADRO DE CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS

Nome	Cidade e Estado onde mora	Universidade e de Graduação e/ou Estado e ano	Idade	Pós-graduação e em quê	Cor de pele autodeclarada	Filhos	Tipo de público atendido
Adelaide Albuquerque	São Paulo / SP	Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco/ 1979	62	não tem	parda	sim (3)	SUS e privado
Almir Vicente da Silva	São Paulo / SP	Faculdade de Ciências Médicas de Santos / Fundação Lusíada / 1989	52	Mestrado em Obstetrícia/ Unifesp/1999	branca	sim (2)	privado (particular) / SUS apenas como professor
Claudio Levi	São Paulo / SP	Universidade Estadual de Londrina / PR / 1989	52	Especialista em GO pela FEBRASGO	branca	sim (2)	SUS e privado
Edgar Heleno Salviano	São Paulo / SP	Faculdade de Medicina de Taubaté - SP / 1979	59	não tem	parda	sim (2)	SUS
Inácio Feijó	São Paulo / SP	Unisa (Universidade Santo Amaro) / 1996	43	não tem	branca	sim (2)	SUS e privado
Isadora Morganti	São Paulo / SP	Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina	35	Mestranda na Faculdade de Saúde Pública da USP	branca	não	SUS e privado

João Ricardo Nóvoa	São Paulo / SP	Faculdade de Medicina de Teresópolis / RJ / 1989	53	Mestrado (UNIFESP) e cursando Doutorado (UNIFESP)	branca	sim (2)	privado (particular)
José Pedro Nogueira	São Paulo / SP	São Paulo / 1984	55	Especialização em Ginecologia / Oncologia pélvica	branca	não	SUS e privado
Monica Helena Aquila	São Paulo / SP	Faculdade de Ciências Médicas de Santos / Fundação Lusíada / 1988	51	"Lato Sensu" em Economia da Saúde / Unifesp	branca	não	SUS
Paula Andréa Marquezin i	São Paulo / SP	Universidade Federal de Uberlândia / Minas Gerais / 1989	49	não tem	branca	sim (3)	SUS
Renato Stein	São Paulo / SP	Faculdade de Medicina da Universidade de Mogi das Cruzes / SP / 1978	60	Obstetrícia / EPM- Unifesp	branca	sim (3)	SUS e privado
Wolnei Arcoverde	São Paulo / SP	Unisa (Universidade Santo Amaro) / 1991	50	Mestrado (UNISA) e Doutorado (UNIFESP)	branca	sim (2)	privado (particular)

ANEXO IV – CATEGORIAS E OUTRAS FALAS

CATEGORIAS E DISCUSSÃO

1. EPISIOTOMIA AMPLA, GERAL E IRRESTRITA!

Educação Médica

O ensino “automático”

“A ideia da episiotomia é muito antiga. Quem é formado no tempo em que eu fui formado, foi treinado fazendo episiotomia. E quem defendia a episiotomia, defendia dizendo... na verdade, a episiotomia era naturalmente e praticamente exigida na assistência do parto, e ela era tida como um procedimento capaz de abreviar o período expulsivo, ou seja, para ser mais rápido. Me pergunto por que precisa ser tão rápido, mas, enfim, a ideia é de que fosse mais rápido. Que fosse mais fácil a saída desse bebê e que tivesse menos, entre aspas, tocotraumatismos, traumatismos em função do atendimento obstétrico. Que pudesse fazer a prevenção de uma distopia, que era a queda de útero, uma vagina larga, queda da bexiga, incontinência urinária de esforço e tal. Então, é dada como a boa prática obstétrica, a realização da episiotomia”. (João Ricardo)

Submissão à hierarquia

“Meu aprendizado da episiotomia tem o momento teórico e o momento prático. O momento teórico é aquele do quarto ano da faculdade, em que você acha que entende absolutamente tudo, vê o livro, entende a necessidade, e, na prática, você fala “Meu Deus, o que é que eu tô fazendo?” (risos). Ligo o quê com o quê, quanto que corta, quanto que abre? (risos). Então, tem a parte da formação teórica, que é muito direta, muito objetiva, muito cheia de referencial, e, na prática, você só escuta o “corta aí”. A coisa acontece assim”. (Monica Helena)

“(...) Na minha formação, mais especificamente na minha trajetória de formação, esse aprendizado da episiotomia foi vivenciado de modo muito triste. No plantão, quando era eu a plantonista, não era só um residente que me supervisionava, um colega. Porque um R2 é muito mais fácil você dizer “olha, não vou fazer, eu vou esperar, a gente vai deixar ela mais

verticalizada e a gente vai aguardar, a gente vai escutando o BCF (batimento cardíaco fetal)...”. Era muito mais fácil negociar isso com um R2 (...). (Isadora)

Perineotomia

“No quarto ano, era obstetrícia; no quinto ano, era internato em obstetrícia. Eu tenho um professor – disse “tenho” porque professor a gente leva para sempre. Em Santos, ele já não fazia episiotomia na época, ele tinha uma visão à frente. Ele fazia uma episiotomia, só que é a mediana, é a perineotomia. Já há 30 anos, ele falava disso. Ele falava do dano com a episiotomia médio-lateral, e referenciava a episiotomia. Assim, minha formação me levou a fazer a perineotomia”. (Almir)

Direito e ética na formação

“Direito à integridade corporal... imagina. Fazia parte do ensino o direito do médico de fazer a intervenção. Não tinha isso, nada, nada, nada”. (Edgar)

“Consentimento informado (...) Um papelzinho que ficava ali. Essa questão é muitíssimo mais recente. (...) E tinha uma visão – que não era de todos, evidentemente, mas de muitos. Era uma visão defensiva. O consentimento era um termo que era usado pelo médico para se defender de um processo. “Eu informei a ela que disse isso...”, entendeu?”. (Edgar)

“Quanto a ética médica, relação médico-paciente, não foi passada na formação. A disciplina de ética médica era muito curta, e, dentro dos vários temas da ética médica, pouco se falava de temas como autodeterminação da paciente, direito à integridade corporal, consentimento informado. Lembrando do período da década de 80 e 90, esses temas não eram relevantes ou, pelo menos, não eram ensinados naquela época. (...) A ética era inserida no curso de deontologia médica, às vezes, aulas faladas sobre ética médica. Sobre os direitos que o médico tinha, os que a paciente tinha, mas era uma discussão bem teórica, não chegavam a uma discussão muito específica, ilustrando a prática, como poderia se materializar a garantia desse direito para o paciente.”. (Claudio)

“Ética médica, na formação, não lembro disso e não tinha a disciplina na faculdade. O consentimento informado só tinha o termo de internação, na residência”. (Wolnei)

2. OUSANDO PENSAR

Questionamento da formação

“(...) Por duas vezes recebi uma carta do coordenador da residência, com uma ameaça de expulsão que eu assinei! Com medo, sabe, porque era uma postura muito forte, esse médico era o nosso coordenador da residência. Então, um lugar super disciplinar, parecia um exército. Desde a vestimenta, os horários. Mas era muito mais uma maquiagem do que algo real, porque, na verdade, eram panelinhas. Se você queria se transformar num cirurgião, você se juntava com um cirurgião, e eu nunca encontrei minha turma ali dentro. (risos) Então, eu era meio que uma alien, um ET, que suportava aquela situação toda. E nessas ameaças de expulsão, na verdade uma era por não fazer episiotomia quando mandada (risos) e a outra, por prática de medicina complementar nas dependências da maternidade. E aí... para ambas, eu assinei, quando me chamaram pra dizer, olha, você tá quase sendo expulsa. (risos) Fiquei com aquela raiva desgraçada, que deixa a gente imóvel, que faz com que a gente não saiba muito como responder àquilo e depois o que eu fiz foi encaminhar uma carta, com as evidências que havia (...)”. (Isadora).

“(...) Eu era a indisciplinada, as pessoas já tinham esse olhar atento para a indisciplinada, com exceção de duas enfermeiras obstetras, que eram minhas parceironas. A hora em que a gente pirava era a hora em que a gente estava sozinha. De atender parto no leito, de quatro, ou de cócoras, sabe? Aí tinha essa coisa de “ela tá de plantão!”. E o staff desce, para supervisionar a episiotomia que ela não quer fazer. “Então, ela está se recusando a aprender a episiotomia!” (...)”. (Isadora)

“Já naquela época, em 90, 93, foi quando eu concluí minha residência médica, e alguns preceptores já questionavam e pensavam uma maneira diferente de assistir o parto... Para mim, foi muito interessante, porque eu comecei a me confrontar com uma forma que não era aquela que eu havia aprendido na minha universidade. Comecei lá e o ambiente, tínhamos assistência, nos tínhamos assistentes que atendiam clínicas privadas. Nós tínhamos enfermeiras, obstetrizes, e lá foi um ambiente muito interessante para rever práticas, então a gente já fazia partos, colocando contato pele a pele. Em alguns partos tateava a não fazer a episiotomia. Em outros, praticávamos a episiotomia medio lateral direita, às vezes mediana,

então foi um ambiente muito rico para experiências, para a gente verificar uma postura diferente”. (Paula)

“E foi dessa maneira que eu fui ensinado. E é dessa maneira que eu vi muita gente ser ensinada, ser treinada. E aí vem uma questão, que eu procuro compartilhar com os colegas, que é assim: eu fui formado assim também, né? Enquanto que o caminho, no sentido de como caminha a ciência, como caminha a medicina, como as coisas mudam, eu acho que esse é o desafio que o obstetra tem que ter, como um ser social, como um ser político. Quer dizer, as coisas mudam. E a minha mudança, eu compartilho sem o menor problema. (...) A chance de mudar está na formação”. (João Ricardo)

Em direção à mudança, na prática

“A visão crítica que eu tenho, na verdade, foi uma construção. Eu sou muito grata. Eu fui exposta a muitas situações de trabalho onde eu pude conviver com pessoas com pensamentos diferentes, com práticas diferentes. Eu acho que a gente tem que observar. E se a gente fica exposto a uma situação confortável é ótimo, mas se fica exposto a um desafio, eu acho que não tem situação ruim, existem desafios. Eu acho que é uma postura que a gente tem que ter na vida. A gente tem que achar que tudo que acontece é um desafio e você pode fazer melhor. Não é para ser ansioso. É para viver melhor, deixar um mundo melhor. Não pode ser melindroso”. (Paula)

3. “Não estou autorizado a deixar um nenê morrer por causa de uma paciente!”

Reconhecimento da autonomia da parturiente, relação médico-paciente, comunicação e consentimento informado, integridade corporal, na prática

“Agora eu faço com mais frequência a pergunta, né? Primeiro que os residentes me olham “Essa mulher é um ET!” (risos). “Não, gente! É direito dela!”. É muito engraçado. A reação das próprias parturientes é legal. “Nunca ninguém me perguntou isso!”. Então, tô te perguntando... Não é legal? Alguém te fazer uma pergunta que ninguém nunca fez? (risos)”. (Monica Helena)

“Quando vou fazer, falo que vou fazer um cortezinho, para facilitar para ela e o nenê”. (Inácio)

Poder e hierarquia

“O reitor diz que os pacientes têm medo e anseios, estão vulneráveis. Como o paciente pode confiar nos médicos, se os médicos forem humanos? O médico não pode ter humanidade, o paciente procura algo maior nos médicos. A faculdade faz isso, tira a humanidade. Uma vez fui a uma aula no HC e as cadeiras me chamaram a atenção. E foi um evento de saúde da mulher, sobre episiotomia, da Preventiva. A cadeira do meio, alta. As duas do lado, altas, mas nem tanto quanto a do meio. As demais, mais baixas. A hierarquia muito clara. O médico no pedestal, o médico acima de tudo, onipotente. O doente quer algo de Deus no médico”.
(Almir)

“Agora, outras coisas tão importantes quanto o direito ao prontuário, que é o direito de decidir o que fazer com o próprio corpinho, esse questionamento é muito recente. E são 27 anos de formada. Deve ter uma década, não é tanto tempo assim”. (Monica Helena)

Comunicação com a paciente

“É a parte de educação de saúde da mulher e, principalmente, de preparo para aquele momento de clímax reprodutivo, que as brasileiras não têm esse preparo, né? É só a elite, a elite da elite. Se for pensar mesmo, quem é que? São mulheres que vão atrás dos direitos, que estão informadas do que são direitos reprodutivos”. (Edgar)

Respeito à vontade da paciente

“Os consentimentos, eu acho que é uma coisa assim, temos que estruturar ainda bem. A gente não valoriza muito o consentimento, porque a gente não respeita o outro, só pensamos na gente! Não é? Então, quando eu vou fazer e estou segura daquilo que vou fazer, e não me interessa sua opinião, que vai ser o objeto da minha ação, eu só quero fazer a minha ação e pronto, eu acabo não respeitando. (...) Estes consentimentos seriam um acordo prévio entre as partes, demanda um mínimo tempo possível do que vai ser feito. Mas, com assistência obstétrica, este acordo deve começar lá no pré-natal”. (Paula)

“De preferência, a gente não vai fazer nada. Vai conversar com a paciente. O risco de não fazer é ter alguma laceração em algum lugar que a gente não espera. Então pode ser uma laceração de primeiro grau, só pele, que a gente vai observar. Pode ser uma laceração mais

profunda e aí nós vamos precisar fazer um anestésico local. Então tem que sempre conversar, pode ser que ela não queira”. (Paula)

- Mulher pessoa e olhar para a história da paciente

“Apareceu uma vez, não foi no meu plantão, uma moça com plano de parto. Uma vez. Ela foi execrada por todos os plantões. “Quem ela pensa que é?”, “Faço o que eu tenho que fazer!”. Tive até medo de falar, “Se eu abrir a boca, vou ser linchada”. É só falar... ela quer respeito”. (Monica Helena)

“Esse professor Antonio José, ele estava atendendo um parto, aí ele tirou as luvas, pegou uma compressa, chegou bem perto da mulher, enxugou a testa dela, deu um tapinha na mão dela, disse a ela “Vamos lá, seu bebê está chegando!”. Aí ela começou a empurrar, ele botou a luva correndo e segurou aquele bebê! Ele enxugou o rosto dela e ele olhou no olho dela!”. (João Ricardo)

“Eu já levei um chute no peito, de uma paciente. Você pensa que eu não tive vontade de ir embora? Eu tive. Eu fui agredida. Mas eu não deixei o nenê cair no chão. É que a mulher, numa dor daquela, sentindo uma contração daquela, ela me deu um chute no peito. E ela está assim num outro mundo, com tudo que é hormônio, né? Você vai largar? Você não vai largar, né? Dá vontade, mas você não pode se deixar entrar na loucura dela naquele momento. Porque tem uma paciente nossa que disse que, para parir, tem que ficar louca. E fica louca! Você vai entrar na loucura dela? Porque ela tem motivo para estar assim”. (Adelaide)

“O que eu chamo de partejar é estar lá perto, é fazer uma massagem, de sugerir uma posição diferente, de aproveitar melhor os poucos recursos que eu tenho para dar mais conforto, e para dizer que ela pode, sim, ficar na posição que ela quer, que ela pode sim vocalizar um pouco mais alto a dor dela, que só ela sabe a dor que está sentindo. Isso eu falo bastante. Falo bem no ouvidinho, para ninguém ouvir o que eu tô falando. Assim: “Pode gritar se você tiver necessidade, pode rezar se você tiver necessidade, só você sabe a dor que você está sentindo”. Aí recebo aquele olhar de... ai! (risos). “Ela me entendeu!” (risos)”. (Monica Helena)

“Eu recebo algumas declarações de amor aqui de pacientes, que eu fico... às vezes, não lembro nem quem é a paciente. Porque como eu auxilio de todos, eu recebo e penso “eu não fiz nada!”. Eu fui lá e fiz uma coceirinha na cabeça da paciente, dei um cheiro, segurei na mão, “Aperta minha mão, aperta, aperta minha mão!”. Para ela, aquilo foi o máximo. De parteira, não fiz nada. Para ela, fez uma diferença, para ela é uma situação diferente, né?”. (Adelaide)

“Nas mulheres que eu atendo, de onze anos pra cá na Maternidade X, eu percebi que o nível das pessoas é muito diferente. As pessoas têm mais acesso à informação. Então, isso, de cara, já te faz pensar antes de falar. As parturientes já chegam com outra informação. Mesmo as mais jovens, se você perguntar para elas o que elas pensam... elas pensam! A maioria tem alguma coisa a dizer. As mulheres mais velhas, elas trazem a experiência dos outros partos para esse, para o atual, e elas têm alguma coisa para falar. Basta perguntar. Quando eu descobri que bastava perguntar... é que ninguém pergunta”. (Monica Helena)

“Eu expliquei para ela que nada como a experiência de vivenciar o sofrimento de uma mulher numa situação dessa. E talvez aí é a questão da formação familiar, como você é na interação com teu paciente, como você sente o paciente. Como você se sensibiliza com o sofrimento, mesmo que aquilo esteja contra você. Como é que aquilo te sensibiliza, te toca. Para muitos, hummm, nem quer ouvir. Ou “Ah, não é comigo”. (Edgar)

“A indagação era: o que eu posso fazer para minimizar o medo dessa mulher que nunca ganhou neném, nunca pariu, e ela está com medo de quê? Esse medo não é dela, não é de nenhuma experiência dela. Esse medo reflete uma notícia, quase uma implantação que foi feita pela avó, pela mãe, pela mídia. Pela história de “ah, você vai sofrer com o parto”. Ali começou a mudar minhas coisas, pensei “o que eu posso fazer por essa pessoa, para diminuir isso. Então, fui estudar umas coisas”. (João Ricardo)

5. VOO DE ASA DELTA OU FILME DE TERROR? MUDANÇA E SEUS MARCADORES.

- Movimentos sociais

“Outro fator que eu colocaria, porque talvez esteja mais perto... não é a vivência prática... o movimento do parto humanizado. Eu poria primeiro o movimento feminista, depois evidências científicas e a ética junto, né?”. (Edgar)

“Recentemente, um outro colega da Universidade Pública, um professor, vendo as discussões, em que eu levo pancada defendendo isso publicamente, e ele quis ir num parto para ver como era isso. E ele me convidou um dia, me perguntou se eu poderia e eu desmarquei coisas para poder, claro. (...) E fui para lá. Bom, rompeu bolsa espontânea e, num dado momento, a paciente agachou e aparecia lá a apresentação cefálica, afastando os lábios. E ele ‘Se fosse eu, colocaria ela na mesa, eu me paramentaria, faria uma episio e ia nascer! Mas eu vim para ver como vocês fazem!’. Eu disse: ‘Então senta aí, do ladinho!’; ela sentada numa banquetinha de parto normal, o marido sentado atrás dela, segurando, ele ali, do lado, pálido... né? E a contração vinha e ia, e quando estava quase saindo, eu abri uma luva e dei na mão dele e ele segurou esse bebê. (...) Ele disse: ‘Posso te falar uma coisa? Eu teria operado essa mulher três vezes’. No momento em que chegou, que achou que ela não fosse aguentar. Na hora lá em que achou que estava alterando o batimento. E na hora em que nasceu. ‘Eu ia fazer uma episio, cara, sem dúvida’. Eu joguei uma isca e falei: ‘Escuta, eu estou pensando em montar curso para médicos’. Ele falou assim: ‘Eu sou o primeiro aluno a me inscrever!’. Dois dias depois, ele me liga à noite. ‘Cê acha que 50 e tantos anos é muito velho para fazer obstetrícia?’. Ele disse que estava brincando e completou: ‘Este parto foi o parto que mais mexeu comigo!’ ”. (João Ricardo)

- Evidências científicas

“O que mais me influenciou para eu parar de fazer a episiotomia foi a vivência na minha formação. Também fui influenciada pelas evidências científicas. Foi a prática da gente, a evidência científica só chega depois da prática. Fomos parando de fazer e vendo que o resultado era bem melhor. O resultado não se modificava porque não se fez episio. Não

deixava de nascer o nenê porque não se fez episio e o nenê não nascia pior. Então, a vivência na formação pesou. E, conseqüentemente, o movimento do parto humanizado, algo que foi espalhando”. (Adelaide)

“Na minha mudança de episiotomia seletiva para zero, evidências científicas estão em primeiro lugar como fator dessa mudança. É em que eu me baseio, desde 1994, que começou essa questão da medicina baseada em evidências, ou estou enganado... eu voltei da Alemanha em 91, aí tive um contato com a medicina baseada em evidências alguns anos depois”. (Renato)

“Acho que o que mais... mais me fez cair na real e... incorporar, foi mesmo isso de artigos, discussões sobre a questão da episio, falada por mulheres do movimento feminista. Eu já tinha uma predisposição, por conta de minha ligação com mulheres do movimento feminista. Receber por email artigos, caírem revistas na minha mão, sei lá, coisas assim”. (Edgar)

“O que mais me influenciou na mudança foi o paradigma das evidências, em contraposição ao “professor doutor” e o movimento do parto humanizado. Isso me sensibilizou bastante para que eu mudasse a minha prática. A satisfação da vivência de um parto o mais natural possível, isso também alterou minha prática. Eu posso situar essa mudança mais ou menos desde o ano 2000, mais ou menos, com o surgimento da ReHuNa⁶, o documento da Organização Mundial de Saúde, a Humanização, que divulgou tudo isso. (Claudio)

“As evidências científicas tiveram um papel complementar, porque foi primeiro uma vivência, primeiro muita sensação. É claro que as pessoas que me orientavam sempre citavam “olha, a gente não faz episiotomia porque não condiz com o que há de melhor nas evidências de que a gente dispõe hoje em dia. Mas não acredito que isso tenha sido central”. (Isadora)

“Acho que esses são os fatores mais importantes. Para mim, fundamentalmente, as evidências científicas, a questão do direito da mulher. O movimento do parto humanizado. O mercado de trabalho não me influenciou. A formação, lógico, teve influência. A prática tem influência. Não consigo pensar em outra coisa”. (Renato)

⁶ Rede pela Humanização do Nascimento, <http://www.rehuna.org.br>

Desconsiderando as evidências

“Acho que muita coisa vai mudar nos próximos 50 anos. A verdade de hoje, eu não acredito nela. De não fazer episiotomia nunca. Fico em conflito, porque quero saber o que tem de evidência, a gente não tem trabalhos conclusivos. Estou te dizendo porque eu vejo no consultório. Muita mulher em que você não faz nada e que não acontece... e detalhe: comigo, eu estou vendo os casos. E casos em que você faz perineotomia e casos em que você fez episiotomia. Analisar tudo isso seria interessante”. (Almir)

“Isso das evidências científicas é muito protocolar. Pegó a mulher de 35 anos, com 41 semanas e ela está aqui no gráfico... não é bem assim. Eu ensino que a gente tem de particularizar. A escolha informada o que é? Eu mostro que ela tem vantagens em parir com 40, 41 ou 42 (semanas). Como vamos escolher? Vamos escolher em cima dos seus medos, dos seus anseios”. (Almir)

6. OBSTÁCULOS EXTERNOS E INTERNOS À MUDANÇA.

- O inferno e a maldade no canal do parto – o medo do obstetra

“Ter um bebê com asfixia... não posso dizer que eu não ficaria apreensivo. Acima de tudo, a gente tem de preservar o melhor para a mãe e também para o bebê. A gente avalia, se existe um risco grande de rotura perineal de quarto grau para a mulher ou um caso de asfixia desse bebê, que de forma nenhuma está nascendo, tecnicamente, poderia fazer um fórcepe. Se ela não aceitar, uma cesárea, sempre compartilhando a decisão. No parto operatório, minha opção é pelo vácuo-extrator. (...) E ele prescinde da episiotomia.”. (Claudio)

“Acho que, hoje, eu jamais teria coragem de fazer um parto em casa. A chance de dar certo um parto domiciliar é... vou chutar... de 90% a 95%. Mas só que em obstetrícia, se der o 5%, pode sair correndo. Ainda mais em São Paulo, onde você não chega ao hospital. Porque na Alemanha, o Jorge Kuhn (Jorge Francisco Kuhn dos Santos, médico ginecologista e obstetra), um colega meu, de quem sou contemporâneo na faculdade... ele fez estágio na

Alemanha e a coisa lá, realmente... você tem a casa de parto, né, que é muito próxima ao hospital. Também nem sei se isso dá tempo, não conheço”. (José Pedro)

“(...) O bebê com queda de batimento fetal. Não foi da melhor maneira. Eu falei "olha, eu vou precisar fazer uma episio", eu não pedi pra fazer naquele momento. Eu comuniquei: “Eu vou fazer uma episio”. “Vamos tentar todo mundo respirar fundo,” ainda lembro que falei, porque teve esse momento. (...) Estava em um expulsivo bem adiantado, com a cabeça quase toda na vagina, assim, vindo, e realmente tinham partes moles segurando um pouco a cabeça do bebê. E aquela situação toda. Logo depois, a gente conversou bastante sobre isso. Foi muito doído pra mim. Eu me culpei durante muito tempo por essa episiotomia. Acho que a menina que estava atendendo o parto comigo também me culpou um pouco. Porque depois o bebê nasceu bem. (...) Na verdade, a gente faz escolhas que às vezes acabam levando a gente a não ter mais como agir e aí você acaba tomando uma decisão que nem sempre é o que você queria.”. (Isadora)

“Acho que isso talvez, também, grandes volumes de parto, tem que sair da sala... mas não era tanto isso, não. O que pegava era a impregnação do processo como benéfico e daquele malefício do perigo do expulsivo. Era isso que fazia você entrar, embarcar e não questionar muito essa aceleração do parto nesse momento. A ultimação do parto”. (Edgar)

“O medo não é uma lesão parauretral, mas a que pode ir até o ânus. Porque aí pode dar incontinência, incontinência fecal, incontinência por gases... fístulas... corrigir uma fístula vagino-retal é complicado. Às vezes, tem de fazer colostomia, para deixar o reto sem fezes, sem contaminação. Fazer uma boca no abdome, para deixar o reto livre, dependendo da laceração. Faz temporariamente, deixa um mês, entra com antibiótico, faz a correção, espera cicatrizar e depois... O que os colegas colocam é que, tudo bem, pode dar uma rotura de primeiro, de segundo grau. Mas a de terceiro, mais grave, complicada, mesmo você corrigindo no momento, existe uma chance da própria contaminação fazer a infecção e ter de abrir de novo e aí dar uma fístula, dar um problema. É que, na episio, é muito difícil”. (Edgar)

“Uma coisa que os médicos alegam é que a episiotomia é um corte linear e aí você sutura mais facilmente do que uma laceração, que pode ser estrelar, né, várias pontas. Eu já tive isso. Então, esse é o maior medo que a gente tem. A gente quer ter mais controle sobre a

coisa e quando a natureza age, aí tem que ter prática, tem que aprender a fazer isso, né?”.
(Renato)

“Por mais que exista todo esse romantismo atrás do parto normal, é um momento estressante. Parto normal, você está bem e, em dois minutos, não está bem. A gente tem medo, lógico, não quero que aconteça nada. Embora o leigo ache que a gente não está nem aí, isso é mentira”. (Wolnei)

- A pressão institucional, da corporação e dos pares

“Como fator de dificuldade na mudança da episio de rotina para a seletiva, um fator de 100% é a pressão do neonato (pediatra neonatal). Parece um monte de chaleira bufando do teu lado (risos). E tem mais, quando eu faço parto, não dou o nenê para o neonatologista. E o cara sapateia. “Pode sapatear, meu filho. Fred Astaire, fica aí sapateando”. Eu tento não cortar o cordão logo, mas eu juro pra você que a... tem muita gente que pensa “deixa eu cortar logo, pra parar de me encher o saco”, essa é a grande verdade. Por conta dessa rotina, dessa coisa institucional da linha de produção, mesmo, na sala de parto. Isso me incomoda sobremaneira. Porque são duas técnicas e uma enfermeira que, quando me vêem no plantão, abrem um sorriso de orelha a orelha, né? E dizem “Ai, que bom que é você”. E essas respeitam. Posso fazer o que eu quiser. Mas se o neonatologista estiver na sala, são meus amigos, dois queridos... duas chaleiras, ficam assim... Falo para um, que foi meu colega de faculdade “Não são sistemas de vasos comunicantes”. “Mas vou fazer o que lá depois? Vai ter isso, aquilo, vai ter icterícia...”. “Vai ter nada, que icterícia!”. É difícil, mas eles só falam da icterícia, “Porque vai aumentar o tempo de permanência, porque vai pra foto (fototerapia)!”. Ele já não ia pra foto?” (Monica Helena)

“Como fatores que atrapalharam minha mudança, da episio de rotina para a seletiva quase zero, indico que a maior barreira para deixar a episio é a corporação. Principalmente os obstetras e, em segundo, os pediatras. Num segundo nível, já menor, mas... eu não consigo ver tanto, mas... pode ser a instituição. A linha de montagem. Mas são mais os próprios pares”. (Edgar)

“Sobre dificuldades na mudança, pediatra neonatologista... eu lembro de uma médica, casada com um médico, ela era ginecologista, e ela teve um parto prematuro. E na hora do desprendimento da cabeça, o conceito de episiotomia, uma das indicações, o meu professor dizia: quanto mais prematuro, maior a episiotomia. Por quê? Porque quanto mais prematuro, mais frágil é a cabeça do bebê, portanto maior tem de ser o corte, para permitir que ele saia adequadamente. Então, com isso na cabeça, o pediatra que estava de plantão, ele não era pediatra da equipe, começou a falar “Faz episio logo!”. Isso na frente da mulher, e do marido. E eu estava lá! Eu só disse assim para ele: “Eu não vou fazer porque não precisa”. E ele se calou, porque eu respondi na lata”. (Renato)

“E a questão, por exemplo, de receber o bebê na sala de parto, colocar o bebê em contato, pele a pele no primeiro momento, ainda é um passo difícil para a gente. A gente esbarra em uma prática antiga aqui dentro, que é o modelo biomecânico, entregar para o pediatra, ele tem o bercinho na sala e ele prefere muitas vezes fazer esta recepção longe dos olhos da mãe, ele vai para uma salinha que deixa preparada... Por que isso? Ahhhh, porque sempre é assim. Por que você faz? Porque sempre fiz”. (Paula)

“Uma técnica de enfermagem (...) quantas vezes ela está se preparando: “Doutora...?” e eu: “Pode tirar essa mão daí!” (risos). Essa coisa da horizontalização do parto, do equipamento inadequado, as instituições falam muito da boca pra fora, mas internamente não tem um movimento de fato, né? Tem muita falácia. Muita falácia”. (Monica Helena)

“A rotina pela rotina me incomoda. Porque neonatologista não é um pediatra especializado ao atendimento ao recém-nascido, ele é um intensivista. Antes de tudo, é um cara que só vê a possibilidade de dar tudo errado. A visão dele é de UTI, ele não é um cara que atende um recém-nascido potencialmente normal. Ele só vê a patologia. É o jeito de enxergar”. (Monica Helena)

“Eu consigo hoje, quando vou contratar, deixar claro pro neonatologista o teor do programa, para se ele chegar numa sala e tiver uma mulher na posição de quatro apoios, pro neonatologista não dar nenhum ataque, não dizer “o que estão fazendo aqui?”, “Mas o que é isto, que eu nunca vi!”. Porque que ele nunca viu, eu até entendo que ele nunca tenha visto. Mas ser discreto, depois que passar o que passou, chega no profissional e pergunte o que era aquilo, que ele não sabia o que era. (...) O papel do neonatologista é fundamental. Porque

quando ele chega com aquele campinho verde dele, nos braços ali, é como se ele dissesse “Cadê o nenê, me chamaram por quê?”. Se você deixar para chamar depois, ele acusa: “Por que me chamaram agora, que já nasceu?”. Se você chama um pouco antes, põe um campo, um paninho verde nos braços e fica batendo o pé e olhando pra cima, tipo assim “Pô, me chamou por quê? Cadê o bebê?”. Ou “Ô, vamos lá, tira logo esse bebê, faz logo a episio, empurra!”. Então na equipe hoje do Nascer Bem, na contratação a gente já deixa isso muito claro. Né? Que aquele momento é o momento onde as pessoas envolvidas têm uma oportunidade de dar uma contribuição para um nascimento decente”. (João Ricardo)

“Eu sofri pressão por parte dos colegas, que são a maioria com formação tradicional e não se atualizaram. As instituições se materializam pelos colegas. Mas, no meu caso, a pressão é mais dos obstetras mesmo, e não dos neonatologistas. São colegas com formação tradicional, é a principal resistência à mudança”. (Claudio)

- Judicialização da medicina

“A gente tem receio. Só tem complicação cirúrgica quem opera, quem não opera, não tem. Isso pode gerar problema jurídico. Eu posso ser a oportunidade da paciente ganhar um dinheiro. Então, o médico hoje tem medo. Tem medo de fazer parto normal. A gente acaba vendo o que é menos arriscado, a cesária é menos arriscada para mim. A gente não ganha para isso”. (Wolnei)

“A gente copiou essa judicialização dos americanos. Isso pro profissional médico, ele fica numa insegurança, né? E ele acha que qualquer coisa escrita vai... “Olha, eu tomei esse cuidado...”. Esses termos dos hospitais são muito gerais, não adiantam”. (Edgar)

“Cada vez mais há obstáculo entre nós, temos de tomar cuidado com a paciente. Não dê motivo, não dê causa. Nada sem autorização. Eu tomo todos os cuidados, cada vez mais, para não ter nada errado. Faço termo para tudo, para qualquer coisa que faço hoje. Espero que não fique igual aos Estados Unidos, que os advogados não façam ficar igual aos Estados Unidos. Os maus profissionais devem ser punidos, aliás, nem deveriam ser formados, mas a faculdade não segura”. (Wolnei)

- Violência? Que violência?

“Eu só gostaria de comentar ainda sobre a radicalização. Acho que tem radicalização dos dois lados. Acho que o termo “parto humanizado”(risos) funciona como se nos colocassem todos no mesmo saco de gato”. (José Pedro)

*“Aqui na ***, fica todo mundo muito bravo, “Como episiotomia é uma violência?”. Eles não conseguem entender. Eu acredito que eles consideram uma intervenção médica – porque é uma intervenção médico-cirúrgica, né? -, na cabeça deles necessária, então não consideram como uma violência. A episiotomia é o que mais pega, realmente, na academia. Eles sentem que é um absurdo. O médico considera que isso é bom para a mulher. Tanto que eu me lembro da nossa fisioterapeuta daqui, que foi falar uma hora o resumo da tese dela de doutorado, do uso do epi-no. O professor titular falou: “Eu, se fosse mulher, pediria ao meu médico uma episiotomia”. Isso depois de ela falar, né? Mas isso é uma questão de tempo.”. (Renato)*

“Violência também acho que é uma palavra... porque ninguém acorda de manhã dizendo, hoje eu vou der violento. Pode ser que ele queira fazer uma episio... e aí despertar este espírito crítico. Ele não foi ainda transformado. A nossa obrigação é uns transformarmos os outros. Mas ele não veio aqui objetivando fazer dano. Ninguém vem aqui objetivando agredir uma paciente com palavras chulas. Ninguém vem fazer isso. Ninguém vem aqui e chuta a canela do outro”. (Paula)

“A grande maioria dos médicos, quando fazem episiotomia, não acredita que está causando dano. Como a Escola de Driscoe, no Reino Unido, que rompia bolsa, em 83. Isso pegou no mundo e se usa até hoje, está arraigado. Como em 81, quando eu estava na Maternidade São Paulo, a prescrição era jejum, soro glicosado com ocitocina, tricotomia e enteroclisma. Tudo que a gente pede para não ser feito, há 20 anos eu aprendi como rotina. Você tem que desconstruir o modelo. Já me questionei lá atrás, não esperei vir de cima para baixo”. (Almir)

“Vou te dizer: tudo é verdade! (risos) Aquele que faz a cesárea, ele teve sinais. Você vê o batimento começar a baixar. Se está com 7 ou 8 cm, isso começa a te chamar a atenção. O

que está te indicando? O quanto esse neném tem de reserva. Se eu tenho bradicardia no expulsivo, mas eu não tive nada lá atrás, eu tô tranquilo... Mas se lá atrás eu tive mecônio ou desacelerou, esse neném vai ter problema. Posso tirar esse neném com 9 e 10 agora, mas lá na frente, ele ia me complicar. O cara não é sem-vergonha. Ele está vendo que aquilo lá vai pegar". (Almir)

"Agora, com foco mesmo na episiotomia, a coisa do mito e da necessidade... às vezes, o que me dá mais dó são pacientes... pacientes, não, gestantes. Muito juvenzinhas, ou mulheres um pouco mais... assim, mulheres jovens... com períneo extremamente duro. Que aí eu já não sei se é a contração involuntária que ela faz na... da musculatura, ou se de fato é tecido conjuntivo muito... muito duro, ou se é a posição. E todo mundo olhando, para um lugar que você mal olha, né? Todo mundo lá, olhando pra tua vulva, esperando aquele nenê nascer. Um foco de luz lá na frente, não dá para ser feliz desse jeito, né? Então eu acho que tem essa soma no final: a angústia do neonatologista, a angústia da mãe, porque ela quer que acabe aquilo logo e quer que aquele monte de gente saia da frente dela... Então, acho que essas coisas contribuem. Penso mesmo que se o ambiente fosse mais... intimista, boa parte disso não iria acontecer". (Monica Helena)

"Em cada assistência que eu faço, vou dar a mínima intervenção, com a máxima segurança. É isso que a gente tem que pautar na vida, especialmente na área. Às vezes, a gente esquece o outro, começa a intervir, porque você está acostumada a fazer uma linha de produção e nós somos linha de produção, a gente pode aprender o que é uma linha de produção, mas a gente tem que individualizar o cuidado, sempre". (Paula)

"Embora a gente não esteja arrancando ou cortando ou extirpando nada da mulher, mas é uma violência muito grande. Eu brinco dizendo que acho que vou ter umas 10 encarnações para eu pagar esse meu (risos)... para eu expiar essa prova em relação à episiotomia (risos). Umas 10... umas 10 tá bom. Em 70 anos em média...". (Renato)

"A recusa terminante à episiotomia, se for comigo, eu não vou fazer o menor esforço para fazer, não. (...) E, para mim, isso já faz parte da definição de violência obstétrica. Essa conversa tem de ser transparente. Eu gostaria de não usar isto, aquilo... Ela está falando que não quer. Mas na prática, na hora do vamos ver, pode mudar de ideia e aí você fica num ponto... Como resolvo isso na minha prática? Eu digo que fica combinado que não vou fazer

episio mesmo, não. Nem cesárea agendada. Entretanto, você entra em trabalho de parto e, por motivos que eu te conte, eu diga “não dá para a gente ir junto, mais, pensando em um parto normal”, eu preciso que ela tenha entendido que estou falando a verdade. Aí, eu posso dizer para ela: “Conte comigo, eu sou seu médico”. Porque se ela disser assim: “Olha, doutor, eu não quero cesárea de jeito nenhum!”, eu falo: “Ótimo, a sua solicitação é lícita, você está correta, mas eu não irei te dar assistência”. É uma limitação minha”. (João Ricardo)

“Eu tenho que me policiar todas as segundas-feiras, todos os finais de semana em que dou plantão uma vez por mês, eu tenho que me policiar! Porque as práticas estão no tronco, aquela coisa tá automática. A gente ainda usa figuras de linguagem que demonizam, né? Tanto que hoje, quando eu falo que uma coisa é um parto, digo que é um parto distócico. (risos) A coisa é complicada. Então, é preciso estar atento e forte. Porque cair na tentação de fazer uma episio é muito fácil, porque tá todo mundo lá: “Doutora, quer seringa?”, “Doutora, posso por o bisturi?”. Não pedi, diabo! (risos)”. (Monica Helena)

8. PERSPECTIVA DE GÊNERO

“Na minha mulher, fiz a perineotomia. Posso te dizer, nem se vê. (...) No segundo parto, eu repeti, porque tinha mais chance de laceração, por conta da fibrose. E vou te dizer, vi resultado. Ela me olha: “Mas você é todo a favor de não fazer...”. No terceiro filho, se tivesse, eu não faria. No primeiro, eu tive dúvida, no segundo, eu tive dúvida. Talvez eu tenha sido envolvido. No primeiro, não foi pensado, teve a ver com um fator de bradicardia; eu nem dei para ela, dei para o pediatra. No segundo, como o resultado foi bom no primeiro, eu fiz no segundo. Você não percebe nada”. (Almir)

“Quanto ao nascimento dos meus filhos, ambos nasceram de parto normal, nos dois houve episio e não há queixas. Não é uma questão”. (Wolnei)

10. O QUE EU ACHO DA EPISIOTOMIA? OPINIÃO E INDICAÇÕES

“Se tem um diâmetro da fisiologia do parto, que é da cabeça do bebê, 10cm e meio, aqui do diâmetro parietal máximo, ele vai sair, vai fazer aquela distensão. Você vai colocar sua mão,

colocar o fórcepe, vai fazer a tração. Vai precisar meio centímetro de cada lado. Pode ser pouca diferença, mas biologicamente, faz sentido que haja a possibilidade de esgarçar o tecido. Nessa tração, você pode ter alguma laceração. Parece que, com boa técnica, tentando tirar as colheres no momento certinho, diminui-se muito isso. Iguala. Mas se acontecer, será que foi por isso, será que não foi? Você não tem como dar segurança de que não vai arrebentar”. (Edgar)

“Tudo tem o seu lugar e temos que usar muito bom senso. A episiotomia em um parto prematuro onde eu preciso fazer um desprendimento da cabeça bem protegido, a episiotomia, se ela tiver uma razão de ser, não vou discordar, não vou falar que não, não sou xiita. Todo radicalismo é ruim e criticável. Tem lugar para tudo, desde que tenha justificativas. E a justificativa tem que ser o princípio da inteligência. Ela tem que atender a alguma coisa. Se eu faço só por minha vontade ou só porque eu estou acostumada, cai por terra. Agora se eu faço porque vai ter um benefício para a mãe. Às vezes pode ter um malefício para a mãe, tirar a integridade daquele períneo, mas ela traz um benefício real para o feto, então eu aceito e até preconizo neste caso”. (Paula)

“Outra indicação é o sofrimento fetal. Aquele bebê que está com bradicardia intensa. A não realização da episiotomia retarda o parto de dois a nove minutos. Isso não é problema se você tiver na tua mão um vácuo-extrator. (...) A falta da episiotomia pode estar retardando e aí você faz e nasce. Aquele neném com mecônio, aquele neném bradicárdico que já estava mal, a episio e o fórcepe apressam, ajudam um bebê que já está mal”. (Almir)

“Uma paciente pequenininha, com feto com peso estimado grande, médico muito vaginalista, eles estão deixando de lado talvez critérios de segurança básicos, estão se arriscando. Pode ocorrer o parto vaginal, mas pode ser que na última hora sejam obrigados a praticar uma cesariana. Toda vez que a gente vai se arriscando nós vamos deixando para o momento. No momento a gente sempre avalia com muita rapidez. O risco de errar é maior”. (Paula)

“Uma das indicações é o parto do prematuro via vaginal, o desprendimento do polo cefálico, ele tem que ser um desprendimento não brusco porque a prematuridade tem riscos de ter hemorragia, o vaso cerebral do prematuro é mais frágil... Um desprendimento brusco pode causar hemorragia... aí está totalmente bem explicado, não vou pagar para ver! Parto fórceps, eu teria que fazer. Eu não acho o parto fórceps um parto proscrito, ao contrário. O

período expulsivo prolongado, aquela cabeça comprimida causando bradicardia fetal, se eu posso aliviar este expulsivo com uma boa aplicação de fórceps de alívio, a episiotomia está bem aplicada. A justificativa está sempre amparada no menor risco para o paciente mais frágil. Isso que vai nortear sempre. Na verdade as intervenções médicas, estou sempre Tateando qual é o menor risco que eu vou oferecer, com a maior segurança para aquela pessoa mais frágil. E nunca trabalhei com vácuo-extrator". (Paula)

"Eu já não consigo ter claras as indicações de episiotomia. Tenho visto nascerem bebês enormes, sem episio. E isso veio daquela menina, a paciente do começo, que me trouxe material de parto fórceps sem episio. Se o batimento está muito ruim e o médico quer fazer, a gente vai falar "tá bom". Ele tem de lembrar que isso tem de ser a exceção. De regra, não precisa fazer. A episiotomia não precisa fazer parte do arsenal de um bom atendimento obstétrico hoje". (João Ricardo)

CURRÍCULOS LATTES

06/06/2016

Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Carmen Simone Grilo Diniz)

Dados gerais Formação Atuação Projetos Produções Educação e Popularização de C & T Eventos Orientações Bancas Citações +

Carmen Simone Grilo Diniz

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/7232133994331288>

Última atualização do currículo em 05/05/2016

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (1984), Residência (1987), mestrado (1996) e doutorado (2001) em Medicina (Medicina Preventiva) pela Universidade de São Paulo, e pós-doutorado em Saúde Materno-infantil pelo Cemicamp (2004). Pós-doutorado (visiting reader) no King's College London, Women's Health Division (2012). É livre-docente do Departamento de Saúde Materno-infantil na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (2011). Colaborou por 20 anos com o Coletivo Feminista de Sexualidade e Saúde (1985-2004) em atividade de assistência, pesquisa e ensino. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Medicina Preventiva, Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos, Violência de Gênero, Gênero e Saúde Materna, Saúde Materno-infantil, Saúde Pública baseada em evidências. Foi coordenadora regional (região Sudeste) do Inquérito Nacional Nascer no Brasil (2010-2012). Coordena o grupo do CNPq GEMAS (Gênero e evidências em maternidade e saúde). É chefe do Departamento de Saúde Materno-infantil da Faculdade de Saúde Pública da USP (2014-2016). **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome

Carmen Simone Grilo Diniz

Nome em citações bibliográficas

Diniz, C. S. G.;Diniz, S.;Diniz, Simone;Diniz, Simone G.;Diniz, Simone Grilo;Diniz, Carmen Simone Grilo;Carmem Simone Grilo Diniz;Diniz, CSG, Carmen SG Diniz;Diniz Carmem Simone Grilo;Diniz, Carmem Simone Grilo;DINIZ, CARMEM SIMONE;Simone Carmem Grilo Diniz;DINIZ, SIMONE CARMEM GRILLO

Endereço

Endereço Profissional

Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Materno-Infantil.
Av. Doutor Arnaldo, 715, 2º andar
Cerqueira César
01246904 - São Paulo, SP - Brasil
Telefone: (11) 30617124
Fax: (11) 30850240

Formação acadêmica/titulação

1997 - 2001

Doutorado em Medicina (Medicina Preventiva) (Conceito CAPES 7).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto, Ano de obtenção: 2001.
Orientador: José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres.
Bolsista do(a): Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, FAPESP, Brasil.

1994 - 1996

Mestrado em Medicina (Medicina Preventiva) (Conceito CAPES 7).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Assistência ao parto e relações de gênero - elementos para uma releitura médico-social, Ano de Obtenção: 1997.
Orientador: José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres.

1985 - 1987

Especialização - Residência médica.
Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Residência médica em:
Número do registro: .

1979 - 1984

Graduação em Medicina.
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, UFRN, Brasil.

Pós-doutorado e Livre-docência

2011

Livre-docência.

<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4786298D0>

1/27

06/06/2016

Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Priscila Cavalcanti de Albuquerque Carvalho)

Dados gerais Formação Atuação Projetos Produções Educação e Popularização de C & T Eventos +

Priscila Cavalcanti de Albuquerque Carvalho

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/9281795550132979>

Última atualização do currículo em 03/06/2016

Possui graduação em Direito pela Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo (1992). Atua como advogada em direitos sexuais e reprodutivos da mulher, especialmente em casos de violência obstétrica. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome

Priscila Cavalcanti de Albuquerque Carvalho

Nome em citações bibliográficas

Albuquerque, PC; CARVALHO, PRISCILA CAVALCANTI ALBUQUERQUE

Endereço

Endereço Profissional

Toledo e Cavalcanti Advogados Associados.
Rua Guiné, 5
Brooklin
04580010 - São Paulo, SP - Brasil
Telefone: (011) 50490793
URL da Homepage: <http://toledoecavalcanti.blogspot.com.br/>

Formação acadêmica/titulação

2014

Mestrado em andamento em Saúde Pública.
Faculdade de Saúde Pública - USP, FSP/USP, Brasil.
Título: Largando a tesoura: Compreendendo os motivos dos médicos obstetras para a mudança de prática quanto à realização da episiotomia, Orientador: Carmen Simone Grilo Diniz.
Palavras-chave: Episiotomia; educação médica; direito; ética; consentimento informado.
Grande área: Ciências da Saúde
Grande Área: Ciências Sociais Aplicadas / Área: Direito / Subárea: Direitos Humanos.

1985 - 1992

Graduação em Direito.
Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, FADUSP, Brasil.

Formação Complementar

2013

Matéria como aluna esp - Gênero e Saúde Materna.
Faculdade de Saúde Pública - USP, FSP/USP, Brasil.

2013

Saúde baseada em evidências. (Carga horária: 68h).
Hospital Sírio-Libanês, SIRIO-LIBANÊS, Brasil.

2013 - 2013

Introdução aos Recursos Bibliográficos da USP. (Carga horária: 2h).
Faculdade de Saúde Pública - USP, FSP/USP, Brasil.

2011 - 2012

Formação como Instrutor de Yoga. (Carga horária: 247h).
Núcleo Shivalaya, NSHY, Brasil.

2010 - 2010

<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4401364J8>

1/6