



## A CEGUEIRA DE GÊNERO NAS DESCRIÇÕES DA SAÚDE MATERNA: A PESSIMIZAÇÃO DO PARTO E O PARADOXO PERINATAL

Carmem Simone Grilo Diniz<sup>1</sup>

*Introdução: a gravidez e o parto estão ficando mais seguros?*

No Brasil, os dados mais recentes sobre mortalidade materna disponíveis no DATASUS indicam uma razão de 77.2 mortes por 100.000 nascidos vivos (nv) em 2006<sup>2</sup>, já incluindo o fator de ajuste estimado em 1.4, calculado em 2002 para corrigir o subnotificação de mortes maternas entre as mortes das mulheres da idade reprodutiva (10-49 anos)<sup>3</sup>.

A morte materna é um evento raro, e mesmo em locais com taxas elevadas, sua medida pode ser difícil e complexa. Uma vez que os números são pequenos, não é simples detectar tendências da melhoria ou da deterioração<sup>4</sup>. Mas se nos perguntarmos “A gravidez e o parto estão ficando mais seguros para as mulheres no Brasil?” a resposta seria, independentemente da metodologia utilizada, que não há nenhuma evidência da melhora.

Para enfrentar o desafio de promover a maternidade segura, o governo brasileiro lançou um Pacto Nacional Para a Redução da Mortalidade Materna e Neonatal em 2004, com o objetivo de atingir a Meta do Milênio 5, uma redução a 75% na mortalidade materna e neonatal em 2015 em comparação com 1990. Uma análise preliminar dos dados de 2004 a 2006 ficou longe da redução prevista de 15% em mortes maternas, e as expectativas de alcançar 75% de redução em 2015 não parece ser realista no ritmo atual da mudança<sup>5</sup>. Mas porque o investimento na ampliação do acesso a serviços não tem impactado a mortalidade materna?

Este texto tem como objetivo trazer alguns elementos para responder a esta pergunta, examinando os modelos típicos de assistência ao parto no SUS e no setor privado, as propostas de mudança voltadas à adoção de um cuidado mais baseado no respeito às evidências científicas e aos

---

<sup>1</sup> Professora Doutora, Departamento de Saúde Materno-infantil da Faculdade de Saúde Pública da USP. sidiniz@usp.br

<sup>2</sup> BRASIL Ministério da Saúde. *Indicadores de Mortalidade*. C3. Razão de mortalidade materna. At: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/c03.htm>>.

<sup>3</sup> LAURENTI R, MELLO JORGE MH GOTLIEB SLD. *Maternal mortality in Brazilian state capitals: some characteristics and estimates for an adjustment factor*. Revista Brasileira de Epidemiologia 2004;7(4):449–60.

<sup>4</sup> ABOUZAHR C, WARDLAW T. *Maternal mortality at the end of a decade: signs of progress?* Bulletin of World Health Organization 2001;79(6):561–73. At: <[www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0042-96862001000600013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-96862001000600013&lng=en&nrm=iso)>.

<sup>5</sup> BRASIL AGÊNCIA BRASIL. *Brasil não alcança metade da meta de redução da mortalidade materna*. 28 May 2007. At: <[www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2007/05/28/materia.2007-05-28.0720593201/view](http://www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2007/05/28/materia.2007-05-28.0720593201/view)>.



direitos das mulheres, e os conflitos de interesse e resistências à mudança. São examinados os pressupostos de gênero que modulam a assistência à saúde materna e os vieses de gênero na pesquisa neste campo, entre eles, a superestimação dos benefícios da tecnologia, e a subestimação ou invisibilidade dos efeitos adversos das intervenções.

*O paradoxo perinatal: mais acesso e mais tecnologia, com resultados inferiores*

Paradoxalmente, apesar de não termos evidências de melhora nas taxas de mortalidade materna, nos últimos 20 anos, melhoraram quase todos os outros indicadores da saúde materna e das mulheres, assim como o acesso aos serviços de saúde. As mulheres têm melhor nutrição, fumam menos, têm menor número de filhos, com intervalos mais longos entre os partos, fazem maior número de consultas pré-natal, iniciam o pré-natal mais cedo, têm melhor imunização, melhor rastreamento para o diagnóstico de infecções e maior número de consultas no pós-parto<sup>6,7</sup>.

As cesáreas bem indicadas, sejam elas de emergência ou eletivas, são um componente essencial do cuidado obstétrico e devem estar devidamente disponíveis para se conseguir baixar as taxas de mortalidade materna e neonatal. Os grandes estudos observacionais sobre cesárea mostram que uma taxa mais elevada está associada com um aumento da morbidade e da mortalidade em mães e em recém-nascidos<sup>6</sup>. No Brasil, o uso da cesárea é mal regulado nos serviços públicos e não regulado no setor privado, onde alcançou 80,8% dos nascimentos em 2006<sup>5</sup>. Em 2008, várias campanhas foram lançadas, destacando o potencial impacto negativo da cesárea por indicações não-médicas sobre os bebês, principalmente a epidemia de nascimentos pré-termo.

O termo “paradoxo perinatal” é atribuído a Roseblatt<sup>8</sup> (1989), em seu texto “O paradoxo perinatal: fazendo mais e conseguindo menos”. Naquela época, o autor mostrava como a expansão rápida do cuidado intensivo para bebês cada vez mais prematuros – às vezes com seqüelas graves - ganhava muito mais atenção e recursos que a prevenção da prematuridade, dirigida às mulheres grávidas e pobres. Naquele período, após tendência de queda, tanto a prematuridade como o baixo peso ao nascer voltavam a subir nos Estados Unidos, tendência que continua até hoje. Há 20 anos, este autor afirmava que o primeiro passo para analisar este paradoxo seria “entender os fatores que

<sup>6</sup> BRASIL Ministério da Saúde . *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher* (PNDS-2006). [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio\\_final\\_pnds2006.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_pnds2006.pdf) .

<sup>7</sup> BARROS FC, VICTORA CG, BARROS AJD, ET AL. *The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from three Brazilian birth cohorts, 1982-1993-2004*. *Lancet* 2005;365:847-54.

<sup>8</sup> ROSENBLATT RA. *The perinatal paradox: doing more and accomplishing less*. *Health Aff* (Millwood). 1989;8:158-168.



levam os profissionais a adotar um estilo de prática clínica que não atende necessariamente nem os melhores interesses dos indivíduos, nem da sociedade”. O principal destes fatores seria o uso intensivo da tecnologia sobre a população de baixo risco, “desencadeando intervenções inapropriadas e causando danos iatrogênicos”.

Ainda que frequentemente referido apenas aos bebês, este paradoxo “ao redor do parto” se aplica também à saúde materna. O reconhecimento deste paradoxo é muito desconfortável, pois como profissionais, consideramos que se estes procedimentos são realizados por especialistas, devem estar certos, e tendemos ao auto-engano a ponto de não enxergamos mesmo os danos mais evidentes<sup>9</sup>.

### *Os modelos de assistência ao parto e vieses de gênero*

O parto e sua assistência são fenômenos complexos e seu estudo é também uma área de interesse das ciências sociais, dada a permeabilidade das práticas às culturas locais e sua grande variabilidade geográfica, mesmo nos países industrializados. Entre as dimensões envolvidas na formatação cultural das práticas de assistência ao parto, estão a cultura sexual daquela sociedade, suas hierarquias e valores de gênero, raça, classe social, geração, entre outras<sup>10</sup>.

Entendemos o conceito de gênero como categoria que, no social, corresponde ao sexo anatômico e fisiológico das ciências biológicas<sup>11</sup>. O gênero é o sexo socialmente construído, ou, como define Rubin<sup>12</sup>, o conjunto de disposições pelo qual uma sociedade transforma a sexualidade (*e a reprodução*) biológica em produtos da atividade humana, e no qual se satisfazem essas necessidades humanas transformadas.

Os termos “viés de gênero” e “cegueira de gênero” são utilizados para demarcar a maneira como a pesquisa e a prática em uma área do conhecimento podem deixar de valorizar aspectos fundamentais dos seus objetos de estudo, enxergando apenas aqueles que confirmam o paradigma dominante. O objetivo epistemológico é remover os elementos que “cegam”, invisibilizam ou enviesam a produção de conhecimento, de forma a produzir melhores descrições da realidade<sup>13</sup>. O termo viés de gênero na pesquisa epidemiológica é utilizado mais frequentemente para definir erros

<sup>9</sup> WAGNER M. *Pursuing the Birth Machine: the Search for Appropriate Technology* Sydney . Ace Graphics, 1994

<sup>10</sup> Davis-Floyd, R.; Sargent, C. Introduction. In: *Childbirth and Authoritative Knowledge - Cross-Cultural Perspectives*. Davis-Floyd, R; Sargent, C.(eds) Berkeley and Los Angeles, University of California Press, 1997.

<sup>11</sup> 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.

<sup>12</sup> RUBIN, G. *O Tráfico De Mulheres: Notas Sobre A Economia Política Do Sexo*. Recife, SOS Corpo, 1993.

<sup>13</sup> HARDING S. *Whose science, whose knowledge?* New York: Cornell University. Press Ithaca, 1991.



sistemáticos relacionados a construtos sociais gênero-dependentes. Como resultado da insensibilidade de gênero, o desenho e a análise das pesquisas podem criar vieses dependentes da interpretação “engendrada”. O termo é mais conhecido nas pesquisas comparativos entre homens e mulheres – como a diferença de diagnóstico e tratamento nas doenças, mas suas aplicações na pesquisa epidemiológica são amplas e capazes de expandir os modelos explicativos<sup>14</sup>.

No caso da assistência ao parto, a cegueira de gênero leva pesquisadores e profissionais a aceitar crenças da cultura sexual sobre o corpo feminino, relacionadas a este “sexo socialmente construído”, como sendo explicações científicas e objetivas sobre o corpo e a sexualidade.

Uma das expressões deste viés é a crença de que o corpo feminino é essencialmente defeituoso, imprevisível e potencialmente perigoso, portanto necessitado de correção e tutela, expressas nas intervenções. Tal crença leva à *superestimação dos benefícios da tecnologia, e a subestimação, ou mesmo invisibilidade (cegueira), quanto aos efeitos adversos das intervenções*. Um exemplo desta ‘cegueira de gênero’ é a história da episiotomia, corte da musculatura, tecidos eréteis, nervos e vasos da vulva e vagina, instituída no início do século XX, com a intenção de ampliar o canal de parto. Durante décadas, centenas de milhões de mulheres tiveram suas vulvas e vaginas cortadas supostamente para prevenir lesões genitais graves na mãe e prevenir danos para o bebê.

Na década de 80, iniciam-se os primeiros questionamentos à base científica da segurança e da efetividade dos procedimentos no parto. Este movimento crítico interno à Medicina surge no campo da saúde perinatal<sup>15</sup> e com influência do movimento internacional de mulheres<sup>16</sup>. As usuárias organizadas na década de 70 e 80 questionavam a utilidade das práticas, reivindicavam o parto como parte da experiência sexual feminina, e exigiam a participação de mulheres na definição das prioridades de pesquisa. Uma destas reivindicações foi o registro sistemático pelos serviços de saúde de procedimentos na assistência, muitos dos quais denunciados como irracionais e violentos, que permitissem a sua avaliação, e um foco central foi a episiotomia. A episiotomia mal podia ser “vista”, pois até 1981, a quando o movimento o reivindicou, sequer era registrada<sup>17</sup>.

---

<sup>14</sup> RUIZ CANTERO, MT, et al. "A Framework To Analyse Gender Bias In Epidemiological Research". Journal Of Epidemiology And Community Health. Vol. 61, Supplement 2 (Dec. 2007).

<sup>15</sup> GLASZIOU P, DEL MAR C, SALISBURY J. *Evidence-Based Medicine Workbook*. Bmj Books, 2007 (2nd Edition).

<sup>16</sup> BOSTON WOMEN'S HEALTH BOOK COLLECTIVE (BWHBC)- *The New Ourbodies, Ourselves*. New York City, Touchstone Simon And Schuster, 1984.

<sup>17</sup> KITZINGER, S. The Sexuality Of Birth. In: *Women's Experience Of Sex*. S. Kitzinger (ed.) 209-218. New York: Penguin.



Uma vez que se partia do pressuposto de que o corpo feminino estava errado e deveria ser corrigido, não existiam pesquisas sobre se a episiotomia deveria ou não ser realizada. As revisões identificaram muitos ensaios clínicos bem desenhados sobre episiotomia, porém nenhum questionavam se era vantajoso praticá-la<sup>15</sup>. Apenas no final da década de 80 surgem os ensaios clínicos sobre riscos e benefícios, que concluem pela *abolição* do seu uso de rotina<sup>16</sup>.

Mais recentemente, são publicados editoriais nas revistas especializadas de ginecologia e obstetrícia inclusive no Brasil, conclamando os profissionais a abandonarem o uso rotineiro da episiotomia, e seu ensino<sup>18,19</sup>.

Os primeiros dados brasileiros com base populacional sobre episiotomia, na PNDS de 2006, mostram que entre as mulheres que tiveram partos vaginais no SUS, 70,3% sofreram o procedimento, e entre as primíparas, essa porcentagem chegou a 84,8%<sup>6</sup>. No Brasil, até hoje os dados sobre episiotomia sequer estão no DATASUS.

#### *Gênero e pessimização do parto: a naturalização do sofrimento e do dano iatrogênicos*

O outro componente nuclear na formatação cultural das práticas de assistência à parturiente no Brasil, entreligado aos conflitos de interesse acima descritos, é a cultura sexual e reprodutiva<sup>15</sup>. Estas dimensões estão associadas ao reconhecimento – ou não reconhecimento – pelos serviços de saúde, dos direitos das mulheres à sua expressão sexual (evidenciada pela gravidez), à integridade corporal, à condição de pessoa, à autonomia e à não-discriminação<sup>19</sup>.

Inúmeros estudos mostram que são freqüentes as atitudes discriminatórias na assistência ao parto, inclusive no SUS<sup>20 21 22</sup>. Estudos sobre a perspectiva das mulheres mostram que muitas vezes elas descrevem o trabalho de parto como dominado pelo medo, solidão e dor, em instituições que deslegitimam a sexualidade e a reprodução de mulheres consideradas subalternas, como negras, solteiras e de baixa renda, e estigmatizam a maternidade na adolescência<sup>21</sup>. Os abusos verbais voltados para a humilhação sexual do tipo “quando você fez você gostou”, são uma constante nos

<sup>18</sup> MATTAR, R. et al. The practice of episiotomy in Brazil. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [online]. 2007, v. 29, n. 1 [cited 2008-11-27], pp. 1-2.

<sup>19</sup> HARTMANN, K ET AL. Outcomes of Routine Episiotomy - A Systematic Review . *JAMA.* 2005;293:2141-2148.

<sup>20</sup> DINIZ CSG 2001. *Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites das propostas de humanização do parto.* Tese de doutorado. Faculdade de Medicina/USP, São Paulo.

<sup>21</sup> D'OLIVEIRA, A. F. P. L. D. ; SCHRAIBER, L B ; DINIZ, S G. . *Violence against women in health-care institutions: an emerging problem.* *Lancet*, Londres, v. 359, n. 9318, p. 1681-1685, 2002.

<sup>22</sup> MCCALLUM, C. REIS, AP. *Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil.* *Cad. Saúde Pública* [online]. 2006, v. 22, n. 7 [cited 2008-11-26], pp. 1483-1491.



estudos e fazem parte do aprendizado informal dos profissionais sobre como disciplinar as pacientes, desmoralizando seu sofrimento e desautorizando eventuais pedidos de ajuda<sup>19-21</sup>.

Como fenômeno cultural complexo, é difícil definir o que seria um parto “fisiológico” ou “espontâneo”, uma vez que a interpretação da fisiologia e da normalidade são em si construtos da cultura<sup>9</sup>. A própria possibilidade de a mulher ter escolhas informadas sobre sua assistência pode fazer uma grande diferença na interpretação feita por ela sobre a ‘normalidade’ da sua experiência. Porém se tomarmos aqui a definição proposta em 2008 sobre o que seria um parto normal ou fisiológico (iniciado espontaneamente, conduzido espontaneamente, e que se encerra espontaneamente – sem drogas ou cirurgias)<sup>23</sup>, trata-se de um fenômeno raro no Brasil. No Brasil, além de do parto espontâneo ser percebido pelos profissionais como mais arriscado para o bebê, também é tido como mais arriscado para a própria mãe, sendo associado a danos sexuais irreversíveis. Os profissionais praticam intervenções sobre a vagina, como a episiotomia (que uma laceração de 2º. grau, no mínimo) e os fórceps, que aumentam os riscos de danos genitais graves<sup>16</sup>, e quando estes danos ocorrem, responsabilizam o *parto em si* pelos danos<sup>15</sup>. Desta forma, o dano iatrogênico é invisibilizado e re-descrito como um dano “natural” do parto, associado ao processo fisiológico e não às intervenções. O uso rotineiro da episiotomia e dos fórceps para primíparas ainda é ensinada em importantes Faculdades de Medicina, à revelia de toda evidência científica de sua inadequação e sem que as mulheres tenham qualquer chance de fazer escolhas informadas<sup>24</sup>.

Em termos de modelo de assistência, a ‘correção do corpo’ preferencial para as mulheres brancas e de renda mais alta é a cesárea: “se o parto é um evento negativo, devemos preveni-lo”. É defendida pelos profissionais como alternativa superior e mais moderna em termos de conforto materno (evitaria as dores do parto), proteção contra danos sexuais (evitaria a passagem do bebê pelo períneo, a episiotomia, os fórceps), e contra os potenciais danos do parto vaginal sobre o bebê. Para viabilizar este modelo, a cirurgia deve que ser agendada *antes* que a mulher entre em trabalho de parto. Entre a minoria de mulheres que tiveram partos vaginais no setor privado, estes geralmente incluem os procedimentos como a indução ou aceleração com ocitocina (procedimento que em geral faz ultrapassar o limite de suportabilidade da dor), a episiotomia, e frequentemente os fórceps em primíparas. Todos estes procedimentos são dolorosos – porém quase sempre, no setor

<sup>23</sup> NATIONAL CHILDBIRTH TRUST - *Consensus statement from the Maternity Care Working Party - our shared views about the need to recognise, facilitate and audit normal birth.* <http://www.rcog.org.uk/index.asp?PageID=2230>.

<sup>24</sup> HOTIMSKY SN. *A formação em obstetria: competência e cuidado na atenção ao parto.* Tese (doutorado) em Medicina Preventiva. São Paulo, Brasil: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2007.



privado as mulheres contam com a anestesia peridural, o que torna o sofrimento físico mais suportável<sup>25</sup>.

Já entre as mulheres mais pobres e dependentes do SUS, o modelo correcional parte do pressuposto de que “se o parto é um evento negativo e não estamos autorizados a preveni-lo, vamos pelo menos abreviar sua duração”. Os recursos para sua aceleração incluem o uso rotineiro da ocitocina, a rotura precoce das membranas, e a episiotomia<sup>18</sup>. Também são utilizados o descolamento manual das membranas, a redução manual do colo e a manobra de Kristeller (pressão fúndica), mas raramente há qualquer registro destes procedimentos. Como estes procedimentos multiplicam as dores, ter ou não ter acesso a anestesia efetiva pode fazer uma enorme diferença na qualidade da experiência do parto, para a parturiente, para o bebê e para os profissionais que os atendem<sup>24</sup>. Para piorar, as mulheres em geral são mantidas imobilizadas em posições desconfortáveis no período expulsivo, sem privacidade, e submetidas a instruções potencialmente danosas de puxo dirigido (“faça força!”), não raro ameaçadas de resultados adversos caso não obedçam. O cuidado com o bem-estar físico e emocional das parturientes, que deveria ser “uma das prioridades da assistência e considerado a cada intervenção”<sup>17</sup>, é um tema pouco visível, principalmente no SUS.

No Brasil, muitas vezes o debate sobre a qualidade da assistência cai na polarização entre cesárea e parto normal. Com as evidências disponíveis, ninguém é capaz de argumentar que a cesárea sem indicações médicas não tenha resultados maternos e neonatais inferiores aos do parto fisiológico. Porém quando comparado ao parto vaginal repleto de intervenções desnecessárias, dolorosas e potencialmente danosas, pode parecer uma alternativa comparável. Segundo Klein<sup>26</sup>, esta comparação não é aceitável nem cientificamente honesta.

A demanda pela cesárea, no Brasil, seria sobretudo uma demanda por dignidade, já que o modelo de parto “normal” típico é intervencionista, humilhante e traumático<sup>27</sup>. Grupos de usuárias organizadas acreditam que para tornar o abuso de cesáreas aceitável, é fundamental manter o parto vaginal o mais doloroso e danoso possível, se preciso negando as evidências científicas às quais a prática médica supostamente deveria aderir.

---

<sup>25</sup> DINIZ, S. G.; DUARTE, A. C. *Parto Normal Ou Cesárea? O Que Toda Mulher Deve Saber (E Todo Homem Também)*. Editora Unesp, 2004. 179p.

<sup>26</sup> KLEIN, M C ET AL. *Relationship of Episiotomy to Perineal Trauma and Morbidity, Sexual Dysfunction, and Pelvic Floor Relaxation*. American Journal of Obstetrics & Gynecology. 171(3):591-598, September 1994.

<sup>27</sup> MAIA, MB. *Humanização do Parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional*. Editora Fiocruz (no prelo) 2009.