

SEMINÁRIO MORTALIDADE MATERNA E DIREITOS HUMANOS NO BRASIL



Direitos das mulheres, modelos de assistência ao parto e sua relação com a morbi-mortalidade materna

Simone Grilo Diniz

Médica, professora do Departamento de Saúde Materno-infantil na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; integrante da Rede Feminista de Saúde.

Dias 27 e 28 de maio de 2009

Apresentação

1. Modelos de assistência, morbidade e bem-estar materno

Abordagens “baseadas em evidências” e “baseadas em direitos”

Direitos sexuais e reprodutivos das mulheres no parto e pós-parto

Modelos como expressões de relações sociais (gênero, classe etc)

2. Pesquisa sobre modelos de assistência no SUS

Direito à integridade corporal

Direito a acompanhantes no parto

‘Aceleração do parto’, bem-estar e conforto no parto/pós-parto

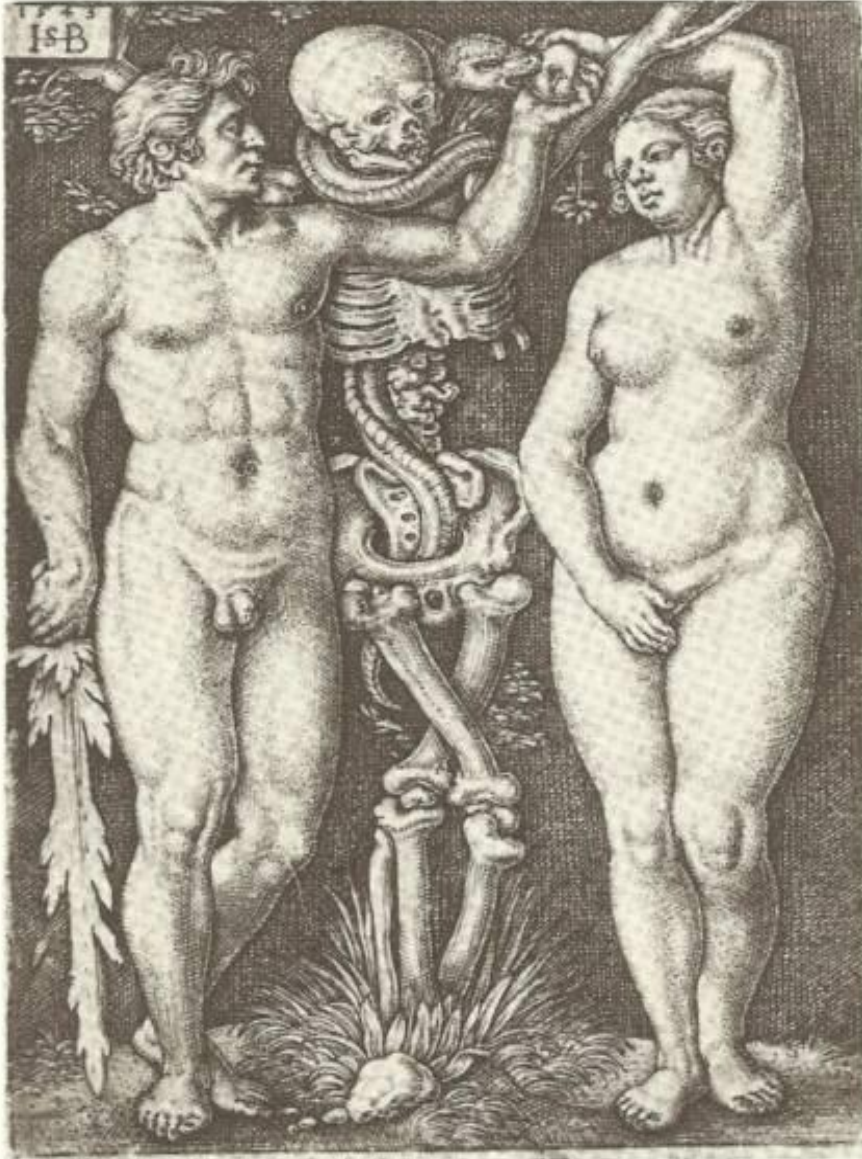
Como melhorar o registro de intervenções potencialmente danosas?

Mortalidade como a ‘ponta do iceberg’ da morbidade

3. Desafios e propostas

Como viabilizar o direito a acompanhantes no SUS?

Como visibilizar o direito à integridade corporal?



1. Modelos de assistência, morbidade e bem-estar materno

- Modelos são construtos sociais, muito permeáveis à cultura, gênero. A **técnica** reflete tais concepções
- Concepções do parto e sua assistência: o parto como **castigo**, pela vida sexual.
- O parto é descrito como **experiência negativa**, horrível
- A assistência parte do **pressuposto do sofrimento** (tido como **benigno para a mãe** – o sofrimento físico e emocional, o bem-estar da mulher não contam)
- **Indulgência para as mulheres que possam pagar** (classe e modelos)

O parto é experiência negativa: traduções técnicas

- **Parto como patologia, para mãe e bebê:**
- “O parto (...) equivale para a mãe a cair de pernas abertas sobre um forcado (...) e para a criança, a ter sua cabeça esmagada por uma porta. (...) O parto é portanto patogênico. E tudo que é patogênico é patológico”

Joseph DeLee, 1917

O parto é experiência negativa: traduções técnicas

- **Parto como aleijo sexual:**
- “A passagem do feto pelo anel vulvo-perineal irá lesar a integridade dos tecidos maternos, com lacerações e roturas as mais variadas, a condicionarem frouxidão irreversível do assoalho pélvico”

(Obstetrícia. Rezende, 1998:295)

O parto é experiência negativa: traduções técnicas

Parto como evento traumático, física e emocionalmente: uma violência essencial do corpo feminino

- **“O profissional que faz parto vaginal é aquele que não tem pena nem da mulher nem da criança”**
- **“É claro que o profissional prefere a cesárea porque não gosto de ver paciente minha sofrer”**

Modelo hegemônico 70s

- Hospitalização
- Sedação completa
- Fórceps de rotina para primíparas
- Episiotomia
- Altas taxas de complicação materna e neonatal



Crise dos modelos na década de 70/80



- o aumento de custos, sem a respectiva melhoria, nos resultados da assistência,
- a falta de consenso sobre os melhores procedimentos
- a extrema variabilidade geográfica de opiniões.
- É criado um grupo para avaliar a segurança e efetividade dos procedimentos na gravidez e parto
- Esse grupo “inventa” a revisão sistemática e a metanálise, que resultará na Medicina Baseada em Evidência

Veio a Medicina Baseada em Evidências (80s/90s)



Em 1989 a Colaboração do Grupo de Gravidez e Parto, já com centenas de integrantes, publicou uma exaustiva revisão dos procedimentos, e em 1993 publicou uma **revisão sistemática de cerca de 40.000 estudos publicados sobre o tema desde 1950, sobre 275 práticas de assistência perinatal**, que foram **classificadas quanto à sua efetividade e segurança**. As revisões são atualizadas periodicamente (Biblioteca Cochrane)



Medicina Baseada em Evidências (80/90s) Na área de saúde perinatal

Deslocamento de autoridades: direitos dos usuários, perspectiva dos usuários

Qualquer pessoa pode ler uma revisão sistemática

(Caso Parto do Princípio, 2007)

Tecnologia submetida às necessidades humanas, não o inverso

Evidências e mudança radical de paradigma, orientada pelos direitos das mulheres

- Nenhuma intervenção se justifica de rotina – escolha
- **Deslocamento do protagonismo do profissional (“fazer o parto”)**
- **Facilitação de fisiologia, “não atrapalhar”**
- **Reconhecimento e prevenção do dano iatrogênico – nosso assunto aqui**

"O objetivo da assistência é obter uma mãe e uma criança saudáveis com o mínimo possível de intervenção que seja compatível com a segurança. Essa abordagem implica que, no parto normal, deve haver uma razão válida para interferir sobre o processo natural" (WHO, 1996: 4).

‘Atenção’, ‘assistência’: diferente de ‘intervenção’ - nenhuma intervenção se justifica de rotina

Viéses de gênero na saúde na pesquisa em saúde (perinatal)

- **Pressuposto de que o corpo feminino é essencialmente imperfeito e que deve ser “corrigido”**
- **“Pessimização” da fisiologia**
- **Ex. TRH, amamentação, parto etc**
- **Superestimação dos efeitos benéficos**
- **Subestimação e invisibilidade dos efeitos adversos**
- **Ex. episiotomia**

A mudança do paradigma: da intervenção de rotina à assistência baseada em evidências, intervenções seletivas

**No século XX, muitos avanços científicos contribuíram para a redução da morbidade e mortalidade materna e infantil –
São recursos essenciais!!**

- o desenvolvimento de técnicas cirúrgicas
 - anestesia segura,
 - os antibióticos
- o uso seguro de sangue e derivados
 - imunização antitetânica
 - UTI materna e neonatal

Porém seu ‘uso abusivo’, baseado em conveniências institucionais e profissionais, aumenta os riscos para mães e bebês

Feminismo décadas 80, 90 e século XXI

- Parto como evento da vida sexual, genital, afetiva (WHO, Carta de Fortaleza e de Trieste)
- Crítica feminista à medicalização contribuiu para a mudança de paradigmas e para o surgimento da MBE
- **Século XXI:** a reprodução e o parto vistos como dimensões incluídas na vida sexual, e não o inverso
- **Direitos no parto, reprodutivos e sexuais**

Em termos dos direitos

Direito à integridade corporal (genital, sexual) prevenir as lesões perineais, a episiotomia e a cesárea.

Direito a saúde e bem-estar: viver o parto como experiência corporal e emocionalmente positiva

- **Direito a acompanhantes**
- **Direito à liberdade de movimentos e posições no parto**
- **Direito a decisões sobre a assistência**
- **Direito a recursos para prevenir a dor iatrogênica e a aliviar a dor (farmacológicos ou não) –bem estar**
- **Respeito à diversidade sexual e das famílias ETC...**

A tecnologia submetidas às necessidades humanas e não contrário

Estudo comparativo em 3 serviços do SUS



Estudo em 3 serviços do SUS

Metodologia

Estudo retrospectivo com dados de prontuários em amostra aleatorizada de 277 PBR em cada um de 3 serviços em 2006 (831 mulheres):

- **Centro de parto perihospitalar (CPN),**
- **Hospital que recebeu o prêmio Galba de Araújo por proposta humanizada (Hospital Galba, HG),**
- **Hospital considerado típico do SUS (HT).**

Foram conduzidos grupos focais com profissionais, gestantes e puérperas, para conhecer suas experiências e opiniões sobre os procedimentos.

Estudo em 3 serviços do SUS

Objetivos:

- Comparar a **frequência de procedimentos** na assistência ao parto e seu impacto sobre a **integridade corporal materna**, na assistência ao parto normal em parturientes de baixo risco (PBR, definido como “elegível para parto em CPN”), em três serviços do SUS na cidade de São Paulo.
- Conhecer a **opinião das mulheres** sobre os diferentes procedimentos e desfechos.
- Integridade corporal = **sem ferida cirúrgica no pós-parto** (sem lacerações $>1^{\circ}$. grau, episiotomia ou cesárea)

Resultados - Integridade corporal

- O desfecho de IC-PP foi encontrado em **65,1%** das mulheres no CPN, **19,5%** no HT ($p < 0,001$) e 58,1% no HG.
- A frequência de episiotomia foi de **22,3%** no CPN, e de **66,9%** no HT ($p < 0,001$), sendo de 33,6% no HG.
- Nos três serviços, a cesárea foi utilizada em menos de 5,0% da população de PBR, o esperado.

- A frequência de procedimentos que elevam o risco de dano perineal, como a posição de litotomia, os puxos dirigidos e a manobra de Kristeller, seguiu um gradiente sendo maior no HT e menor no CPN, com o HG em posição intermediária.
- Nos grupos focais, as mulheres relataram o sofrimento físico associado à episiotomia e sua sutura, e as dificuldades no pós-parto.
- Sua prevenção foi ainda mais valorizada pelas que tiveram experiências com e sem o procedimento.

Acompanhantes no parto

A presença de acompanhantes no parto (AP), garantida por lei nacional, é associada a melhores desfechos maternos e neonatais, entre eles:

- maior satisfação materna com o processo do parto,
- trabalhos de partos mais curtos,
- taxas mais baixas de partos operatórios,
- menor demanda por analgesia, e menor frequência de Apgar abaixo de 7 nos 1os. 5 minutos.

Apesar disto, dados da PNDS/06 mostram que apenas 16,2% das mulheres exerceram este direito, e no SUS apenas 9,5%.

Resultados, acompanhantes

- O registro da presença de AP foi irregular, sendo ausente no HT.
- O CPN tem uma política de convidar o AP, que esteve presente em 99,0% dos partos.
- No HG, o AP era aceito, e sua presença registrada em 55,0% dos partos.
- No HT, a presença de acompanhantes não era permitida e não havia registro.
- Observação dos serviços mostrou que excepcionalmente tal presença era permitida (parentes de funcionários p.ex.).

Resultados, acompanhantes

- Nos grupos focais com gestantes e puérperas, quase todas sabiam da lei, porém não exigiam seu cumprimento por medo de retaliação por parte dos profissionais.
- Todas as participantes preferiam o parto com AP e chegavam a mudar de hospital por este motivo.
- A opinião dos profissionais sobre a presença de AP tendia a refletir posição dos serviços, além de preconceitos de gênero e classe.

Mudanças no modelo

A dor / sofrimento no parto

“Se o parto é horrível, melhor abreviá-lo”

Dor iatrogênica (diferente da dor fisiológica). Associada a formas de “aceleração do parto”:

- **Aceleração / indução**
- Episiotomia e sua sutura
- **Descolamento de membranas**
- Manobra de Kristeller
- **Posição de litotomia**
- Isolamento afetivo etc.

Todos estes procedimentos associados a riscos potenciais – frequentemente invisíveis

Uso de ocitocina, aceleração

- O uso liberal da ocitocina para a condução do trabalho de parto foi alvo recente de alertas, e em 2008 entrou para a **lista curta das 12 drogas cujo uso é mais associado a erros médicos graves.**
- Associada à ruptura uterina, sofrimento fetal etc.
- A ocitocina é **a droga mais freqüentemente associada a resultados perinatais adversos**, e está envolvida em **metade dos litígios contra gineco-obstetras no caso norte-americano.**
- Foram publicadas recomendações propondo o uso seletivo, em dosagens baixas e protocolos bem controlados da droga, **a prevenção da necessidade do seu uso e o uso de recursos não-farmacológicos para acelerar o parto.**
- Clark SL, Simpson KR, Knox GE, Garite TJ. Oxytocin: new perspectives on an old drug. *Am J Obstet Gynecol.* 2008 Jul 28; : 18667171
- Clark S, Belfort M, Saade G, Hankins G, Miller D, Frye D, Meyers J. Implementation of a conservative checklist-based protocol for oxytocin administration: maternal and newborn outcomes. *Am J Obstet Gynecol.* 2007 Nov;197(5):480.e1-5

Uso de ocitocina, aceleração

- “A ocitocina, aumentando artificialmente as contrações uterinas, é a droga que faz um parto intenso porém suportável se tornar insuportável”

“Ocitocina de condução”: uso em PBR

- CPN: 3,24%
- HG: 34,64%
- HT: 86,50%
- Observação de plantões: tendência a “soltar o soro”: “É a hora que as mulheres urram”
- **Pouco controle sobre indicações ou dosagens**

Por que as mulheres morrem na gravidez e no parto? (OMS, 2004)

<http://www.who.int/reproductive-health/publications/btn/text.pdf>



- As mulheres não sabem que precisam fazer pré-natal ou não reconhecem sinais de complicações E/OU
- Os serviços de saúde não existem, não existem programas de pré-natal, ou os serviços são inacessíveis (muito caros, muito longe, barreiras linguísticas ou culturais) E/OU
- **O cuidado que as pacientes recebem é inadequado, ineficaz ou mesmo arriscado para as mulheres – parte menos estudada no Brasil.**

A mortalidade é ponta do iceberg da morbidade



- Necessidade do registro dos danos associados aos procedimentos danosos ou potencialmente arriscados
- Estudo da morbidade associada às práticas
- Caso da episiotomia no Reino Unido (1982)

Casos – como prevení-los?



- M.J.S., 23 morreu de uma fasciíte necrotizante, uma complicação infecciosa de uma episiotomia. **Causa da morte: infecção.**
- **(O DATASUS não registra episiotomia)**
- L.F.P.M., 33 anos teve uma ruptura uterina depois de uma aceleção de parto com ocitocina e uma manobra de Kristeller. **Causa da morte: hemorragia.**
- **(O Kristeller é raramente registrado em prontuário)**

Uma palavra sobre a cesárea

- “As evidências sobre as vantagens do parto normal sobre a cesárea em mulheres PBR são *controversas*, principalmente quando se consideram os danos perineais” – **Afirmção que não tem qualquer base científica – invisibilidade da iatrogenia**
- É com o parto com episiotomia, não raro com fórceps e outras intervenções, que a cesárea é comparada. **Tal comparação não é cientificamente honesta, mas sim é a comparação com partos mais fisiológicos**

Sim: cesárea tem piores resultados de morbidade e mortalidade, materna e neonatal

Pessimização do parto para vender a cesárea

O papel do excesso de cesáreas na mortalidade materna merece mais atenção

- ***“Não há nenhuma dúvida de que, mesmo que desnecessária ou mesmo que contenha maior risco para a mãe ou para o neonato, uma cesariana eletiva tem muito menor risco para o obstetra.”*** (Editorial, *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*)
- Martins-Costa, Sérgio e Ramos, José Geraldo Lopes. A Questão das Cesarianas. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [online]. 2005, v. 27, n. 10 [cited 2008-11-26], pp. 571-574.

Papel do conflito de interesses

3. Desafios e propostas



Como viabilizar o direito a acompanhantes no SUS?

Informação sobre o direito a acompanhantes na carteira da gestante JÁ!

- Treinamento para profissionais
- Adequação dos espaços - simples
- Parceria Coletivo Feminista e Conectas DH
- Várias campanhas locais – hora de uma campanha nacional articulada
- Potencial em prevenir a morbidade e mortalidade materna: a mulher com acompanhante é mais bem tratada (Bruggemann, 2006)
- Envolver a família, e os homens (ausentes das políticas sobre saúde materna)

Como visibilizar o direito à integridade corporal/sexual?

- Treinamento dos profissionais para procedimentos com base nas evidências e nos direitos
- Informação honesta, pública sobre a cesárea (Rede PPP)
- Dados sobre episiotomia (DATASUS e outros bancos)
- Melhorar o registro, a identificação e eventual tratamento de danos perineais



Foto: Paulo Batistuta

Nada de politicamente útil acontece até que as pessoas comecem a dizer coisas nunca ditas antes, permitindo assim que visualizemos práticas novas, ao invés de apenas analisar as velhas
(Rorty, 1993).



Foto: Paulo Batistuta