

Resumo

Todos os anos, milhões de mulheres na América Latina têm sua vulva e vagina cortadas (episiotomia) sem que haja qualquer justificativa médica para isso. Esta cirurgia tem sido praticada de rotina em centenas de milhões de mulheres desde meados do século XX, baseada na crença de que preservaria a saúde do bebê e a função sexual da parturiente. Há mais de 20 anos, há evidência científica sólida recomendando a abolição da episiotomia de rotina, e uma redução do seu uso a no máximo 10-15% de casos. Este texto discute as razões da invisibilidade e do silêncio sobre o tema, da resistência à mudança, e descreve iniciativas de grupos organizados para mudar a assistência e promover os direitos sexuais e reprodutivos durante os cuidados à gravidez, parto e pós-parto.

Repercussões da assistência ao parto na saúde sexual e nos direitos sexuais:

O caso da episiotomia no Brasil

Simone G. Diniz¹

Todos os anos, milhões de mulheres na América Latina têm sua vulva e vagina cortadas cirurgicamente (musculatura vaginal, tecidos eréteis da vulva e vagina, vasos e nervos) sem que haja qualquer justificativa médica para isso (1). Esse corte, chamado episiotomia, tem sido utilizado de rotina em centenas de milhões de mulheres desde meados do século XX, com base na crença de sua necessidade para facilitar o parto, e para a preservação do estado genital da parturiente. A partir da metade da década de 80, há evidência científica sólida recomendando a abolição da episiotomia de rotina, e uma redução do seu uso a no máximo 10-15% de casos, sendo sua principal indicação a rigidez perineal resultante de episiotomia prévia. Desde então, sabe-se que, para a grande maioria das mulheres, a episiotomia é um problema, não uma solução: ao invés de promover a saúde genital ou a do bebê, provoca danos sexuais importantes, dor intensa, aumenta os riscos de incontinência urinária e fecal, e leva com frequência a complicações infecciosas, problemas na cicatrização e deformidades, genitais, entre outros agravos (2). Vinte anos depois das primeiras publicações atestando a falta de benefícios e os evidentes danos da episiotomia, mais uma revisão sistemática extensa (297 páginas) publicada em 2005, "não encontrou nenhum benefício à saúde resultante da episiotomia", reafirmando que "o seu uso de rotina é danoso à saúde" (3:77).

A permanência do uso de rotina da episiotomia no Brasil já foi considerado um caso exemplar de violação dos direitos humanos na saúde (4). Trata-se de uma violação dos direitos sexuais e reprodutivos, dos direitos à integridade corporal, à informação e escolha informada, à condição de pessoa e à equidade no acesso à saúde (5). No caso brasileiro, o problema da episiotomia é marcadamente uma questão de classe social e de raça: durante o parto, enquanto as mulheres brancas e de classe média que usam o setor privado da saúde, em sua maioria serão "cortadas por cima" em uma cesárea desnecessária, a maioria das mulheres que dependem do SUS (mais de dois terços delas) serão "cortadas por baixo", passarão pelo parto vaginal com uma episiotomia. Como as mulheres negras têm características diferentes em termos de cicatrização, pela maior tendência a formação de quelóides (cicatrices tumoriformes mais comuns nos indivíduos de raça negra), é plausível que estejam mais sujeitas a complicações cicatriciais da episiotomia (5).

Diferentemente das mulheres que são atendidas no setor privado e nas quais os procedimentos cortantes como a episiotomia serão realizados sob a ação da anestesia peridural, no caso das mulheres do SUS a episiotomia e sua sutura será feita com bloqueio local do períneo, procedimento considerado em estudos qualitativos como altamente ineficaz (6). Não raro os casos de aleijões genitais resultantes da episiotomia (jocosamente classificados pelos profissionais como "AVC de

¹ Simone G. Diniz é médica, doutora em Medicina Preventiva e professora do Departamento de Saúde Materno-infantil da Faculdade de Saúde Pública da USP.

vulva” ou “hemibundectomia lateral direita”) vão depois compor a demanda de outro profissional, o cirurgião plástico especializado em corrigir genitais deformados por episiotomias – isso para as mulheres que têm recursos para pagar os procedimentos corretivos (7).

Os estudos mostram que, se comparamos mulheres que submetidas à episiotomia com as que não foram submetidas ou que tiveram lacerações espontâneas, o risco de infecção foi de 5 a 11 vezes maior naquelas mulheres submetidas ao procedimento (8). Há mesmo uma complicação infecciosa rara, mas freqüentemente fatal da episiotomia, a fasciíte necrotizante. Dados dos Estados Unidos e Inglaterra mostram que naquelas pesquisas essa complicação respondeu até por um quarto das mortes maternas (9).

Vários estudos mostram que as mulheres relatam que o momento mais doloroso da parto foi exatamente o da sutura da episiotomia (5). Muitas mulheres relatam que escolhem a cesárea para fugir de uma episiotomia, especialmente depois de uma experiência traumática e com seqüelas. Esse é um tema recorrente nos *sites* de consumidoras brasileiras na Internet organizados para propor mudanças nas práticas obstétricas, e há mesmo um *site* de mulheres que se organizaram especificamente contra a episiotomia (10).

Diante da permanência desta prática na assistência ao parto, injustificável frente às evidências científicas, a episiotomia de rotina tem sido considerada por vários autores como uma forma de mutilação genital, e mesmo como violência de gênero cometida pelas instituições e profissionais. Alguns já propõem uma mudança de nomenclatura, chamando a episiotomia desnecessária de rotina como “lesão genital iatrogênica no parto”, “agravo sexual iatrogênico” ou de “ferimento sexual iatrogênico no parto” (11,12).

O abuso da episiotomia tem sido um problema amplamente negligenciado e subestimado, sendo ainda mais invisível nos em países em que sua prevalência permanece injustificavelmente alta, como no Brasil. Porém poucas questões de saúde sexual e reprodutiva têm a magnitude e a gravidade na vida das mulheres, e são tão preveníveis quanto a episiotomia. Além de seu potencial em reduzir o sofrimento evitável das mulheres e em promover a sua saúde sexual, a restrição do uso da episiotomia implicaria ainda em uma importante economia do setor saúde.

Um estudo mostrou que o uso rotineiro e desnecessário da episiotomia na América Latina desperdiça anualmente cerca de US\$ 134 milhões só com o procedimento, sem contar nenhuma de suas freqüentes complicações. Nas demais regiões do mundo, as evidências científicas levaram a uma gradual redução das episiotomias, enquanto na América Latina, há uma enorme resistência à mudança e a maioria dos serviços, públicos ou privados, mantêm uma taxa de episiotomia de mais de 90% nos partos vaginais (1). Se for considerado que, de acordo com evidências científicas, a episiotomia tem indicação de ser usada em cerca de 10% a 15% dos casos e ela é praticada em mais de 90% ou mais dos partos hospitalares na América Latina, calcula-se que anualmente milhões de mulheres têm sua vulva e vagina danificadas por esse procedimento.

Como explicar o silêncio e a invisibilidade em torno da episiotomia? É possível que uma das razões seja a “conveniência simbólica” desse procedimento (13). O apelo da episiotomia para “devolver a mulher à sua condição virginal”, proposto por alguns autores como o norte-americano Joseph DeLee no início do século 20, teve grande eco na cultura brasileira. A partir da metade do século passado, com a hospitalização do parto nas áreas urbanas, os conceitos médicos então legitimados consideravam que, para que uma mulher pudesse dar à luz, era necessário que algum orifício fosse aberto cirurgicamente, sem o qual a mulher ou o bebê sofreriam seqüelas. No caso do bebê, sua segurança e saúde estariam ameaçadas, e no caso da mulher, esta ficaria com um dano sexual irreversível. A imagem que o discurso médico sugere é que, depois da passagem de um “falo” enorme - que seria o bebê - o pênis do parceiro seria proporcionalmente muito pequeno para estimular ou ser estimulado pela vagina, implicando em uma desvalorização dos atrativos sexuais daquela mulher. A necessidade masculina de um orifício devidamente continente e estimulante para

a penetração seria então prevenida ou resolvida pela episiotomia, ou mesmo pela cesárea, preservando-se o estatuto da vagina como órgão adequado ao pênis (5).

No Brasil, prevalece um sistema erótico baseado nas noções de atividade-masculino e passividade-feminino (14). Essa concepção mecânica e passiva da vulva e da vagina é transposta para o parto, dificultando a compreensão, mesmo pelos médicos, de que faz parte da anatomia e fisiologia normal das mulheres que seus genitais aumentem de tamanho durante o sexo e o parto, voltando depois ao tamanho usual. A concepção dos genitais femininos como passivos ratifica a idéia da vagina "apertada" ou "frouxa" (mas sempre passiva, diante do falo em movimento que a estimula e é estimulado). Isto dificulta a compreensão da vagina e vulva como órgãos ativos, capazes de se contrair e relaxar, de acordo com a vontade feminina, até por se tratar de musculatura voluntária, tal como re-descrito pelos estudos mais recentes da anatomia e fisiologia genital feminina (15, 16,17). Atualmente, em muitos países aceita-se a concepção de que a vulva, como o colo do útero, necessita de um tempo para que sua dilatação se processe adequadamente, ao invés do conceito de que o período expulsivo deveria se dar rapidamente (2). De acordo com a evidências científicas, sabe-se também que o melhor recurso para promover um tônus vaginal adequado e prevenir a incontinência urinária é a prática de exercícios vaginais (18) – orientação virtualmente ausente da assistência pré-natal ou ginecológica em geral no Brasil.

Qual a relação entre a permanência da prática de rotina da episiotomia e do abuso de cesáreas, indicadas como recurso para "preservar o assoalho pélvico", frente a toda a evidência em contrário? Essas duas características da assistência ao parto no Brasil mostram como as dimensões da cultura (sexual, reprodutiva, corporativa, institucional, etc.) têm precedência sobre a "racionalidade técnica" na organização das práticas de saúde. Mais uma vez, não se trata do que é "cientificamente correto", mas de sua representação. No Brasil, a episiotomia e seu *ponto do marido* (apertada final da sutura, para estreitar mais a abertura da vagina), assim como a cesárea e sua "prevenção do parto" da cesárea, funcionam, no imaginário de profissionais, parturientes e seus parceiros, como promotores de uma vagina-sexual corrigida ou poupada dos eventuais danos da vagina-reprodutiva. Se as mulheres acham que vão ficar com problemas sexuais e vagina flácida após um parto vaginal, e que a episiotomia é a solução, elas tendem a querer uma episiotomia ou uma cesárea (1,5). Mas, quando as mulheres têm acesso a informação e sabem que é possível ter uma vagina vigorosa por meio de exercícios, elas podem compreender que a episiotomia de rotina é uma lesão genital que pode ser prevenida, e que elas podem recusá-la (20). Um dos recursos seria a adoção pelos serviços de saúde, no pré-natal e no parto, de um consentimento informado sobre episiotomia, com base nas evidências científicas e na legislação dos direitos dos pacientes. Assim as mulheres poderiam decidir sobre seu corpo e ter acesso ao que de fato promove a saúde e o adequado tônus pélvico – os exercícios vaginais, como já realizado em outros países. Para isso é necessário promover a mudança na formação dos recursos humanos e a informação da opinião pública através da mídia (5).

Essa foi a finalidade da Campanha pela Abolição da Episiotomia de Rotina, iniciada no Estado de São Paulo em 2003, e que se expandiu para outros estados, como Rio de Janeiro e Paraná. Sabemos que a prevenção da episiotomia passa por mudanças institucionais mais amplas nas formas de assistência ao parto no Brasil, que se caracteriza por procedimentos arriscados, potencialmente danosos, dolorosos e sem base na evidências. Entre essas mudanças, estão a abolição da indução de rotina do parto, a prevenção de procedimentos danosos como a manobra de Kristeller (pressão fúndica), assim como a promoção da liberdade de posição no trabalho de parto e no período expulsivo, de manobras simples que facilitam a saída do bebê, da garantia da presença de acompanhantes e da inclusão de exercícios pélvicos na assistência á gravidez e ao pós-parto (21). Por isso, embora o foco seja a episiotomia de rotina, as campanhas buscam desencadear um conjunto amplo de mudanças que promovam a *integridade genital* das mulheres e uma experiência satisfatória e segura no parto.

Em resumo, mais do que prevenir a episiotomia, a questão é como promover a integridade corporal no parto. Isso inclui as mudanças institucionais discutidas acima, mas também na formação de recursos humanos e na opinião pública, para reduzir os índices de episiotomia desnecessária (lesão sexual iatrogênica no parto), promovendo uma assistência ao parto menos agressiva e uma vida sexual mais satisfatória, para mulheres e suas parcerias.

Bibliografia

1. Tomasso, Gisella. *¿Debemos seguir haciendo la episiotomía en forma rutinaria?* Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, Caracas, v.62, n.2, p.115-121, 2002.
2. Carroli G, Belizan J. *Episiotomy for vaginal birth* (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd
3. US Department of Health and Human Services. Evidence Report / Technology Assessment. Number 112. *The use of episiotomy in Obstetric Care*. Agency for Health Care Research and Quality. May 2005. <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/episiotomy/episob.pdf>
4. França Jr., Ivan. *Saúde Pública e Direitos Humanos*. In: Zóbole, Elma e Fortes, Paulo. *Bioética e Saúde Pública*. São Paulo. Ed. Loyola, 2003.
5. Diniz, Simone G; Chacham, Alessandra S *"The Cut Above" and "the Cut Below": The Abuse of Caesareans and Episiotomy in São Paulo, Brazil*. *Reproductive Health Matters*, Volume:12 May 2004 pp. 100-110.
6. Sanders J, Campbell R, Peters. *Effectiveness of pain relief during perineal suturing*. T.J.BJOG. 2002 Sep;109(9):1066-8.
7. Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde/ Departamento de Medicina Preventiva FM-USP/ Conselho Regional de Medicina de São Paulo - *Direitos Humanos das Mulheres na Gravidez e Parto*. Série O que nós como profissionais de saúde podemos fazer. Diniz, Simone G; (pesquisa e texto). São Paulo, 2003.
8. Röckner G, Henningsson A, Wahlberg V, Ölund A. *Evaluation of episiotomy and spontaneous tears of perineum during childbirth*. Scand J Caring Sci 1988; 2:19-24.
9. Henci Goer's. *Obstetric Myths Versus Research Realities*, Bergin and Garvey,1995.
10. *Xô Episio! Episiotomia Não!* Em (2004): <<http://www.xoepisio.blogspot.com.br>>; Amigas do parto. Episiotomia como lesão sexual iatrogênica. Em (2004) www.amigasdo parto.com.br/episiotomia4.html.
11. Wagner M. *Episiotomy: a form of genital mutilation*. Lancet 1999; 353: 1977.
12. Hughes, J. *Episiotomy: Ritual Genital Mutilation in Western Obstetrics At*: <<http://www.changesurfer.com/Hlth/episiotomy.html>>.
13. Davis-Floyd, R. *Birth as an American Rite of Passage*. Berkeley and Los Angeles, University of California Press, 1992.
14. Parker, R G. *Corpos, prazeres e paixões: a cultura sexual no Brasil contemporâneo*. São Paulo: Best Seller, 1991.
15. O'Connell HE, Hutson JM, Anderson CR, Plenter RJ. *Anatomical relationship between urethra and clitoris*. J Urol. 1998 Jun;159(6):1892-7.
16. Baskin, L. S.; Erol, A; Li, W.H.; Kurzrock, E.; Cunha, G.R. *Anatomical studies of the human clitoris*. J Urol, 1999; 162(3Pt2):1015-20.

17. D'Amati, G; di Gioia GR; Proietti, L., et alli., .*Functional anatomy of the human vagina.* J Endocrinol Invest. 2003;26(3 Suppl):92-6.
18. Chiarelli P, Murphy B, Cockburn J *Acceptability of a urinary continence promotion programme to women in postpartum.* BJOG. 2003 Feb;110(2):188-96.
19. Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke JT. *Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: a retrospective cohort study of primiparous women.* Am J Obstet Gynecol. 2001 Apr;184(5):881-8; discussion 888-90.
20. Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde. *Fique Amiga Dela. Saúde Sexual para Mulheres.* On: <www.mulheres.org.br/fiqueamigadela>
21. Maternitywise. *Cascade of Intervention.* On: <http://www.maternitywise.org/mw/aboutmw/index.html?cascade>