



RELATO DE EPISIOTOMIA COMO VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

ÉRICA SILVA ROCHA¹, KAMILA DE SOUSA¹, NÚBIA INOCÊNCIO DE PAULA², CAMILA LUCCHESI VERONESI¹, ORENITO SIMÃO BORGES JÚNIOR³, MAYRA RIBEIRO DE OLIVEIRA¹, VANNUCIA KARLA DE MEDEIROS NÓBREGA¹, PAULO ALEXANDRE DE CASTRO^{4,5}

1. Departamento de Enfermagem, Regional Catalão da Universidade Federal de Goiás
erica.enf.esr@gmail.com, kamilla_desousa@hotmail.com, camilalucchese@gmail.com, mayraeanalaura@gmail.com, vannucia@gmail.com
2. Enfermeira na UTI/ Hospital São Nicolau nubiadpaula@gmail.com
3. Acadêmico do curso de Farmácia da Universidade Federal de Goiás
orenitojunior@gmail.com
4. Programa de Mestrado Profissional em Gestão Organizacional, Regional Catalão da Universidade Federal de Goiás padecastro@gmail.com
5. Departamento de Física e Programa de Mestrado Profissional em Ensino de Física, Regional Catalão da Universidade Federal de Goiás
padecastro@gmail.com

Recebido em: 28/10/2014 – Aprovado em: 05/11/2014 – Publicado em: 06/11/2014

RESUMO

A episiotomia é uma prática obstétrica frequentemente realizada como rotina na assistência ao parto, embora evidências científicas demonstrem que sua realização sem real indicação pode resultar em complicações maternas. Além de ser em grande parte dos casos desnecessária, a episiotomia é considerada uma violência obstétrica, visto que geralmente esse procedimento é realizado sem devido esclarecimento à parturiente e sem o seu consentimento, provocando perda de autonomia e do poder de decisão sobre seu próprio corpo. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de violência obstétrica, cometido pela obstetra que assistia ao parto. Este relato foi realizado a partir da observação da rotina de uma sala de parto em um hospital de médio porte, por uma acadêmica de enfermagem, durante o estágio curricular obrigatório. Durante o trabalho de parto, a jovem parturiente foi submetida à uma episiotomia sem indicação clínica, contra sua vontade e sem maiores esclarecimentos sobre o procedimento, demonstrando insatisfação com tal ato. A realização rotineira de episiotomia demonstra o despreparo da equipe na assistência ao parto humanizado, evidenciando a necessidade de promover educação continuada.

PALAVRAS-CHAVE : Episiotomia, Violência Obstétrica, Parto humanizado.

ABSTRACT

An episiotomy is an obstetric practice often performed routinely in childbirth, although scientific evidence shows that its realization no real indication can result in maternal complications. Besides being unnecessary in most cases, episiotomy is considered an obstetric violence, since this procedure is usually performed without clarification because the woman and without his consent, causing loss of autonomy and decision making power over his own body. The objective of this study is to report a case of obstetric violence, committed by the obstetrician who attended the birth. This report was made from the observation of the routine of a delivery room at a medium-sized hospital, by an academic nursing curriculum during the compulsory stage. During labor, the young mother underwent an episiotomy without clinical indication, against their will and without explanation about the procedure, demonstrating dissatisfaction with such an act. The routine performance of episiotomy demonstrates how unprepared team in humanized birth care, highlighting the need to promote continuing education.

KEYWORDS: Episiotomy, Obstetric Violence, Humanized birth.

INTRODUÇÃO

A pesquisa *Nascer no Brasil* realizada pela FIOCRUZ em 2012 revelou que há problemas na qualidade da atenção prestada no processo assistencial ao pré-natal e no parto, identificando que a não utilização das boas práticas obstétricas tem influencia nos índices de mortalidade materna e neonatal. Verificou-se que o avanço na redução morbidade e mortalidade materna e neonatal dependerão da consolidação de uma rede de atenção integrada, regionalizada e hierarquizada, assim como também da qualificação da assistência no parto e nascimento (LANSKY, FRICHE, SILVA, CAMPOS, BITTENCOURT e CARVALHO, 2014)

O programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento criado com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência prestada e assim reduzir índices de morbimortalidade materna e neonatal baseia-se no princípio de que atenção obstétrica e neonatal humanizada é condição primária para acompanhamento do parto e puerpério. A humanização compreende dois aspectos extremamente relevantes, o primeiro diz respeito ao dever dos serviços de saúde receber a mulher, seus familiares e o recém-nascido com respeito e dignidade, o que exige dos profissionais um postura ética e solidária, provendo a criação de um ambiente acolhedor, e que rompam com o tradicional modelo de isolamento das mulheres nesse momento. O outro aspecto se refere à adoção de medidas e procedimentos benéficos para assistência ao parto e nascimento, excluindo da rotina, práticas de intervenções desnecessárias, que frequentemente causam mais danos a ambos (BRASIL, 2002).

A realidade dos partos no Brasil é a predominância do modelo extremamente medicalizado que ignora as evidências científicas. A grande maioria das mulheres são submetidas à diversas intervenções que foram realizadas sem maiores avaliações quanto à real necessidade de fazê-las, são privadas da liberdade de movimentar-se e de deambular durante o trabalho de parto, privadas de alimentação e hidratação, recebem medicação para acelerar o trabalho de parto (ocitocina) são submetidas à episiotomia, permanecem em posição de litotomia (deitada de costas) durante o parto, e ainda sofrem com a manobra de *Kristeller*, utilizada para empurrar o feto. Esses procedimentos, quando usados de forma indiscriminada provocam dor e sofrimento desnecessário na parturiente, e não são considerados pela Organização Mundial da Saúde como procedimentos que devem fazer parte da rotina obstétrica (LEAL e GAMA, 2013).

Os procedimentos intervencionistas que eram para ser utilizados de forma restrita, em casos de extrema necessidade, foram incorporados às rotinas obstétricas, erroneamente com objetivo de prestar melhor atenção e cuidado à parturiente e ao feto, mas infelizmente não é essa a realidade que se tem observado no cenário brasileiro.

A prática obstétrica brasileira tem uma pressa em provocar o nascimento do bebê, desconsiderando a autonomia das mulheres no processo de parir seu conceito. Esses controles com o tempo e a imposição de uma dinâmica rígida no trabalho de parto e parto justificam o altíssimo índice de intervenções obstétricas, tornando assim, a assistência ao parto no Brasil, centrada nas decisões dos médicos e não na dinâmica natural do corpo da mulher e da fisiologia do parto. E isso tem início lá no pré-natal, em que as mulheres não são devidamente informadas sobre quais são as boas práticas no parto e nascimento e quais são os cuidados obstétricos realmente necessários e adequados, e sequer são informadas sobre os benefícios do parto vaginal, e com isso não são preparadas para elas próprias conduzirem seus partos. Esse cenário brasileiro se configura como um grande risco de exposição de mulheres com risco obstétrico habitual à riscos de iatrogenias durante o parto (LEAL, PEREIRA, DOMINGUES, THEME FILHA, DIAS e PEREIRA, et al., 2014).

Uma prática que vem sendo realizada como rotina, e que erroneamente é usada alegando melhor benefício materno e fetal é a episiotomia, que consiste em uma incisão cirúrgica, no períneo, realizada no período de expulsão do feto objetivando ampliar a dimensão da vagina para o nascimento (MYERS-HELFGOTT apud RIMOLO, 2011).

No início do século passado a episiotomia foi incorporada à rotina de assistência ao parto, com o intuito de diminuir o dano causado pela laceração do períneo que pode ocorrer de forma natural, reduzir um risco futuro de desenvolver incontinência urinária e fecal, e proteger o feto de um possível trauma durante o trabalho de parto (LEAL, PEREIRA, DOMINGUES, THEME FILHA, DIAS e PEREIRA, et al., 2014).

A realização de episiotomia foi durante muitos anos utilizada de forma rotineira, sem avaliação de sua real necessidade e uma prática médica seguida sem embasamento científico. É o segundo procedimento obstétrico mais comum, cujo objetivo é prevenir danos perineais em mulheres que fazem partos normais e reduzir o período expulsivo. Entretanto estudos atuais vêm contestando essa verdade, revisões de literatura que compararam a realização da episiotomia rotineira e a episiotomia seletiva vem demonstrando que a episiotomia de fato não protege o assoalho pélvico, que pelo contrário aumenta os riscos de complicações intra e pós-parto, causa maior dor e sangramento. Com base nesses estudos, evidencia-se que não há justificativa para a realização de episiotomia de forma rotineira. A realização seletiva de episiotomias se configura como um marcador de qualidade da atenção humanizada, assim como também uma excelente oportunidade para avaliar a educação médica continuada, embasada em evidências científicas, e com isso mudar dogmas do passado (CARVALHO, SOUZA e MORAES FILHO, 2010).

Este é um relato de violência obstétrica cometida por uma médica obstetra durante um trabalho de parto ativo. A violência obstétrica é definida como todo e qualquer tratamento desumanizado, com abuso de medicações, provocando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre o próprio corpo e sua sexualidade, causando impactos negativos na vida de mulheres. Caracteriza-se como violência durante o parto: a recusa de admissão no hospital/maternidade; impedimento da entrada do acompanhante de escolha da mulher; procedimentos que causem dor ou dano, (uso de ocitocina sintética para acelerar o trabalho de parto por conveniência médica, exames de toque sucessivos, privação de alimentos, episiotomia e imobilização); ações verbais ou comportamentais

que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, ludibriação, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio; cesariana sem indicação clínica e sem consentimento da mulher; impedir ou retardar o contato do bebê com a mãe logo após o parto; impedir ou dificultar o aleitamento materno na primeira hora de vida (DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2014).

OBJETIVO

Relatar caso de atendimento desumanizado ao parto se configurando como violência obstétrica, cometida pela médica, em que uma parturiente teve seus direitos feridos e a autonomia sobre seu corpo roubada, ao ser submetida à uma episiotomia sem ser orientada e sem seu consentimento.

MATERIAL E METODOS

Relato de experiência, cuja vivência ocorreu durante o período de estágio curricular obrigatório, por uma acadêmica de enfermagem no último período do curso, em que o campo de estágio era uma unidade hospitalar de médio porte. Este relato é resultado da observação da rotina de uma sala de parto.

RESULTADO

Parturiente encontrava-se em trabalho de parto ativo, com cerca de 9 cm de dilatação, após ser examinada pela obstetra de plantão, foi encaminhada ao centro cirúrgico acompanhada do pai da criança. Ela é imediatamente colocada em posição de litotomia (dorsal), sem liberdade de escolha. A obstetra prepara a anestesia para realizar a episiotomia, neste momento a parturiente questiona a finalidade daquele preparo, ao passo que a médica argumenta que é para realização do 'pique' (episiotomia). A parturiente, nesse momento demonstra-se assustada e questiona qual a necessidade de tal procedimento e tem a resposta de que é para o bem dela e para auxiliar o bebê.

A episiotomia, incisão cirúrgica no períneo era defendida com o argumento de que evitaria sofrimento fetal devido período expulsivo prolongado e preveniria lesão materna. Mas estudos científicos vêm demonstrando que há um risco significativo associado à episiotomia, que incluem uma laceração perineal ainda maior, incontinência fecal e urinária, dispaneuria, dor perineal e significativa perda de sangue. Concluindo que não há evidências que embasem o uso rotineiro de episiotomias para bem estar materno e infantil (FRANKMAN, BUNKER e LOWDER. 2009).

As recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) quanto a taxa para a realização da episiotomia é de 10% a 30% (LEAL, PEREIRA, DOMINGUES, THEME FILHA, DIAS e PEREIRA, et al., 2014) e que seja feita somente em casos de real necessidade, sem uso liberal e rotineiro, devendo-se estudar e avaliar caso a caso, e as condições como sinais de sofrimento fetal, progressão não suficiente do parto e ameaça de uma laceração de terceiro grau. Evidências científicas mostram que durante o período expulsivo, o relaxamento espontâneo do períneo, a posição escolhida para o parto e a condução deste de maneira adequada, proporcionam a expulsão do feto de maneira mais

tranquila, com intensidade menor de dor, e com menores chances de lacerações perineais (CRUZ e BARROS, 2010).

Em estudo que buscou identificar a realização de intervenções obstétricas em mulheres de risco habitual, evidenciou-se que foram realizadas episiotomias em 56% das mulheres em parto vaginal e apenas 5% dos partos vaginais aconteceram sem nenhuma intervenção, deixando claro o excesso de intervenções médicas na fisiologia natural do processo de trabalho de parto indo contra as recomendações da OMS (LEAL, PEREIRA, DOMINGUES, THEME FILHA, DIAS e PEREIRA, et al., 2014).

A jovem parturiente argumenta sobre possibilidade de ter o parto livre de procedimentos invasivos, em seguida a médica grosseiramente indica que o que está fazendo é para ajudá-la e para que seu bebê não seja prejudicado com o trabalho de parto prolongado. Nesse momento, observa-se na paciente expressão facial de tristeza e angústia, bem como apresentava também o pai da criança. Devido ao tom agressivo da resposta, a parturiente não se manifesta mais sobre o assunto, permanecendo calada durante o procedimento. E mesmo sem ter o consentimento, e nem ao menos orientar e questionar, a obstetra realiza o procedimento concorrente a expressão de dor da parturiente, após ter seu corpo invadido.

Embora seja um procedimento considerado rotina nos serviços obstétricos, ela é frequentemente utilizada de modo autoritário, sem o consentimento da mulher e sem o devido esclarecimento sobre as possíveis consequências deste ato. As mulheres mesmo sem o conhecimento da literatura científica que evidencia que esse procedimento na maioria das vezes é desnecessário se sentem injustiçadas, encarando esse fato como uma violência física e emocional (DOSSIE HUMANIZAÇÃO DO PARTO, 2002).

Durante o processo parturitivo às mulheres se encontram em situações que lhes deixam mais vulneráveis, muitas desconhecem como se dá o processo do parto e nascimento, desconhecem os papéis dos profissionais de saúde, em muitas vezes não lhes é dado a oportunidade estabelecer vínculo com os mesmos, e um fator fundamental que às torna vulnerável à qualquer intervenção sem questionamento e contraposição, é a falta de conhecimento sobre seus direitos como mulher, como parturiente, e se vê entregue nas mãos dos profissionais, e com isso contribuem de forma passiva para manutenção do modelo intervencionista e centrado no médico, principalmente quando aceitam resignadamente o que lhes é imposto (GRIBOSKI e GUILHEM, 2006).

As mulheres desconhecem o funcionamento de seus corpos, os seus direitos e seus limites vivenciados no momento do parto, o que reforça nelas a dependência do outro, que nessa situação é representado pelo profissional de saúde. E se não é claro pra elas seus direitos, fica difícil reivindicá-los, impedindo assim de exercer autonomia e poder de decisão sobre si mesma. E durante o processo de parir elas veem o profissional que a assiste como o responsável para aliviar sua dor e sofrimento, e na urgência de resolver, o profissional manda e elas obedecem (GRIBOSKI e GUILHEM, 2006).

E assim, os serviços e profissionais de saúde tomam posse do poder de argumentação, que se traduz com opressão e controle, visto que falta a elas o conhecimento sobre seu corpo e sobre a fisiologia do parto, sobre os processos de reprodução e sexualidade, se colocando em situação de vulnerabilidade, visto que o que elas almejam no fim é o sucesso no nascimento dos filhos, acabam permitindo que seus corpos sejam invadidos, medicalizados e controladas encarando esse acontecimento como um fato normal, que faz parte dos procedimentos, e que portanto deve se submeter de forma passiva. Caracterizando como se o corpo não pertencesse a elas, importa nesse momento somente o

nascimento, se distanciando do próprio processo de parir dando aos outros toda autoridade e autonomia sobre seu corpo (GRIBOSKI e GUILHEM, 2006).

Ao fim do procedimento e do processo do parto, nasce o bebê que somente é apresentado à mãe por alguns minutos, ainda sim pede e insiste que sua cria permaneça consigo por mais um tempo, tem novamente seu direito negado, para atender às necessidades dos outros, que se colocam como prioridade em um momento que não lhes pertence.

O movimento de mudança de paradigmas sobre o cuidado centrado nas necessidades do sujeito, no caso da mulher em trabalho de parto, o cuidado baseado nas reais necessidades da parturiente, infelizmente ainda não ocorreu em diversas instituições no Brasil, que ainda priorizam as necessidades dos profissionais atuantes e as necessidades da própria instituição em detrimento das mulheres (MUNIZ e BARBOSA, 2012). E assim configurando uma sistema de atenção falho, que precisa mudar seu foco visando atendimento digno e com qualidade

CONCLUSÃO

É notório que há uma grande distancia entre as recomendações para humanização na atenção ao parto e nascimento e as práticas realizadas no Brasil. Grande parte das práticas obstétricas realizadas como rotina, são feitas sem embasamento científico, o que pode aumentar os riscos perinatais para binômio mãe-filho. Portanto, é evidente a necessidade de investir em educação continuada dos profissionais que atende partos, visando qualidade na assistência materno-infantil e é imprescindível melhorar o modelo de assistência obstétrica brasileira, tanto no setor privado como público, devendo-se promover as boas práticas, baseadas em evidências. Os recentes resultados de pesquisas trás um alerta de que a mudança no modelo de atenção ao parto e nascimento se faz necessária em caráter de urgência, tendo em vista que grandes partes dos desfechos ruins para puérperas e recém-nascidos estão relacionadas com a assistência que recebem no processo de parto e nascimento. Para tanto, é de extrema relevância envolver nesse processo de mudança os gestores dos serviços de saúde, os profissionais atuantes na área, os pesquisadores e toda população usaria envolvida.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Brasília – DF, 2002.

CARVALHO, C. C. M.; SOUZA, A. S. R.; MORAES FILHO, O. B. **Episiotomia seletiva: avanços baseado em evidencias**. *Femina*. v. 38, n. 5, 2010.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Núcleo especializado de Promoção e Defesa dos direitos. Violência Obstétrica você sabe o que é?** Disponível em: <<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/41/Violencia%20Obstetrica.pdf>> acesso em: 18/10/2014.

DOSSIE HUMANIZAÇÃO DO PARTO. **Rede Nacional de Saúde. Direitos Sexuais e Reprodutivos**. São Paulo, 2002.

FRANKMAN, E. A.; WANG, L.; BUNKER, C. H.; LOWDER, J. L. **Episiotomy in the United States: has anything changed?**. American Journal of Obstetrics & Gynecology. 2009.

RIMOLO, M. L. **Crítérios para realização de uma episiotomia: uma revisão integrati-va**. Trabalho de conclusão de curso. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2011.

LANSKY, S.; FRICHE, A. A. L.; SILVA, A. A. M.; CAMPOS, D.; BITTENCOURT, S. D. A.; CARVALHO, M. L., et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. Cad. Saúde Pública v.30 n.1 Rio de Janeiro, 2014.

CRUZ, A. P.; BARROS, S. M. O. **Práticas obstétricas e resultados maternos e neonatais: análise fatorial de correspondência múltipla em dois centros de parto normal**. Acta paul. enferm. v.23, n.3, 2010.

LEAL, M. C.; PEREIRA, A. P. E.; DOMINGUES, R. M. S. M.; THEME FILHA, M. M.; DIAS, M. A. B., PEREIRA, M. N.; et al. **Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual**. Cad. Saúde Pública, 30 Sup:S17-S47, Rio de Janeiro, 2014.

LEAL, M.C.; GAMA, S.G.N. Nascer no Brasil, Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento. FIOCRUZ. 2013.

MUNIZ, B. M.V .; BARBOSA, R. M. **Problematizando o atendimento ao parto: cuidado ou violência? Memórias Convención Internacional de Salud Pública**. Cuba Salud. Dezembro, 2012.

GRIBOSKI, R. A.; GUILHEM, D. **Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural nahumanizaço ao parto e nascimento**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v.15,n.1, p. 107-14, 2006.