



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Brasília

Curso de Especialização em Saúde Coletiva/2017

Anna Clara Bertão

Gesiele Lemos

Jéssica Pedroso

Rafaela Ventura

Episiotomia: como conscientizar e empoderar mulheres e profissionais de saúde por meio de um vídeo

Curso de Especialização em Saúde Coletiva/2017

Anna Clara Bertão

Gesiele Lemos

Jéssica Pedroso

Rafaela Ventura

Episiotomia: como conscientizar e empoderar mulheres e profissionais de saúde por meio de um vídeo

Projeto Aplicativo apresentado à Escola Fiocruz de Governo – Brasília, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Especialista em Saúde Coletiva sob orientação da professora doutora Denise Silva e do mestre Felipe Pereira.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

B536e Bertão, Anna Clara
Episiotomia : como conscientizar e empoderar mulheres e profissionais de saúde por meio de um vídeo / Anna Clara Bertão... [et al.]. – Brasília, 2018.
46 f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Denise Silva;

Coorientador: Ms. Felipe Pereira.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização – Saúde Coletiva) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Fiocruz de Governo, Brasília, 2018.

1. Violência obstétrica. 2. Episiotomia. 3. Desnaturalização
4. Empoderamento. I. Silva, Denise. II. Pereira, Felipe. III. Título.

CDU: 618.4

Bibliotecária responsável: Caroline Lago de Carvalho Pires CRB-DF 3170

RESUMO

O presente projeto aplicativo sobre a episiotomia consiste no Trabalho de Conclusão de Curso da Especialização em Saúde Coletiva da Escola Fiocruz de Governo de Brasília. A partir de dados empíricos, de revisão bibliográfica e documental e da utilização de narrativas de mulheres que realizaram a episiotomia, propõe-se um projeto aplicativo inovador por meio de um vídeo. *Introdução:* o inquérito nacional sobre parto e nascimento, “Nascer no Brasil”, verificou que entre as mulheres que realizaram partos vaginais, apenas 5,0% pariram sem intervenções, sendo a episiotomia realizada em mais de 50% dos partos. A episiotomia consiste em um corte cirúrgico entre a vagina e o períneo, que tem consequências a curto e longo prazo, como dor perineal, sangramentos, infecções e dificuldade no cuidado com a criança. Esta intervenção geralmente é realizada de modo autoritário, sem consentimento e esclarecimento e pode se constituir em uma violação do direito humano de estar livre de tratamentos humilhantes e degradantes. Os objetivos do projeto visam conscientizar as mulheres e os profissionais de saúde sobre as consequências da episiotomia; desnaturalizar a prática da episiotomia entre as mulheres e os profissionais de saúde; e empoderar as mulheres para que elas possam ter autonomia sobre seu próprio corpo durante o parto. Foi desenhado para desenvolver um material áudio-visual por meio de gravação e divulgação nas redes sociais de um vídeo sobre a episiotomia a partir da reflexão da vivência de 13 mulheres entrevistadas na pesquisa empírica. O projeto de aplicação apresenta alta aceitabilidade, sendo exequível, sustentável e efetivo, com custo previsto de aproximadamente vinte e cinco mil reais. Foi previsto para ser realizado em trinta meses, incluindo a elaboração de roteiro final, a produção do vídeo, sua divulgação, monitoramento e avaliação e a aplicação dos resultados.

Palavras chaves: **Violência Obstétrica; Episiotomia; Desnaturalização; Empoderamento.**

ABSTRACT

The present application project on the episiotomy consists in the Work of Conclusion of Specialization Course in Collective Health of the Fiocruz School of Government of Brasília. Based on empirical data, bibliographical and documentary review, and the use of narratives from women who underwent episiotomy, an innovative application project is proposed through a video. *Introduction:* The national survey on childbirth and birth, "Born in Brazil", found that among women who performed vaginal deliveries, only 5.0% came without intervention, and episiotomy was performed in more than 50% of deliveries. Episiotomy consists of a surgical cut between the vagina and the perineum, which has short- and long-term consequences, such as perineal pain, bleeding, infection, and difficulty in caring for the child. This intervention is usually carried out in an authoritarian manner, without consent and clarification, and may constitute a violation of the human right to be free from humiliating and degrading treatment. The objectives of the project are to educate women and health professionals about the consequences of episiotomy; to denature the practice of episiotomy among women and health professionals; and empower women so they can have autonomy over their own body during childbirth. It was designed to develop audio-visual material through recording and dissemination in social networks of a video about the episiotomy from the reflection of the experience of 13 women interviewed in the empirical research. The application project presents high acceptability, being feasible, sustainable and effective, with estimated cost of approximately twenty five thousand reais. It was planned to be carried out in thirty months, including the final screenplay, the production of the video, its dissemination, monitoring and evaluation and the application of the results.

Keywords: Obstetric Violence; Episiotomy; Denaturation; Empowerment.

SUMÁRIO

1-APRESENTAÇÃO.....	08
2-INTRODUÇÃO.....	09
3-REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL.....	12
4-ALGUMAS NARRATIVAS.....	22
5-OBJETIVOS DA PROPOSTA.....	28
6-JUSTIFICATIVA TÉCNICO-CIENTÍFICA.....	29
7-PROPOSTA DE APLICAÇÃO.....	30
8-PLANO DE AÇÃO.....	33
9-DESENHO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.....	35
10-ANÁLISE DE VIABILIDADE.....	37
11-CRONOGRAMA.....	40
12-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41
13-ANEXOS.....	43

1. APRESENTAÇÃO

Somos quatro mulheres, profissionais de saúde, duas nutricionistas e duas assistentes sociais, e nos encontramos no curso de Especialização em Saúde Coletiva da Escola Fiocruz de Governo de Brasília do Distrito Federal. Inicialmente, descobrimos que possuíamos um interesse em comum: estudar a saúde da mulher, com destaque no contexto do pré-natal, parto e puerpério. Nossa expectativa inicial era de entender mais sobre o parto, especialmente na visão da subjetividade feminina.

Assim, começamos nossa jornada ao longo do curso para a construção deste projeto aplicativo. Com diversas buscas na literatura e visitas a uma roda de gestantes, percebemos a necessidade de se falar mais sobre a violência obstétrica, dando destaque à episiotomia, por sua elevada prevalência e naturalização, bem como pelas consequências negativas desta intervenção, que serão evidenciadas ao longo do trabalho.

Após a escolha da episiotomia como tema do nosso Trabalho de Conclusão de Curso, sentimos a necessidade de escutar a história de mulheres que haviam realizado este procedimento. Assim, a partir de dados empíricos, de revisão bibliográfica e documental e da utilização de narrativas de mulheres que realizaram a episiotomia, propusemos um projeto aplicativo inovador por meio de um vídeo, que busca conscientizar e empoderar profissionais de saúde e mulheres em relação à episiotomia.

O projeto aplicativo foi construído segundo o Manual de Planejamento Participativo: uma abordagem para construção de projetos em alimentação e nutrição no Brasil. Este manual é uma tradução autorizada à Diretoria Regional de Brasília da Fundação Oswaldo Cruz, do Comprehensive Participatory Planning and Evaluation, de Lefèvre et al.(2000), pelo Instituto de Medicina Tropical da Antuérpia, pelo Fundo de Sobrevivência Belga (BSFJP) e o Fundo Internacional para o Desenvolvimento da Agricultura.

Está dividido em 11 tópicos. O primeiro trata da introdução do presente trabalho, que mostra o conceito de episiotomia, suas consequências e prevalências no Brasil. O referencial teórico-conceitual traz informações importantes sobre o contexto sócio-histórico do parto; as políticas públicas de saúde da mulher; as intervenções e procedimentos no parto; a violência obstétrica; a episiotomia; a percepção das mulheres sobre este procedimento. Em seguida, no tópico Algumas narrativas, são apresentados os dados da pesquisa empírica realizada com mulheres que realizaram episiotomia. Os

objetivos da proposta trazem os principais resultados e efeitos pretendidos com a aplicação. Já o tópico justificativa técnico-científica traz a importância dos recursos audiovisuais, destacando o vídeo, para disseminar conhecimento e reflexão sobre a episiotomia. O tópico Proposta de aplicação traz o campo de aplicação, os sujeitos e atores envolvidos nesse projeto, bem como a forma como esta aplicação será desenvolvida. O Plano de ação apresenta uma tabela com possíveis ações de metas para se atingir os resultados esperados, constando, também, estratégias, processos e recursos. O tópico Desenho de monitoramento e avaliação mostra quais serão as estratégias e indicadores utilizados para monitorar e avaliar a aplicação. O tópico Análise de viabilidade dispõe sobre a aceitabilidade, participação, exequibilidade, sustentabilidade, efetividade e custo do projeto de aplicação. Já o cronograma mostra a duração da aplicação e a distribuição das atividades ao longo do tempo.

Hoje, após a elaboração deste projeto aplicativo, o grupo possui a expectativa de que, com a desnaturalização da episiotomia entre as mulheres e os profissionais de saúde, o número de mulheres que realizam essa intervenção seja a cada dia menor, buscando um contexto de parto mais humano, levando em conta as opiniões e decisões da mulher.

2. INTRODUÇÃO

Tradicionalmente, as mulheres desempenham papel central nas famílias, como responsáveis pelos cuidados familiares de seus pais, maridos, filhos e qualquer outro membro da família doente ou dependente. Elas experimentam diversos papéis ao longo de sua vida e como filhas, esposas e mães, se habituaram a negligenciar o direito de ter uma vida própria. O lugar da mulher em várias culturas e sociedades tem sido viver o ciclo de vida do homem, pelo cuidado, nutrição material, emocional e espiritual. O ciclo de vida está presente nas discussões a respeito do modelo patriarcal que reafirma o embasamento histórico-cultural das relações de poder entre homens e mulheres do qual a mulher pode ocupar papel secundário e de submissão (CARTER; MCGOLDRICK, 1995; AGUIAR, 2000).

Observar os ciclos reprodutivos femininos permite refletir as diversas dimensões do corpo da mulher. Por exemplo, os partos no século passado eram realizados pelas parteiras (mulheres que detinham um saber empírico) que acompanhavam o pré-parto, o parto e o pós-parto em domicílio (BRENES, 1991). À medida que a medicina se tornou uma instituição, ela se apropriou da prática obstétrica no corpo feminino, trazendo o

parto para o âmbito hospitalar e inserindo a figura masculina. Com o advento de “novas técnicas” pôde-se almejar um processo em que mãe e filho terminassem saudáveis (BRENES, 1991). Entretanto, essas novas técnicas tornaram-se excessivas, indicando a atenção obstétrica como ação intervencionista.

No Brasil, são observadas as maiores taxas de partos cesarianos do mundo. O inquérito nacional sobre parto e nascimento, “Nascer no Brasil”, realizado em 2014, revelou que anualmente quase um milhão de mulheres realizam cesarianas sem indicação obstétrica adequada. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que menos de 15% dos partos sejam cesáreas. No Brasil essa taxa é de 52,0%, sendo 88,0% dos nascimentos na rede privada e 46,0% na rede pública. São dados alarmantes, visto que a cesariana aumenta os riscos de morbimortalidade materna e infantil, bem como os recursos gastos com a saúde.

Observou-se ainda iniquidades em relação à assistência recebida, sendo reportada menor satisfação por mulheres de baixa classe social, baixa escolaridade, pretas e pardas, que moravam nas regiões Norte e Nordeste, que tiveram parto vaginal na maior parte das vezes na rede pública. Em relação às mulheres de risco habitual¹ que realizaram partos vaginais, verificou-se que apenas 5,0% delas pariram sem intervenções, o que reflete um modelo de atenção medicalizado com a realização de intervenções excessivas e desnecessárias. Entre as intervenções realizadas durante o parto vaginal, destaca-se a restrição da mulher ao leito, a ausência da alimentação, a utilização de ocitocina para acelerar as contrações, a posição horizontal (litotomia) no trabalho de parto, a manobra de Kristeller e a episiotomia (NASCER NO BRASIL, 2014).

A importância de realizar revisão bibliográfica sobre a episiotomia revela-se como estratégia relevante para a reflexão desta intervenção e suas consequências a curto e longo prazo para a mulher (RIMOLO, 2011; BELEZA et al., 2012; LEAL et al., 2014; MATHIAS et al., 2015).

A episiotomia consiste em um corte cirúrgico entre a vagina e o períneo, cuja realização ocorre de forma rotineira pela maioria dos profissionais de saúde. É considerada como uma forma de prevenir lacerações vaginais graves e de facilitar o nascimento da criança. Atualmente, a prevalência de episiotomias realizadas ao redor do

¹Trabalho de parto e parto sem qualquer intercorrência, onde as intervenções realizadas não são justificáveis de um ponto de vista médico.

mundo varia de acordo com a política utilizada em cada país, sendo realizada de forma rotineira, ou seletiva. (JIANG et al., 2017).

A decisão em realizá-la tem vários questionamentos visto que esta intervenção pode gerar trauma e dor perineal, sangramento, dispareunia, infecções, limitação de atividades (como sentar, deitar e caminhar), incontinência urinária e fecal e complicações em partos vaginais subsequentes (BELEZA et al., 2012; JIANG et al., 2017). Além disso, a dor causada pela episiotomia pode dificultar o autocuidado, o cuidado com a criança, e a recuperação, afetar a autoestima e a adaptação à nova situação familiar pela mulher (BELEZA et al., 2012).

Diante dessas controvérsias, Jiang et al. (2017) realizaram uma revisão sistemática buscando comparar os efeitos das políticas de episiotomia seletiva e de rotina nas mães e bebês. Verificou-se que a prática seletiva gera menores prevalências de traumas perineais severos, o que contradiz as crenças de que a episiotomia de rotina é necessária para a prevenção destes traumas, não foi verificado nenhum benefício desta prática para mães ou bebês e que não refere indicações claras de sua necessidade (AMORIM et al., 2017).

No contexto atual, no qual as evidências científicas apontam para políticas de episiotomia seletiva, Amorim et al. (2017) a compararam pela primeira vez com um protocolo de não realização desta intervenção. Os resultados do experimento apontaram prevalências menores de 2% nos dois grupos, não sendo observadas diferenças entre os grupos em relação à frequência de lacerações perineais, traumas perineais severos, necessidade de sutura e perda de sangue durante o parto. O estudo finaliza com a recomendação de que o protocolo de não realização da episiotomia seja mais estudado.

Em contraponto, Leal et al. (2014) constataram, a partir do estudo “Nascer Brasil”, que a episiotomia ocorreu em mais de 50% dos partos vaginais. Nota-se um modelo intervencionista de assistência ao parto no cenário brasileiro, ora o corpo feminino terá um “corte por cima” (cesárea) para mulheres brancas de classe média as quais acessam o setor privado, ora o “corte por baixo” (episiotomia) para mulheres negras e pobres inseridas no Sistema Único de Saúde (SUS) (DINIZ; CHACHAM, 2006). Desta forma, não importa quem esta mulher seja, onde ela está inserida, sua classe social ou cor de pele, ela poderá ser exposta a algum tipo de intervenção dentro do sistema de saúde, seja público ou privado, por conta do modelo hegemônico biomédico construído sobre bases patriarcais.

Jamas et al. (2013) avaliaram, em um centro de parto normal de São Paulo, as experiências em relação à assistência ao parto, e constataram diferentes opiniões em relação às intervenções realizadas. Ao mesmo tempo em que foi observado casos de parturiente submetida à episiotomia mesmo contra a sua vontade, verificou-se também a insatisfação de algumas mulheres pela sua ausência do procedimento, por crenças de que a não realização desta intervenção geraria relaxamento da musculatura perineal, repercutindo negativamente no desempenho sexual. Contudo, a associação entre a realização da episiotomia e o comprometimento da vida sexual não foi plenamente comprovada (LÉSICO, 2014; MATHIAS et al., 2015).

A importância dos profissionais de saúde fornecerem informações e orientações durante a assistência obstétrica, esclarecendo as consequências da episiotomia, ainda é um desafio devido à ausência de conhecimento dos profissionais de saúde e das usuárias, e fundamentalmente da situação de violência obstétrica determinada pela não autonomia de decisão e consentimento das mulheres sobre seu próprio corpo. Quando aceitam, supõem ser a decisão mais acertada para sua própria vida e a do bebê, pela influência em geral do profissional médico (CHACHAM;DINIZ, 2006).

Segundo Rimolo (2011), a episiotomia normalmente é realizada de modo autoritário, sem consentimento e esclarecimento dos possíveis riscos e consequências da sua realização e de forma irrestrita o que pode se constituir de uma violação do direito humano de estar livre de tratamentos humilhantes e degradantes.

Nesse contexto, ressalta-se a importância da prevenção quaternária em obstetrícia: um conjunto de ações que identificam pessoas que estejam sob o risco de hipermedicalização e intervenções desnecessárias ou excessivas, buscando proteger o indivíduo de mais intervenções médicas e sugerindo alternativas aceitáveis (NORMAN;TESSER, 2009). Corroborando com o que foi citado, Souza e Castro (2014) verificaram que essa prática de prevenção está diretamente ligada ao parto humanizado e ao enfrentamento da violência obstétrica, pois o ciclo de desumanização no parto e a perpetuação da violência contra a mulher deve ser quebrada.

3. REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL

3.1. O contexto sócio-histórico do Parto

Até o final do século XIX, os partos eram realizados quase exclusivamente nas casas das gestantes ou de algum familiar, sendo assistidos por uma parteira (MOTT,

2002). Historicamente eram apenas as parteiras (conhecidas por suas experiências, e não por conhecimentos científicos) que realizavam a prática. Toda a responsabilidade era feminina, o processo era natural, privativo e familiar (MOURA et al., 2007).

Segundo Nagahamae Santiago (2005), por um longo período de tempo, o parto era realizado apenas por mulheres de confiança da gestante ou que possuíam experiência reconhecida pela comunidade (parteiras, curandeiras comadres, raizeiras ou benzedeadas), que conheciam a gravidez e o puerpério e eram encarregadas de tornar o momento do parto agradável, trocando conhecimentos, descobrindo afinidades, confortando com palavras, alimentos e, quando necessário, realizando manobras externas que facilitariam o parto.

Leister e Riesco (2013) relatam que até o final do século XIX parir fora do domicílio acontecia apenas em situações extremas, era apavorante e anormal. O ambiente hospitalar não era considerado um local seguro para a mulher dar à luz. Ainda relatam que as parteiras ajudavam nas tarefas domésticas, auxiliando a mulher por um tempo após o parto, observando que os cuidados com a saúde da mulher devem continuar no puerpério. A principal regra, na época, era salvar a vida da mãe, que era mais importante que a do filho, e, para isso, foram criados vários instrumentos cirúrgicos para auxiliar a retirada do feto, muitas vezes já sem vida, do ventre da mãe (MOTT, 2002).

Com a criação do fórceps obstétrico (que caiu em desuso após comprovados os malefícios ao bebê e à mulher), a obstetrícia foi aceita como uma disciplina científica e começou a ser dominada pelo gênero masculino, que instaurou o discurso de que o parto era perigoso e que era necessária a presença de um médico. Assim, o ofício de parteira começou a ser perseguido, uma vez que elas começaram a rejeitar o método, não eram consideradas capazes de dominar as novas técnicas, não viam necessidade no seu uso e não possuíam condições econômicas de adquirir o fórceps. Assim, o uso do fórceps foi o pontapé inicial para a intervenção masculina no parto (NAGAHAMA;SANTIAGO, 2005).

A partir deste momento, teve início a transição do parto domiciliar para sua realização em instituições de saúde com a presença de vários atores (em sua maioria do sexo masculino) à frente de sua condução, retirando a mulher do posto de protagonista e favorecendo sua submissão. Assim, ela foi separada de sua família, submetida a novas práticas intervencionistas e normas institucionais, perdendo a sua privacidade e autonomia, sem o devido esclarecimento e consentimento (MOURA et al., 2007).

Essas mudanças de legitimação e difusão do modelo obstétrico em que a mulher deveria ir para a clínica parir, deixando de lado os partos realizados em suas casas pelas parteiras, tiveram apoio do governo brasileiro junto aos médicos. O Estado acabou amparando as novas práticas com um discurso normativo: as mulheres deveriam ir para os hospitais, já que supostamente isso favorece o registro dos novos nascidos e seria o lugar mais “adequado” para elas parirem (BRENES, 1991).

Nagahama e Santiago (2005) reforçam dizendo que o parto passou a ser vivido de maneira pública, com presença e interferência de vários atores sociais, deixando de ser privado, íntimo e feminino. A mulher foi despida de sua individualidade, autonomia e sexualidade, transformando-se em uma propriedade institucional.

A mudança do parto doméstico para o hospitalar foi gradual, com a ampliação da oferta e acesso aos serviços públicos de saúde materno-infantil (LEISTER;RIESCO, 2013), e a hipermedicalização da maternidade tornou-se mais evidente, colocando em risco as mulheres, fetos e recém nascidos com o uso excessivo e desnecessário das tecnologias, por mais que elas favoreçam a redução da morbimortalidade (MOURA et al, 2007). Segundo Aquino (2014) a hipermedicalização fere o direito da mulher ao não garantir o direito à informação nem à integridade corporal.

Castro e Clapis (2005) lembram que a tecnologia e os estudos científicos têm proporcionado muitos avanços na qualidade da assistência obstétrica, porém, a maioria dos procedimentos é realizada sem justificativas adequadas, o que leva à hipermedicalização. Nesse momento, o parto passou a ser vivenciado com sofrimento físico, moral e emocional; com medo, tensão e dor por parte das parturientes, o que pode levar a mais práticas intervencionistas que poderiam ser evitadas (MOURA et al., 2007).

Outro motivo para a adoção irrestrita de procedimentos desnecessários, inadequados e, às vezes perigosos, sem avaliação adequada, é a busca por maior qualidade nos serviços de assistência ao parto. O que deveria promover a saúde da mãe e do o filho, acaba colocando em risco a segurança de ambos (DINIZ;CHACHAM, 2006).

3.2. Política Pública de Saúde da Mulher

As políticas públicas de saúde para as mulheres no Brasil, historicamente, foram centradas na saúde reprodutiva e no planejamento familiar. Os primeiros atendimentos e políticas eram centrados em ações pontuais, fragmentados e centralizados, pensando

muito mais no nascimento de uma criança saudável e não na assistência das reais necessidades das mulheres (FREITAS et al., 2009).

As reivindicações do movimento feminista e, posteriormente, o Movimento da Reforma Sanitária, trouxeram algumas mudanças que buscavam incorporar uma nova visão com base na questão de gênero. Essas mudanças vêm sendo refletidas nos textos das novas políticas públicas, principalmente ao propor um atendimento integral à mulher. Entretanto, mesmo com esses avanços na legislação e nas análises das políticas, os atendimentos de saúde ainda não acompanham essas mudanças e continuam mantendo o foco na vida reprodutiva da mulher (FREITAS et al., 2009).

Um marco inicial para a preocupação com a saúde da mulher em relação ao parto, pensando na atenção à mulher e ao bebê, foi o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), instituído pelo Ministério da Saúde, através da Portaria/GM nº 569, de 01/06/2000. Após esse programa, o Ministério da Saúde instituiu outras portarias sobre o tema e, inclusive, elaborou uma cartilha do Programa, em 2002, informando, de forma geral, as prioridades do programa, dentre elas: reduzir taxas de morbimortalidade materna e perinatal; melhoria do acesso, cobertura e qualidade da atenção ao parto; e ampliar as ações já adotadas pelo Ministério da Saúde.

As ações do PHPN inicialmente demonstram o que Freitas et. al., 2009, apresentam como sendo mudanças nos textos da lei, mas não nas ações práticas da política, mantendo ainda o foco na saúde reprodutiva da mulher.

Um exemplo é a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes (PNAISM) que foi elaborada em 2004 pelo Ministério da Saúde com o objetivo de refletir sobre a implementação das ações de saúde da mulher. Porém, essa política ainda possui um enfoque na saúde reprodutiva como a atenção obstétrica, o planejamento familiar, a atenção ao abortamento inseguro e o combate à violência doméstica e sexual, que também são importantes, mas não abarcam a integralidade do ser mulher (FREITAS et al., 2009).

Com o passar dos anos e aproveitando experiências na atenção ao parto, o Ministério da Saúde reuniu em 2014 um conjunto de publicações a respeito do tema, compilando-as no “Cadernos HumanizaSUS - Volume 4: Humanização do parto e do nascimento”. Esta compilação apresenta argumentos para fundamentar o modelo de assistência à saúde humanizada, com foco no sujeito, no protagonismo e no poder de decisão a respeito de sua saúde. Apresenta ainda, relatos de experiências e relatos

jornalísticos no SUS que subsidiam argumentos para uma atuação menos intervencionista.

É importante considerar também a diferença entre Políticas Públicas para Mulheres e Políticas Públicas de Gênero. As políticas para mulheres são centralizadas no papel social que a sociedade patriarcal impõe ao feminino, considerando a reprodução social e a manutenção da família, focando muitas vezes em práticas assistencialistas e não na garantia de direitos. E, por não refletirem sobre as relações sociais, acabam identificando, por exemplo, a violência contra a mulher por si só e não pelos padrões sociais da relação entre os sexos, dificultando a superação de tal violência. Já as políticas públicas de gênero são mais abrangentes e consideram a dimensão da subjetividade, a diversidade dos processos de socialização, buscando diminuir as desigualdades entre homens e mulheres, pensando na equidade e na melhoria da qualidade de vida para os dois (BANDEIRA;ALMEIDA, 2013).

Vale observar que uma categoria não exclui a outra. As políticas para mulheres podem e devem considerar a perspectiva de gênero, ampliando os seus conceitos e ações de saúde para as mulheres. É importante considerar também nessas políticas a diversidade de categorias, como raça, classe e geração (BANDEIRA;ALMEIDA, 2013).

Um importante ator para as mudanças nas políticas públicas de gênero para as mulheres é a luta do Movimento Feminista. Este movimento, com o decorrer dos séculos, apresentou algumas vertentes, entretanto, historicamente, pretende transformar a sociedade em seus aspectos sociais, econômicos, políticos e ideológicos. É uma filosofia que considera a existência de uma opressão específica a todas as mulheres que assumem diversas formas de acordo com as categorias de classe, etnias e grupos culturais. Além disso, o feminismo é um movimento político que questiona as relações de poder que causam opressões e, conseqüentemente, a exploração de grupos de pessoas sobre outras sendo radicalmente contra o poder patriarcal. Assim, o Movimento Feminista busca a transformação da sociedade por meio de lutas políticas e sociais que defendem os direitos dos membros de sua sociedade, possuindo, também, um caráter humanista (TELES, 1993).

Dessa forma, pode-se perceber avanços na preocupação em buscar um modelo de atenção à saúde da mulher e do bebê focado na integralidade, equidade e efetivação de direitos. Entretanto, a realidade ainda se distancia do ideal de atuação, causando, às vezes, intervenções no parto desnecessárias.

3.3. Intervenções e Procedimentos no Parto

A assistência de qualidade no pré-natal contribui para a redução de riscos ao bebê e à mãe durante o período gestacional. Porém, o uso inadequado de tecnologias ou intervenções desnecessárias no parto aumenta o risco de um desfecho negativo. O Brasil apresenta melhora nos índices de cobertura do pré-natal, entretanto, os números de mortalidade materno-infantil ainda são muito elevados, “sugerindo problemas na qualidade da atenção materna e perinatal” (LEAL et al., 2014). A atenção obstétrica no Brasil é considerada como extremamente intervencionista, possuindo as maiores taxas de cesárea no mundo.

Assim, Leal et al. (2014) deixam o questionamento e a reflexão se a atenção obstétrica está sendo realmente eficaz, pois temos uma alta cobertura dessa assistência no sistema de saúde, porém, as taxas de mortalidade e intervenções obstétricas também são muito altas.

Em relação às intervenções no parto, Riesco (2014) afirma que a cesárea passou a ser uma solução rápida, independentemente do risco que a gravidez apresente. Outra forma de acelerar o parto, segundo a autora, são os medicamentos para induzir o parto, por exemplo, aplicação de ocitocina, ou então algumas técnicas, como a manobra de Kristeller e a episiotomia.

Riesco (2014) aponta também que o modelo de parto utilizado e observado na pesquisa (o mais comum no Brasil e em outros locais do mundo) é aquele centrado no serviço e no profissional e não na mulher e no processo do parto, ou seja, um parto extremamente intervencionista, como aponta Leal et al. (2014), e que tem alta probabilidade de gerar violências.

3.4. Violência obstétrica

Segundo a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (1994), mais conhecida com a “Convenção do Belém do Pará”, a violência contra a mulher, definida no seu artigo primeiro, é: “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada”. A violência obstétrica baseia-se na discriminação de gênero, que ocorre de forma institucionalizada durante a atenção obstétrica contra a mulher grávida e sua família no decorrer da assistência ao pré-natal, parto, pós-parto, cesárea e abortamento. Ela pode ser verbal,

física, psicológica ou mesmo sexual, manifestada de diversas maneiras explícitas ou velada (BRASIL, 2014).

Conforme Carneiro et al. (2015) a violência obstétrica é um termo "recente", que surgiu especialmente após a mobilização em relação à humanização do parto. Diversas situações de violência e falta de respeito podem ocorrer durante o parto, incluindo a ausência de um procedimento desejado pela mulher, como a anestesia, deambulação e alimentação, bem como a realização de procedimentos não desejados e desnecessários, como a episiotomia e a tricotomia². Pode englobar ainda a ausência de acompanhante, xingamentos, nudez não desejada, entre outros.

Apesar de a violência obstétrica ser colocada na pauta como um assunto "recente", o sofrimento das mulheres com a assistência ao parto é apresentado em diferentes épocas históricas, denominados de maneiras distintas e silenciados pelo modelo hegemônico patriarcal. No Brasil, a matéria já vinha sendo tratada dentro e fora da academia, em especial por trabalhos feministas, profissionais dissidentes e pelas próprias mulheres as quais criaram alguns grupos para prestar assistência e discutir sobre práticas humanizadas no parto, a exemplo dos grupos Curumim e Cais do Parto em Pernambuco (DINIZ, 2005). A partir da década de 1980, ganha notoriedade o trabalho realizado pelo Grupo Ceres no ano de 1981, Espelho de Vênus, o qual abordou sobre uma etnografia da experiência feminina, demonstrando explicitamente o parto institucionalizado como uma vivência violenta. Também, no final da década citada, a violência obstétrica foi tratada dentro das políticas de saúde, como no Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o qual reconheceu que muitas vezes ocorria um tratamento agressivo no atendimento à saúde da mulher (DINIZ et al., 2015).

Contudo, mesmo a violência obstétrica sendo explicitada pelos trabalhos feministas e reconhecida dentro das políticas públicas, ela foi de certa maneira negligenciada diante da resistência dos profissionais e de outras ações colocadas como mais urgentes na agenda dos movimentos. Todavia, mesmo com o cenário apresentado, algumas iniciativas foram realizadas, tais como os cursos de capacitação promovidos a partir de 1993 pelo Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde e pelo Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo, os quais eram voltados para o atendimento de mulheres vítimas de violência (DINIZ et al., 2015).

²Retirada dos pelos antes de uma cirurgia através de uma lâmina cirúrgica ou de barbear.

Com a virada para o século XXI, ampliou-se o interesse e os estudos sobre a temática no país os quais demonstraram, durante a assistência ao parto, a prática frequente de atitudes discriminatórias e desumanas tanto no setor privado quanto no público. Um destes estudos que ganhou visibilidade na grande mídia e colocou a violência obstétrica no centro do debate foi a segunda rodada da pesquisa nacional “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado”. A pesquisa apresentou dados alarmantes de que aproximadamente 1/4 das mulheres que pariram, bem como quase metade das que abortaram, relataram alguma maneira de violência obstétrica. Isso apresenta um quadro de violação dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher, bem como evidencia a magnitude do problema que deve ser abordado pela saúde pública brasileira (DINIZ et al., 2015).

Outro dado apresentado por Souza e Pileggi-Castro (2014) aponta que, na pesquisa Nacer no Brasil, as populações mais vulneráveis são as que estavam mais suscetíveis a violências de todos os gêneros, evidenciando as desigualdades sociais (mulheres de baixa escolaridade, negras e pobres, residentes das regiões Norte e Nordeste). Os autores ressaltam que a responsabilidade do parto “seguro”, sem violência e com assistência integral à saúde da mulher é de todos. Resta a toda a sociedade avançar no fortalecimento do sistema de saúde, para que seja capaz de prover um serviço humano e de qualidade a todas as mulheres do Brasil.

Diante disso, faz-se necessário destrinchar a violência obstétrica a partir de algumas das categorias de análise propostas por Tesseret al. (2015). São elas: o abuso físico; a imposição de intervenções não consentidas e intervenções aceitas com base em informações parciais ou distorcidas; o cuidado não confidencial ou privativo; o cuidado indigno e o abuso verbal; a discriminação baseada em certos atributos; o abandono e negligência ou à recusa de assistência; e a detenção nos serviços.

O abuso físico violaria o direito de estar livre de tratamento prejudicial e de maus tratos. Um exemplo disso seriam procedimentos sem justificativa clínica e intervenções “didáticas”, como toques vaginais dolorosos e repetitivos, cesáreas e episiotomias desnecessárias. A imposição de intervenções não consentidas e/ou aceitas com base em informações parciais ou distorcidas transgride o direito à informação e o respeito pelas escolhas e preferências. O cuidado não confidencial ou privativo, que fere a confidencialidade e privacidade, consiste no fato de algumas maternidades manterem enfermarias de trabalho de parto coletivas, muitas vezes sem sequer um biombo separando os leitos, e ainda usam a falta de privacidade como justificativa para

desrespeitar o direito a acompanhantes. Ressalta-se que este problema também é estrutural e material devido à falta de recursos para a oferta de um espaço adequado ao parto. O cuidado indigno e abuso verbal ofende a dignidade e o respeito, tais como formas de comunicação desrespeitosas com as mulheres, subestimando e ridicularizando sua dor, desmoralizando seus pedidos de ajuda, também humilhações de caráter sexual, do tipo “quando você fez você achou bom, agora está aí chorando” (TESSER et al., 2015).

A discriminação baseada em certos atributos desrespeita a igualdade, a não discriminação e a equidade da atenção. Além disso, tratamentos diferenciados com base em atributos considerados positivos (casadas, com gravidez planejadas, adultas, brancas, mais escolarizadas, de classe média, saudáveis, etc.) depreciam as mulheres que têm atributos considerados negativos (pobres, não-escolarizadas, mais jovens, negras, e as que questionam ordens médicas). Um exemplo disso é o abandono, negligência ou recusa de assistência às mulheres que são percebidas como poliqueixosas³, descompensadas⁴ ou demandantes⁵, que frequentemente são deixadas por último, com riscos importantes à sua segurança física (TESSER et al., 2015).

3.5. Episiotomia

A episiotomia consiste em uma incisão cirúrgica no períneo, entre a vagina e o ânus, buscando aumentar o canal vaginal e prevenir outros traumas perineais (LÉSICO et al., 2014; MATHIAS et al., 2015). Porém, este procedimento já consiste em um trauma perineal por si só, e as lacerações mais graves (grau III e IV) podem ser causadas de forma espontânea ou a partir deste procedimento, o qual traz dores, desconfortos e consequências mais negativas quando comparadas às lacerações espontâneas (LÉSICO et al., 2014).

Entre as possíveis consequências estão: sangramentos, hematomas, infecções, incontinência urinária e fecal, problemas psicológicos, bem como dores perineais, disfunção sexual e interferências no aleitamento materno. A restrição desta prática reduz a incidência de traumas perineais mais severos e de complicações e dores após o parto, não existindo evidências que comprovem benefícios da episiotomia para a integridade do períneo e para a saúde materna (LÉSICO et al., 2014; MATHIAS et al., 2015).

³Mulheres que se queixam muito e reclamam de tudo.

⁴Organismo que não consegue atingir equilíbrio físico ou mental, pois apresenta algum problema; comportamento inusitado de uma pessoa, depois de passar muito estresse ou passar por algo traumático.

⁵Que requerem uma atenção e um cuidado maior pelos profissionais de saúde

Lésico et al. (2014) dispõe sobre o impacto da episiotomia, a qual pode gerar traumas e influenciar a sexualidade da mulher, sendo retratadas mulheres em situações de medo, comunicando verbalmente que não queriam que fosse realizada a episiotomia ou fechando suas pernas na hora do procedimento.

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, realizada no ano de 2006, verificou que 71,6% das mulheres foram submetidas à episiotomia, sendo esta taxa de 78,8% na região centro-oeste (Brasil, 2006).

O Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento, Nascer no Brasil, de 2014, também trouxe dados sobre a elevada frequência de intervenções excessivas nos partos vaginais, com 53,5% das mulheres sendo submetidas a este procedimento. Estes resultados apontam a utilização rotineira da episiotomia, que não é recomendada pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial da Saúde, sendo considerada ineficaz e prejudicial à mulher (BRASIL, 2006; NASCER NO BRASIL, 2014).

3.6 Percepção da mulher sobre a episiotomia

Carneiro et al. (2015) discorrem sobre um depoimento presente no documentário "Violência obstétrica, a voz das brasileiras", no qual uma das mulheres compara o sofrimento da episiotomia a uma violência sexual, que lhe trouxe consequências físicas e emocionais, influenciando sua sexualidade e a forma como ela lida com seu corpo. Desta maneira, esta violência pode trazer inúmeras repercussões negativas, podendo ser responsável por dores e sofrimentos após o parto.

Holanda et al. (2014) avaliaram a prevalência e os fatores associados à disfunção sexual, como a dispareunia⁶, o vaginismo, disfunção do desejo, disfunção orgásmica ou disfunção na fase de excitação. Foi verificado que, no período após o parto, 43,5% das mulheres apresentavam alguma disfunção sexual, sendo observado que mulheres que realizaram parto vaginal com sutura apresentaram risco três vezes maior para disfunção sexual.

O trauma perineal pode ser originado a partir de lacerações espontâneas ou da episiotomia. Mathias et al. (2015) avaliaram 147 puérperas que haviam realizado parto vaginal e observaram que 51,7% delas relataram sentir dores no pós-parto imediato. Constatou-se que 50,3% das mulheres tiveram lacerações, enquanto 23,1% delas foram submetidas à episiotomia. Verificou-se a associação entre a dor e os traumas perineais,

⁶ Dor que se sente durante o ato sexual.

porém, a dor teve maior associação com a episiotomia, tendo as mulheres que sofreram episiotomia duas vezes mais queixas de dor no períneo em comparação a mulheres com o períneo íntegro.

4. ALGUMAS NARRATIVAS

Diante da literatura existente que evidencia o impacto da episiotomia na vida da mulher, verificou-se a importância de ouvir a opinião de mulheres que já haviam realizado este procedimento para a construção de um projeto aplicativo sobre a episiotomia. Ressalta-se que a história e o discurso dessas mulheres, bem como suas percepções em relação à episiotomia foram parte crucial para a elaboração desta aplicação, que busca dar voz a estas mulheres, e a partir de suas falas impactarem a vida de outras mulheres.

Neste contexto, no âmbito do curso de Especialização em Saúde Coletiva, foi realizada a pesquisa sobre a percepção das mulheres que passaram pelo procedimento da episiotomia, que consistiu em entrevistas realizadas por meio de ligações telefônicas gravadas, nas quais foram resguardados os preceitos éticos (Anexo 13.1). Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz - Brasília) pelo número 64934017.8.0000.8027.

O procedimento metodológico consistiu em entrevistas pelo uso de roteiro temático sobre a experiência do parto das mulheres, suas percepções e sentimentos relacionados à episiotomia (Anexo 13.2). No total foram entrevistadas treze mulheres entre 23 e 52 anos de idade, em sua maioria moradoras do Distrito Federal (84,6%), casadas (69%), com duas gestações (53,8%). Nove dessas mulheres se declararam brancas, duas pardas e duas negras. Inicialmente o contato ocorreu por meio de uma roda de gestantes. Para isso, quatro entrevistadoras, alunas regulares do curso, frequentaram a roda durante o período de junho a novembro de 2017, com o propósito de conhecer o universo simbólico do parto e pós-parto e obter mulheres interessadas em narrar sua experiência. Cabe destacar que as mulheres participantes deste grupo indicaram outras mulheres de seu círculo de contato e ao final a pesquisa ampliou sua ação para além do grupo original.

Após o contato inicial com as mulheres, realizado por meio de um aplicativo multiplataforma de mensagens instantâneas e chamadas de voz para smartphones, foi marcado um horário apropriado no qual elas pudessem atender a ligação e participar da entrevista. Neste horário, uma das entrevistadoras realizava a ligação, na qual era

A categoria analítica “**naturalização**” do procedimento e das dores se constitui a principal dimensão do procedimento durante o parto e puerpério como descrito nas narrativas abaixo:

E aí lendo um pouco sobre a episio e aí isso é bastante discutido né?! E é provada a questão de que não tem interferência... apesar de ser um ato muito comum na Obstetrícia, e até os médicos mesmo não sabem dizer o porque que eles fazem. Aí eu até conversei com a minha médica sobre isso e ela falou: olha, em alguns casos, né, a gente... ela foi me explicar que realmente haveria a necessidade, mas que em outros não e que ela ia... ela realmente... ela indicaria se ela realmente observasse que teria uma indicação para isso (Entrevistada 1).

Mas em relação ao parto em si, foi um parto muito feliz, um parto rápido (...) no início a menina comentou sobre esse corte que é feito durante o parto. Talvez não fosse necessário porque a minha filha já tava coroada e ela a veio nascer muito rápido assim que eu entrei ela na maternidade logo em seguida, foi questão de trinta minutos, ela já estava em meus braços então... (Entrevistada 3).

Então eu cheguei no hospital, tava com sete centímetros de dilatação, não está no estado esperado, então fui internada. Aí depois de uma hora, uma hora e meia, já tava com 10 centímetros, aí o médico já chegou e colocou todo o equipamento, os instrumentos do parto normal lá na salinha. E aí ele falou olha só “Vou fazer o corte” e fez, só. Que dizer, vou colocar uma anestesia local e vou fazer o corte e foi isso. (Entrevistada 6)

Outra dimensão analítica foi a “*percepção de agressão e violência durante o parto*”. Estes revelados em função de questionamentos ouvidos de profissionais de saúde, de incentivo para acelerar o trabalho de parto.

Aí subi naquela mesa, aí amarraram minhas pernas e me deram uns pitoquinhos assim pra eu segurar. Ai beleza. Eu fiz uma força. Ai ele fez a episio. ai eu fiz outra força e eu acho que na segunda força nasceu. Só que eu acho que ele puxou porque depois eu vi que tinha uma intercorrência assim na caderneta dele, de clavícula direita quebrada, sabe? E..tantoque ele tinha mesmo um calinho ósseo por uns meses (Entrevistada 4)

Ele nasceu bem grandão assim realmente, não sei se teria necessidade ou não de cortar, mas como ela (...) o corte assim foi precoce, eu não sei. Se realmente tinha necessidade ou não porque eu acho que deveria ter esperado um pouquinho mais pra ver se deveria mesmo cortar ou não, mas é um procedimento de praxe hoje em dia né pra facilitar o parto e fica mais fácil pra ela. (Entrevistada 5).

Em relação à atitude autoritária, quando questionadas se os profissionais disseram ou explicaram os motivos da realização de tal procedimento, algumas das entrevistadas relataram que eles realizaram a episiotomia sem dar maiores esclarecimentos. Como pode ser observado nos trechos a seguir:

Ela não era muito clara em relação a episio. falava às vezes precisa, e não sei.. o que na verdade assim, ela nem me perguntou. ela já cortou, por quê na hora lá que eu nem ia (...) foi uma coisa muito antinatural né. Colocou ocitocina na hora que não era ainda e enfim..foi tudo meio que forçado. (Entrevistada 7)

O acesso restrito a informações de qualidade impede que a mulher tome decisões sobre as intervenções realizadas em seu corpo e exija seu direito ao parir. E muitas mulheres, mesmo que tenham conhecimento científico, sentem-se injustiçadas e violentadas, tanto física quanto emocionalmente, assim notado em uma das falas da pesquisa.

Eu sabia (...) eu falava assim “ah eu não queria ter episio” né Porque a gente ouviu falar, já tinha ouvido falar e tudo..mas ela não.. aquela médica que é.. ela se diz humanizada mas não é sabe. (...) eu fiquei muito magoada, com tudo o que aconteceu. mas ela.. ela nunca entrou em detalhes, ela nunca, nunca quis falar, nunca. Porque assim, para mim eu sofri uma violência sabe (Entrevistada 7).

A categoria analítica de “*diferenças de percepção da episiotomia feita por parteiras ou médicos*” permitiu observar que nos partos realizados por parteiras, as mulheres têm uma maior percepção de confiança e da necessidade do procedimento, que de forma geral é feito com menor profundidade. Porém, verificou-se também questionamentos sobre a real necessidade da realização da episiotomia, com uma mulher refletindo se a criança não nasceria normalmente sem a intervenção e outra questionando se o efeito da episiotomia foi realmente físico ou apenas psicológico.

Enfim, foi uma episiotomia que... Eu tive também o acompanhamento dela na questão da cicatrização, né (...) Então ela me deu os chás, me, me passou assim toda a..enfim, né.. foi uma episiotomia que não pegou o músculo então foi superficial (...)E na verdade eu não fiquei com cicatriz então foi uma coisa que... às vezes eu fico me perguntando se o efetivo daquela episiotomia foi o corte em si ou foi o efeito psicológico assim porque naquele momento (...) Eu pensei: bom, pra ela recorrer a episiotomia, é porque ele realmente tem que nascer sabe.. e naquele momento é que eu dei realmente o melhor de mim assim que ele nasceu né efetivamente. (Entrevistada 8)

(...)acho que além de respeitosos, são tecnicamente bem é, são muito bons tecnicamente, porque eu tenho certeza que ela não, não é uma coisa que pra, até pra própria parteira acho que não é tranquilo, assim, foi a segunda episio da vida dela, então acho que ela mesma deve se cobrar em relação a isso: poxa, será que eu fiz, devia ter feito? E eu vejo que foi algo necessário e, e (pensando) assim inclusive procuro transmitir isso pra ela também (...) que eu confio muito nela, inclusive por causa disso e tal né (...) Então foi uma experiência feliz né? Mas eu sei que pra maioria não é muito feliz. (Entrevistada9)

Já nos partos realizados por médicos, foi citada uma situação de violência por uma das mulheres. Ela retrata a dor e a sensação de agressão e violência, mas na hora diz que estava exausta e não tinha condições de discutir e que a médica não explicou, apenas fez a episiotomia. Porém, verificou-se também a naturalização deste procedimento no relato de uma mulher, no qual a equipe médica se referia à episiotomia como "cortezinho" ou "corte pequenininho" e relatava que a intervenção era natural e normal.

eu acho a gente não tinha condição de discutir na hora.. antes eu falei que não queria mas ficava aquela coisa meio vaga.. mas na hora não tinha discussão.. não tinha condição nenhuma.. como a gente tava tão exausta assim (Entrevistada 7)

Fui para o hospital e a médica que me atendeu, ela falou, o neném você vai ter agora, você tá com uma dilatação excelente, muito boa. Aí já fiquei, já fiquei, fiquei com um pouco de medo né, claro, enfim. Aí, eu não fiquei três horas sentindo contrações e eu pari a criança, meu filho nasceu e fizeram a episiotomia, ou seja, se eu estava com uma dilatação muito boa né, então não sei se teria sido necessário a episiotomia. Ficou a parte chata depois para superar, aquela sutura, enfim. (Entrevistada 2)

Em contraponto à relação de confiança que as mulheres possuíam com as parteiras, em uma das entrevistas, uma das mulheres demonstrou uma relação de confiança forte com a médica que realizou o seu parto e que a acompanhou durante a gestação. Nesta entrevista, a mulher expressa que em um momento de muita dor, após várias complicações durante o trabalho de parto, disse a seguinte frase: “doutora, pode fazer o que você achar que tem que fazer”. Assim, pode-se observar que essa relação de confiança foi sendo construída durante o acompanhamento pré-natal, mais uma razão que embasa a necessidade do acompanhamento da gestante pelo mesmo médico/médica, fortalecendo essa relação de confiança.

Outro relato interessante das entrevistas foi o de uma mulher que teve seu primeiro filho em um hospital. Ela relata muitas dores e sofrimentos, considera que sofreu violência neste parto e afirma que o nascimento de sua filha (segundo parto) foi “uma cura do primeiro parto”, pois ela o realizou como planejado e desejado, sabendo que poderiam existir intercorrências, mas sentia-se tranquila e apoiada em sua decisão de ter um parto domiciliar.

Já na entrevista realizada com uma parteira, que também sofreu episiotomia no parto de seu primeiro filho, ela relata que naquela época não sabia muito a respeito do procedimento e não teve informações suficientes para decidir se queria ou não a

episiotomia. Entretanto, após o segundo filho (que não foi realizada episiotomia) e de alguns anos, ela se tornou parteira e nunca realizou o procedimento em nenhuma de suas gestantes. Quando perguntada sobre o que ela sentiu quando passou pela episiotomia e o que ela achava do procedimento, respondeu:

Ah, é uma..tipo..sei lá, uma dominação né.. sobre o feminino. Vira uma mutilação. Mas ao mesmo tempo também eu não sei..porque dessa forma que eu te falei.. eu pensei nisso como uma coisa tipo de gênero né. Dessa questão bem dessa dominação mesmo né. Mas eu também hoje, tenho outro olhar que é o olhar assim que eu vejo que tem tanto medo mesmo em volta do parto que é provável que isso sempre tenha existido..desde que os homens entraram na cena do parto entendeu? Porque pras mulheres isso é normal, certo? Mas quando eles entraram..então eu também acho que essas invenções sabe, tipo fórceps, episio, eu acho que também é fruto do medo. (silêncio) Sabe, um medo, medo assim de.. e a falta também do respeito e da capacidade de respeitar mesmo o processo natural e também de se achar um pouco Deus né... Querer melhorar um pouquinho o que a natureza já faz perfeitamente (entrevistada 4).

Observa-se, também, que em muitos relatos, as mulheres apresentaram a necessidade de serem informadas, de forma detalhada, a respeito da episiotomia, da necessidade de se realizar esse procedimento e das consequências que poderão enfrentar, possuindo, assim, embasamento suficiente para tomarem decisões sobre o parto e sobre as intervenções que gostariam (ou não) que fossem realizadas em seu corpo.

Além disso, verificou-se a necessidade dessas mulheres falarem sobre suas experiências, percepções, traumas e incômodos sobre a episiotomia, ou seja, de alguma forma externar os sentimentos de algo tão íntimo marcado em suas vidas que foi silenciado por ser considerado um procedimento “normal”. Porém, ao refletirem hoje, algumas observam a episiotomia como algo violento e desnecessário, compreendendo a trajetória dos seus partos como um processo antinatural.

Estas narrativas nos permitem refletir que atualmente existe um cenário de parto insatisfatório para a mulher. ***Contudo, com a conscientização e o empoderamento feminino será possível um intercâmbio favorável para partos voltados às necessidades da mulher, respeitando o tempo das mães e dos bebês?***

Além disso, ***ocorrerá a desnaturalização, por parte das mulheres e profissionais de saúde, em relação à utilização de intervenções excessivas, especialmente a episiotomia, que gera dor, incômodos e repercussões negativas a curto e longo prazo?***

Nesse contexto, verifica-se a importância desta temática e a necessidade e viabilidade de projetos aplicativos que busquem modificar a naturalização de uma assistência precária ao parto e da violência obstétrica, mostrando às mulheres seus direitos (como parturiente e mulher) e disseminando a ausência da episiotomia como marcador de melhores práticas de cuidado com gestantes.

Diante disso, faz-se necessário desconstruir esse modelo de naturalização da episiotomia na assistência ao parto nos serviços de saúde e, para isso, devem-se disponibilizar informações e ter uma interlocução do conhecimento para que a mulher possa participar do seu projeto terapêutico e se empoderar, tendo autonomia sobre seu próprio corpo durante o parto.

Dessa forma, o presente projeto aplicativo se justifica pelas elevadas taxas de realização de episiotomia (destacando-se a região Centro-oeste) (Riesco et al., 2014), bem como pela necessidade de ações que busquem questionar as práticas e intervenções excessivas no parto, especialmente a episiotomia, que interfere violentamente no processo terapêutico e na vida da mulher. Assim, torna-se pertinente a elaboração de um recurso audiovisual, para que demonstre e explicita esta prática rotineira desnecessária e naturalizada dentro dos serviços de assistência ao parto no SUS, cujo propósito busca conscientizar e empoderar as mulheres em relação ao parto, bem como a reflexão desta prática rotineira pelos profissionais de saúde.

Para a construção dos elementos do projeto aplicativo foram utilizados os conceitos do Manual de Planejamento Participativo: uma abordagem para construção de projetos em alimentação e nutrição no Brasil. É uma tradução autorizada à Diretoria Regional de Brasília da Fundação Oswaldo Cruz, do Comprehensive Participatory Planning and Evaluation, de Lefèvre et al.(2000), pelo Instituto de Medicina Tropical da Antuérpia, pelo Fundo de Sobrevivência Belga (BSFJP) e o Fundo Internacional para o Desenvolvimento da Agricultura (Anexo 13.3).

5. OBJETIVOS DA PROPOSTA

5.1. Resultados Esperados

- Aumentar o conhecimento das mulheres sobre a episiotomia;
- Informar os profissionais de saúde a respeito das consequências da prática da episiotomia;

- Possibilitar um espaço de diálogo sobre a episiotomia nas redes sociais (comentários, compartilhamentos e curtidas).

5.2. Efeitos Esperados

- Conscientizar as mulheres, seus companheiros e/ou familiares sobre o que é a episiotomia e quais são as consequências em suas vidas;
- Empoderar as mulheres para que elas possam ter autonomia sobre seu próprio corpo durante o parto;
- Desnaturalizar a prática da episiotomia entre as usuárias do sistema de saúde em idade fértil e os profissionais de saúde;
- Diminuir o número de episiotomias realizadas no âmbito da rede pública de saúde.

6. JUSTIFICATIVA TÉCNICO-CIENTÍFICA

A comunicação em saúde pode ser considerada um estudo e utilização de estratégias de comunicação que influenciam as decisões dos indivíduos e das comunidades para promover saúde. Inclui também a prevenção de doenças, promoção da educação para a saúde, ajuda para lidar com ameaças entre outros. Segundo Teixeira (2004), sua importância se dá através da influência na avaliação dos usuários em relação à qualidade dos cuidados em saúde, interferindo diretamente na qualidade de vida dos usuários.

A escolha da produção de um vídeo se dá pela possibilidade da disseminação de conhecimento e a reflexão sobre a temática abordada. Segundo Pessoa e Salgado (2012) as linguagens visuais têm um código próprio na relação com seus “leitores”. A linguagem audiovisual com seus elementos, imagem e som é transmitida por meio dos vídeos, filmes ou documentários, os quais “são compostos de alguns elementos explícitos de fácil compreensão e de elementos semânticos implícitos, que são, muitas vezes, percebidos pelo subconsciente”. Conforme as autoras, esta linguagem pode ser um instrumento na construção do saber.

Com isso, o vídeo, por se tratar de uma linguagem audiovisual, não será apenas um instrumento técnico de informação e sim um construtor de saber com a significação, os sentidos, as percepções e os sentimentos das mulheres entrevistadas em nossa pesquisa. Ou seja, dando voz àquelas que são silenciadas pela naturalização da

episiotomia cujo objetivo é a desconstrução deste procedimento por meio de uma reflexão crítica.

7. PROPOSTA DE APLICAÇÃO

7.1 Campo de aplicação

A aplicação do projeto será realizada por meio da sugestão da criação de um vídeo, divulgado via internet, com a utilização de redes sociais do SUS e suas plataformas, como por exemplo: facebook, instagram e canal no youtube do Ministério da Saúde. Segundo Cardoso e Lamy (2011), a inovação nos modelos de entretenimento gerou uma mudança no formato dos conteúdos e novas abordagens na forma como são contadas as histórias. A rede se tornou um elemento central da organização, caracterizada por uma nova rede interpessoal que conecta públicos, participantes, utilizadores, empresas e editoras. É nessas circunstâncias que o uso das redes sociais cresce e se desenvolve, atingindo cada vez mais pessoas.

Tendo em vista que as redes sociais são unidades dinâmicas que conseguem romper com as barreiras geográficas, pois o espaço deixa de ser um limitador, elas conseguem ter um alcance global, possibilitando a interação entre os diversos atores da sociedade, os quais compartilham informações, fatos e experiências, bem como opinam sobre determinados temas. As redes sociais tornaram-se ferramentas de relacionamento e aprendizado, vinculadas ao modo de viver em sociedade (GARCIA; FERREIRA, 2013; SANTANA et al, 2009)

No Brasil, de acordo a Pesquisa Brasileira de Mídia 2016 da Secretaria de Comunicação Social (SECOM) da Presidência da República, o meio de comunicação que os entrevistados mais acessam para obter informações é a televisão (63%) e, logo em seguida, a internet (26%). Aproximadamente dois em cada três entrevistados acessam a internet e o tempo médio diário de conexão está mais ou menos acima de quatro horas e trinta minutos (tanto durante a semana, quanto no final de semana). Em relação ao uso das redes sociais, a pesquisa do CONECTAí Express, plataforma web do IBOPE, em 2017, entrevistou dois mil internautas brasileiros os quais demonstraram que o aplicativo mais utilizado foi o Whatsapp (91%), seguido do Facebook (86%), Instagram (60%), Messenger (59%), Twitter (28%), entres outros⁸.

⁸Link dos dados: <http://www.ibopeinteligencia.com/noticias-e-pesquisas/whatsapp-e-o-app-de-rede-social-mais-usado-pelos-internautas-brasileiros/>, acessado em 06/03/2018.

Ou seja, tem acontecido um crescimento exponencial do uso das redes sociais, impactando consideravelmente no processo de socialização e comunicação dos públicos que as utilizam. Então, nada mais justo do que maximizar o proveito do potencial das redes sociais, usando-as em favor da saúde (PEREIRA et al 2011).

A internet é atualmente uma ferramenta muito utilizada, que permite o acesso à informação por muitas mulheres em idade fértil de diversas classes sociais e por profissionais dos serviços de saúde. Desta forma, o campo de intervenção não será em um espaço físico específico, pois a linguagem audiovisual permite ultrapassar barreiras físicas, dando acesso ao conhecimento às mulheres e à sociedade de forma geral, que muitas vezes não o têm.

7.2 Sujeitos e atores envolvidos no projeto

O projeto aplicativo terá como sujeitos as mulheres em idade fértil com acesso à internet e que falem a língua portuguesa, bem como seus companheiros e/ou familiares. Além disso, os profissionais de saúde estão incluídos também como sujeitos do projeto, visto que eles estão envolvidos no apoio à decisão que a mulher toma/deveria tomar de não fazer a episiotomia. Os atores serão organismos sociais, gestores e órgãos de saúde, tais como o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais de saúde, pois este assunto é de importante relevância para a sociedade como um todo.

7.3 Desenvolvimento e Método

Como estratégia para o desenvolvimento da proposta e de implementação da aplicação, será realizada a gravação e divulgação de um vídeo sobre a episiotomia a partir da vivência empírica das reflexões das 13 mulheres entrevistadas.

Para isso, serão utilizados como materiais e técnicas específicas uma câmera de filmagem, um tripé, equipamentos de iluminação, equipamentos de som, uma ilha de edição digital, cenário, espaço físico. Já para a mobilização dos sujeitos envolvidos, o vídeo será veiculado nas redes sociais do SUS e suas plataformas, possibilitando o acesso àquelas mulheres que falam a língua portuguesa e que também se interessam sobre o tema da episiotomia, bem como os profissionais de saúde e a sociedade.

A partir disso, foi criado o seguinte pré-roteiro que será a base para a elaboração de um roteiro final e do vídeo:

7.3.1. Pré-roteiro

Em uma tela preta será inicialmente disposta a seguinte frase inicial em letras maiúsculas na cor branca: Episiotomia, diga não!

A frase irá desaparecer aos poucos, sendo revelada na transição um ambiente escuro, com iluminação baixa e fundo preto. Neste ambiente aparecerá a parte inferior da face de diversas mulheres, enfatizando as bocas pintadas com batons de cores fortes, sendo para cada fala, uma cor de batom diferente. No decorrer do vídeo, várias mulheres de diferentes cores, faixas etárias e etnias pronunciarão frases de impacto a respeito dos relatos feitos por mulheres entrevistadas que realizaram a episiotomia.

As seguintes frases poderão ser pronunciadas pelas mulheres:

- Mulher com batom vermelho: Falaram que era pra ajudar o bebê a sair. E fizeram o cortezinho, mas não deram muitos detalhes.
- Mulher com batom laranja: E a médica fez o cortezinho para a bebê sair, só que como eu era inexperiente, eu não achei aquilo estranho, achei normal.
- Mulher com batom rosa: A primeira coisa que eles fizeram foi o corte, para que a menina nascesse logo. Não perguntaram nada, nem se era isso que eu queria.
- Mulher com batom lilás: O médico disse que era melhor, porque não ia lacerar de uma forma que ele não conseguisse reparar adequadamente, o que não faz o menor sentido.
- Mulher com batom roxo: A gente também tem um pouco daquele mito: se não cortar é pior porque pode rasgar tudo.
- Mulher com batom azul: Eu confesso que a episiotomia foi uma surpresa, porque de todos os procedimentos que eu ouvia falar me parecia o de menor utilidade, parecia que era o mais absurdo de todos.
- Mulher com batom nude: A gente não tinha condição de discutir na hora. Antes do parto, eu falei que não queria. Mas na hora não teve discussão.
- Mulher com batom furtacor: Ela nem me perguntou. Ela já cortou. Foi uma coisa muito antinatural, foi tudo meio que forçado.
- Mulher com batom verde: Fizeram a episio, eu não consegui evitar.
- Mulher com batom vinho: A episio eu sinto até hoje. Toda a vez que eu menstruo, quando eu ando de bicicleta, ela ficou sensível. Foi uma coisa bem grandona, foram muitos pontos. Era inviável eu sentar para amamentar, tinha que dar de mamar deitada. Foram 10 dias bem difíceis.
- Mulher com batom amarelo: No momento que a médica estava me costurando falei: "olha, costura direito, eu to sentindo que foi um corte muito grande". Realmente foi, ele saiu da linha do períneo, veio para a banda da minha bunda.

Até hoje, se eu coloco uma calcinha muito cavada, pra tomar um sol, dá pra ver esse ponto.

- Mulher com batom platinado: Eu tenho vergonha, até do meu esposo, pela cicatriz que ficou.
- Mulher com batom preto: Eu acho que cortar um pedaço de carne para costurar de novo é muito antinatural.
- Mulher com batom dourado: É uma dominação sobre o feminino, vira uma mutilação. Eu penso nisso como fruto do medo, e uma falta de respeito e de capacidade de respeitar um processo natural. Querer melhorar o que a natureza já faz perfeitamente.

Na tela final, aparecerão todas as bocas das mulheres que participaram em mosaico, pronunciando simultaneamente a seguinte frase: Episiotomia, diga não!

Observação: no canto inferior direito da tela, será inserida linguagem brasileira de sinais para viabilizar a acessibilidade do vídeo.

8. PLANO DE AÇÃO

Neste tópico optamos por construir uma tabela de ação para cada resultado esperado do projeto aplicativo:

Resultado 1: Aumentar o conhecimento das mulheres sobre a episiotomia.			
Metas	Processos/Estratégias	Estrutura/Recursos	Período
Informar mulheres em idade fértil, seus companheiros e/ou familiares sobre a episiotomia.	Seminário, reuniões, oficinas sobre o tema voltado para mulheres.	Sala de Reunião Cadeiras Equipamentos de som e vídeo Alimentos para o coffee-break	Semestral
	Criar um blog com informações a respeito das consequências da episiotomia.	Computador Internet Fotos Webdesigner	Mensal
Criar espaços de fala sobre o parto.	Rodas/grupos que possibilitem a troca de informações.	Local adequado Cartolina Materiais de escritório	Semanal
Produzir peças sobre o tema, incluindo folders e vídeos informativos.	Produção de um vídeo de aproximadamente 3 minutos	Roteirista Equipamentos de Filmagem e Iluminação Espaço de locação Atrizes	6 meses

	Divulgação do vídeo.	Maquiagem Editor de vídeo	24 meses
	Monitoramento e avaliação do vídeo.	Acesso a redes sociais de divulgação Acompanhamento dos comentários, curtidas e compartilhamentos na plataforma de divulgação do vídeo.	24 meses

Resultado 2: Informar os profissionais de saúde a respeito das consequências da prática da episiotomia.			
Metas	Processos/Estratégias	Estrutura/Recursos	Período
Realizar seminários e palestras sobre o tema.	Organização de um seminário de violência obstétrica	Local adequado Cadeiras Equipamentos de som e vídeo Palestrantes Alimentos para o coffee-break	Semestral
Incentivar os profissionais a buscarem atualizações sobre o tema.	Curso de aperfeiçoamento em práticas humanizadas no SUS	Local Adequado Cadeiras Equipamentos de som e vídeo Professores Certificados	Anual
Produzir peças sobre episiotomia, incluindo folders e vídeos informativos	Produção de um vídeo de aproximadamente 3 minutos	Roteirista Equipamentos de Filmagem e Iluminação Espaço de locação Atrizes Maquiagem Editor de vídeo	6 meses
	Divulgação do vídeo.	Acesso a redes sociais de divulgação	24 meses
	Monitoramento e avaliação do vídeo.	Acompanhamento dos comentários, curtidas e compartilhamentos na plataforma de divulgação do vídeo.	24 meses

Resultado 3: Possibilitar um espaço de diálogo sobre a episiotomia nas redes sociais (comentários, compartilhamento e curtidas).			
Metas	Processos/Estratégias	Estrutura/Recursos	Período
Promover fóruns de discussão sobre a episiotomia.	Criar fóruns e convidar profissionais e mulheres para participarem	Computador Internet Acesso a um site de fóruns de discussão	Mensal
Produzir e publicar vídeos informativos sobre o tema.	Produção do vídeo de aproximadamente 3 minutos	Roteirista Equipamentos de Filmagem e Iluminação Espaço de locação Atrizes Maquiagem Editor de vídeo	6 meses
	Divulgação do vídeo.	Acesso a redes sociais de divulgação	24 meses
	Monitoramento e avaliação do vídeo.	Acompanhamento dos comentários, curtidas e compartilhamentos na plataforma de divulgação do vídeo.	24 meses

9. DESENHO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

A avaliação e o monitoramento são instrumentos muito importantes para acompanhar e verificar o adequado andamento do projeto aplicativo. Dado que o monitoramento é uma forma de avaliar o projeto internamente, será observado se há interesse governamental ou institucional para a produção e execução do projeto aplicativo.

Cabe ressaltar que o governo brasileiro vem utilizando cada vez mais as redes sociais para disseminação de informações, em especial de vídeos, o que se encaixa com a proposta do presente projeto. No âmbito institucional, observou-se o canal oficial do Ministério da Saúde no Youtube com a publicação de dois mil e setecentos e trinta e cinco vídeos.

Imagem 2 – Perfil no Youtube do Ministério da Saúde



Fonte: Perfil do Ministério da Saúde no Youtube, 2018.

Outro exemplo a ser citado é o Canal Saúde Oficial. É uma emissora de televisão pública especializada em temas referentes à saúde e ao SUS no Brasil, também vinculado ao Youtube, com mil e oitocentos e quarenta e quatro vídeos publicados. Ressalta-se que os dados referentes aos dois canais citados foram pesquisados até a data de seis de março de 2018.

Imagem 3 – Perfil no Youtube do Canal Saúde Oficial



Fonte: Perfil do Canal Saúde Oficial no Youtube, 2018.

Já a avaliação tem como base o vídeo, sendo realizada externamente. Para isso, serão acompanhados o número de visualizações do vídeo e possíveis comentários realizados no espaço “comentários” da plataforma, além de curtidas e compartilhamentos nas redes sociais.

Como pode ser observado na imagem abaixo, o vídeo do canal do MS, veiculado no Youtube, “*Sus que dá certo: Parto e nascimento humanizado no Hospital Sofia Feldman*”, teve quarenta e seis mil e trezentas e quarenta e uma visualizações, trezentas e setenta e uma vezes marcado como gostei e seis comentários na área destinada.

Imagem 4 – Vídeo do Perfil do Ministério da Saúde



Fonte: Perfil do Ministério da Saúde no Youtube, 2018.

10. ANÁLISE DE VIABILIDADE

10.1 Aceitabilidade

Um exemplo observável de aceitabilidade nas redes sociais pelos usuários pode ser visto por meio do vídeo institucional vinculado à plataforma do facebook no perfil oficial do Ministério da Saúde, que trata da questão da febre amarela. O vídeo em questão, até o momento, pesquisado em seis de março de 2018, alcançou trinta e duas mil visualizações, com seiscentas e nove curtidas e oitenta e um comentários, sendo compartilhado por oitocentos e oitenta e quatro usuários, como pode ser observado na imagem abaixo.

Imagem 5 – Vídeo publicado no perfil do Ministério da Saúde



Fonte: Perfil do Ministério da Saúde no Facebook, 2018.

A partir disso, acredita-se na alta aceitabilidade do vídeo proposto pelo presente trabalho, dado que este permite uma construção de saberes e uma reflexão crítica do tema abordado. Além disso, identificamos, por meio da pesquisa realizada, a necessidade de as mulheres discutirem e ouvirem informações sobre o parto e a violência obstétrica, sendo possível também, a partir do vídeo, a comunicação entre elas nos campos de comentários (sobre suas experiências, dúvidas, angústias e inseguranças) nas plataformas onde o vídeo for veiculado.

10.2 Participação

A participação será verificada a partir de curtidas, compartilhamentos e comentários realizados no vídeo que revelarão um engajamento das mulheres com este tema tão recorrente na sociedade.

10.3 Exequibilidade

O projeto é exequível em sua dimensão técnica e operacional, permitindo o conhecimento do cenário operativo visto que há possibilidade de se utilizar materiais de baixo custo, um pequeno espaço e profissionais voluntários que se interessarem pelo tema.

10.4 Sustentabilidade

A sustentabilidade será garantida por meio da elaboração de futuros vídeos que permitam a continuidade desta discussão nas redes sociais. O tema desses vídeos será gerado a partir dos comentários e dúvidas apresentados pelas mulheres participantes.

10.5 Efetividade

O projeto aplicativo é efetivo pelo fato de o vídeo permitir o alcance de várias mulheres e a transformação da naturalização da episiotomia no Brasil. Ressalta-se que um projeto aplicativo permite a construção de saberes por meio da associação entre o conhecimento e as respostas que visem à melhoria prática de determinadas situações, principalmente por meio da estimulação do raciocínio, da criatividade e da análise crítica.

10.6 Custo

O custo do projeto será baseado nos orçamentos de empresas especializadas em produção audiovisual, considerando os serviços prestados e os materiais disponibilizados pela empresa. A preferência pela contratação da produtora se dá pelo melhor custo benefício, visto que estas empresas já possuem equipamentos, cenários e profissionais responsáveis pela atuação, elaboração do roteiro final, pela filmagem, edição e trilha sonora do vídeo. Estima-se, a partir de orçamentos realizados, um custo final para a produção do vídeo de aproximadamente vinte mil a trinta mil reais.

Uma forma de diminuir os custos de produção seria a realização de parcerias com instituições ou produtoras independentes que se interessassem pelo tema da episiotomia, bem como da violência obstétrica, possibilitando a produção do vídeo com qualidade e a preço de custo.

Segue tabela com descrição dos itens necessários para a produção de um vídeo e seus respectivos custos:

Itens	Descrição	Custo
Roteiro Final	Profissional para a produção do roteiro e produção final.	R\$ 2.000,00
Filmagem e Iluminação	Profissional de Filmagem e Equipamentos específicos	R\$ 5.000,00
Espaço de locação/Cenário	Aluguel de espaço e produção de cenário	R\$ 4.000,00
Atuação	Atrizes	R\$ 3.000,00
Maquiagem	Maquiador e produtos de maquiagem necessários	R\$ 500,00
Edição de vídeo	Profissional de edição, equipamentos necessários e produto final.	R\$ 2.000,00
Áudio	Trilha Sonora Edição de Som	R\$ 3.000,00
Inserção de linguagem brasileira de sinais	Profissional em LIBRAS.	R\$ 1.000,00
Direção e arte final	Direção e produção final do vídeo.	R\$ 5.000,00
TOTAL	Valor final da produção	R\$ 25.500,00

Lembrando que esta tabela é apenas uma estimativa dos valores e itens necessários para a produção de um vídeo e que são elementos que variam muito de acordo com o roteiro e a intenção do produto final. Recomenda-se buscar empresas especializadas em produção de materiais de audiovisual para mais opções de orçamentos.

11. CRONOGRAMA

O cronograma foi realizado com base na aplicação do presente projeto aplicativo no prazo de dois anos e meio em uma linha de tempo mensal.

MESES					
ETAPAS	1 a 6	6 a 12	12 a 18	18 a 24	24 a 30
Produção do vídeo	•				
Elaboração do roteiro final	•				
Filmagem	•				
Edição do vídeo	•				
Divulgação do vídeo		•	•	•	•
Monitoramento e avaliação		•	•	•	•
Aplicar resultados					•

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIAR, N. Patriarcado, sociedade e patrimonialismo. **Soc. estado**. Brasília, v.15, n.2, p. 303-330, dec. 2000.
- AMORIM, M. M., et al. Selective episiotomy vs. implementation of a non-episiotomy protocol: a randomized clinical trial. **Reproductive Health**. 2017.
- AQUINO, E. M. L. Para reinventar o parto e o nascimento no Brasil: de volta ao futuro. **Cad. de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 30, Sup, p. S8-S10, 2014.
- BANDEIRA, L. M.; ALMEIDA, T. M. C. A transversalidade de gênero nas políticas públicas. **Revista do Ceam**. v. 2, n. 1, jan-jun. 2013.
- BELEZA, A. C.S, et al. **Mensuração e caracterização da dor após episiotomia e sua relação com a limitação de atividades**. Rev. Bras. Enferm. Brasília, 65(2): 264-8, mar.-abr. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha Programa Humanização do Parto: Humanização no Pré-natal e Nascimento**. Brasília - DF, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Cadernos HumanizaSUS, Volume 4. Brasília - DF, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria/GM nº 569, de 01/06/2000** que institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento.
- BRASIL. **Violência obstétrica é violência contra mulher: mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica**. 1. ed. São Paulo: Parto do princípio; Espírito Santo: Fórum de Mulheres de Espírito Santo, 2014.
- BRENES, A. C. História da parturição no Brasil, Século XIX. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 7(2): 135-149, abr.-jun. 1991.
- CARNEIRO, J. D. Mortalidade materna cai no Brasil, mas não atingirá a meta da ONU. BBC Brasil. Rio de Janeiro, mar. 2015.
- CASTRO, J. C.; CLAPIS, M. J. Parto Humanizado na Percepção das Enfermeiras Obstétricas Envolvidas com a Assistência ao Parto. **Rer. Latino am**. 13(6): 9607, nov-dez. 2005.
- CARTER, B; MCGOLDRICK, M. As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar: Uma Estrutura para a Terapia Familiar In: MCGOLDRICK, M. **As Mulheres e o Ciclo de Vida Familiar**. 2. ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 1995. cap. 2, p. 30-61.
- DINIZ, S. G. et al. Violência Obstétrica Como Questão Para A Saúde Pública No Brasil: Origens, Definições, Tipologia, Impactos Sobre A Saúde Materna, E Propostas Para Sua Prevenção. **JournalofHumanGrowthandDevelopment**. 25(3): 337-376. 2015.
- DINIZ, C. S.G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciênc. saúde coletiva**. vol.10, n.3, 627-637, Rio de Janeiro, 2005.
- DINIZ, C. S. G.; CHACHAM, A. S. “O corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de Saúde Reprodutiva**. I(1):80-91. 2006.
- FREITAS, G. L. et al. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Rev. Eletr. Enf.**;11(2):424-8. 2009.

- GARCIA, L. M. M; FERREIRA, M. J. A rede social Facebook enquanto ferramenta de suporte ao ensino colaborativo/cooperativo. **Revista do Departamento de Inovação, Ciência e Tecnologia**. 2011.
- HOLANDA, J. B. L. et al. Disfunção Sexual e Fatores Associados Relatados no Período Pós-Parto. **Acta Paul Enferm**. 27(6):573-8 ago. 2014.
- JAMAS M.T., et al. Narrativas de mulheres sobre a assistência recebida em um centro de parto normal. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 29(12): 2436-46, dez. 2013.
- JIANG, H., et al. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;2: CD000081.
- LEAL, M.C, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro Vol.30, supl.1. 2014.
- LEFEVRE, P. et al., Comprehensive participatory planning and evaluation. *Nutrition Unit Tropical Medicine, Belgian Survival for the Third World Joint Programme.*, 2000, 58p.
- LEISTER, N.; RIESCO, M. L. G. Assistência ao Parto: História Oral de Mulheres Que Deram à Luz nas Décadas de 1940 a 1980. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 22(1): 166-74. jan-mar. 2013.
- LÉSICO, A. F. G., A Episiotomia na Vida da Mulher. A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Instituto Politécnico de Santarém, Santarém, 2014.
- MOTT, M. L.. Assistência ao Parto: do domicílio ao hospital. *Proj. Historia*. São Paulo, (25), dez, 2002.
- MATHIAS, A. E. R. A., et al. Mensuração da dor perineal no pós-parto vaginal imediato. **Rev Dor**. São Paulo, 16(4): 267-71, out-dez. 2015.
- MOURA, F. M. J. S. P. et al. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Rev. bras. enferm**. Brasília, vol.60, n.4, pp.452-455, jul-ago. 2007.
- NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização Médica do Parto no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, 10(3):651-657, mar-abr. 2005.
- Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento. Sumário Executivo Temático da Pesquisa. **Cad.Saúde Pública**.30(1):3,2014.
- NORMAN, A. H.; TESSER, C. D..Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(9):2012-2020, set. 2009.
- PESSÔA, L. R.; SALGADO, M. B. B. Educação, saúde e audiovisual: relações possíveis e desejáveis. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**. v.6, n 2, 2012.
- PEREIRA, S.; PEREIRA, L.; PINTO, M. Internet e Redes Sociais: Tudo o Que Vem a Rede é Peixe? Edumedia - Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade. Edição 2011.
- RIMOLO, M. L. **Critérios para realização da episiotomia: uma revisão integrativa**. Universidade Federal do Rio Grande Do Sul, Porto Alegre, 2011.
- RIESCO, M. L. G. Nascer no Brasil "em tempo": uma questão de hierarquia das intervenções no parto? **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 30 Sup: S17-S47, 2014.

SANTANA, V.F. et. al. Redes sociais online: desafios e possibilidades para o contexto brasileiro. **In: Congresso Da Sociedade Brasileira De Computação**, Bento Gonçalves: CSBC, 2009. p. 339-353.

SECRETARIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Pesquisa Brasileira de Mídia 2016. Relatório final. Brasília, 2016.

SOUZA, J. P.; PILEGGI-CASTRO, C.. Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quaternária. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 30 Sup: S11-S13. 2014.

TELES, M. A. A. Breve História do Feminismo no Brasil. 1ª edição. Ed. Brasiliense, São Paulo. 1993.

TESSER, C. D. et al. Violência Obstétrica e Prevenção Quaternária: o Que é e o Que Fazer. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**. Rio de Janeiro 1-12. 2015.

TEIXEIRA, J. A. C. Comunicação em saúde: relações técnicos de saúde – utentes. Instituto Superior de Psicologia Aplicada 22(3), 615-620. 2004.

13. ANEXOS

13.1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da entrevista e autorizo a realização da entrevista e divulgação dos dados obtidos nessa entrevista.

13.2. Roteiro temático de entrevistas

- 1) Experiência do Parto: Como foi o dia do seu parto?
- 2) O que você sabe sobre episiotomia? Você já ouviu essa palavra? Alguém explicou pra você o que era?
- 3) Quais foram os desconfortos/incômodos ou dores que você sentiu depois do seu parto?
- 4) Após a nossa conversa como você vê a sua experiência?
- 5) Dados Gerais:
 - Idade:
 - Estado Civil:
 - Naturalidade:
 - Local de Moradia:
 - Cor de Pele:
 - Escolaridade:
 - Ocupação:
 - Renda Mensal:

- Número de gestações:
- Data do(s) Parto(s):
- Local (is) do(s) Parto(s):

13.3 Roteiro de Construção do Projeto Aplicativo/Intervenção baseado no Manual Comprehensive Participatory Planning And Evaluation.

1. Título do projeto

2. Situação Problema – Construção do objeto

Este item deve iniciar com a descrição da situação problema por meio de uma breve análise diagnóstica por meio de revisão de literatura e dados secundários de sistemas de informações e vigilância a saúde. Como trata-se de um trabalho científico de projeto de intervenção, o problema deve suscitar à ação: *é uma realidade insatisfatória superável que permite o intercâmbio favorável com outra realidade*". Portanto, o texto deve conduzir o leitor para a descrição de um problema que visa uma ação transformadora. No caso deste trabalho, a situação problema tem como material as entrevistas realizadas que deverão compor este tópico do texto. Neste tópico é importante definir o recorte da situação problema. A recomendação para auxiliar este momento é trazer o material coletado como afirmações provisórias que buscam responder à enunciação do problema pelo conhecimento teórico e empírico e da experiência do grupo. Ao final, o texto tem que ser claro e preciso (com a descrição da relevância e da pertinência), delimitado empiricamente suscetível de solução e por último delimitado a uma dimensão viável. Neste último aspecto, recomendaríamos a explicação das condições de viabilidade.

3. Objetivos da proposta

Recomendamos que os objetivos da proposta sejam descritos em *outputs* (resultados) e *outcomes* (efeitos). Segundo a proposta de Lefevre os *outputs* expressam os resultados imediatos das ações, e os *outcomes* mudanças e efeitos esperadas e/ou causadas pela intervenção. A opção por esta forma de apresentação deve descrever os objetivos e efeitos para o quais a intervenção quer contribuir. Podem se organizar em geral em três categorias: (1) efeitos macro estruturais; (2) efeitos nos sujeitos da intervenção; (3) efeitos nas instituições envolvidas. Os objetivos de resultados têm uma relação com os aspectos mais diretos e intrínsecos à intervenção sendo necessário observar as conseqüências mais inerentes aos processos que a intervenção produz para ser realizada.

4. Justificativa técnico-científica

Este item busca dar o caráter de justificativa teórica, social e técnico-institucional. Tem relação com a justificativa e pertinência. As questões a serem descritas são: (1) se existe um problema reconhecido qual a sua magnitude; (2) se o problema é parcial ou totalmente afetado pela intervenção proposta; e (3) se há uma real possibilidade de influenciar na solução do problema, deve ser priorizado neste item. De forma sucinta e objetiva é necessário que seja apresentado uma justificativa teórica – como esta proposta de intervenção se insere no campo do conhecimento a que se vincula / o que traz de novidade. Apresentar a justificativa social – o que vai mudar? Impactos/efeitos previstos? Por último apresentar a justificativa técnico-institucional – o que esta intervenção poderá resolver/melhorar/impactar na instituição. O que ajuda a instituição a inovar?

5. Referencial teórico-conceitual

Este item deve trazer todo o referencial teórico relacionada à intervenção. Aqui espera-se a descrição da revisão bibliográfica sobre este tema. O texto deve expressar o diálogo com a literatura científica e documental. É um texto livre na dimensão e na globalidade viável de aprofundamento teórico. É importante destacar que embora seja um texto amplo, a discussão com referências teóricas deve ser coerente com o objeto. Neste texto a teoria deve apontar o “modo de ver” o problema e a intervenção. Tem caráter de articulação explicativa, com apresentação de categorias – conceitos – noções. As perguntas orientadoras deste item são: (a) Quais são as categorias teóricas de análise do problema? (b) Quais são as categorias teóricas que sustentam a proposta de intervenção?

As recomendações para o bom desenvolvimento deste item devem ter como pressupostos, a elaboração da revisão de literatura fria de forma crítica e contextualizada. O texto deve ser abrangente com fontes referenciais nacionais e internacionais. Deve ser pertinentes ao tema e ao objeto da proposta de intervenção. As referências devem ser atuais, em torno dos últimos cinco anos. Deve trazer os princípios e definições dos pressupostos e axiomas, para dar ordem à realidade, com base em leis ou hipóteses da representação do real em articulação dialeticamente à realidade empírica.

6. Metodologia

O procedimento metodológico deve expressar-se como um “contrato”, ou seja, quais os elementos que serão desenvolvidos para a intervenção ser operacionalizada relacionando todas “partes” envolvidas como:

6.1 Campo de intervenção e situação de intervenção

O local onde será realizada a intervenção por meio de sua abrangência geográfica-estratégica. Em alguns casos o caráter geográfico é mais relacionado à dimensão institucional que ultrapassa a visão de nacional, estadual, municipal e local.

6.2 Sujeitos e atores envolvidos no projeto

A intervenção envolve várias categorias de sujeitos e atores. Em geral os sujeitos são as pessoas/indivíduos que estão diretamente relacionados à intervenção e que terão o(s) efeito(s) direto(s) ou indireto(s). Os atores podem ser indivíduos e instituições governamentais, não governamentais e a sociedade civil e atuam como patrocinadores, gerentes, co-operadores implementadores da intervenção.

6.3 Instrumentos utilizados

A metodologia deve trazer a descrição de todas as estratégias para desenvolvimento da proposta e de implementação da intervenção com as técnicas e instrumentos de coleta de dados e mobilização de sujeitos e atores. Este item constitui-se da parte fundamental do processo de realização da intervenção. Para isto devem ser descritas as técnicas específicas de realizar a coleta de dados e os procedimentos a serem utilizados, assim como os materiais empregados no estudo. Estes instrumentos são suportes reais, definidos, constituídos e também adaptados do campo de conhecimento. Exemplos: questionário, formulário, roteiro de entrevista.

Algumas intervenções buscam a mobilização de sujeitos, para isto é necessário a elaboração de roteiros com questões para entrevistas individuais e coletivas como, por exemplo, a realização de grupos focais. As entrevistas individuais podem ser estruturadas, semi-estruturadas e não estruturada. Os tipos grupais podem ser com base em grupos focais, *brainstorming*, etc. Todas estas técnicas devem ser descritas em anexo ao projeto e constituem-se de elemento primordial a análise de aspectos éticos da abordagem dos sujeitos e das instituições.

7. Plano de Ação

Este tópico deve contemplar informações operativas de gestão do projeto. Nele devem ser descritas as ações propostas e as estratégias para a solução do problema em questão. Deve conter os objetivos com definição de clara das estratégias, metas, previsão de estrutura e recursos e previsão de mecanismos de avaliação e monitoramento. Itens de exemplo de um Quadro de Plano de Ação:

Objetivos (Outputs)	Tipo e descrição da ação	Objetivo da Ação	Estratégia (métodos) (Processos)	Instrumentos
Duração/Periodicidade	Atores envolvidos e responsáveis	Metas	Recursos (INPUTS)	

No Guia do projeto de aplicação para apoio ao SUS este tópico é desenvolvido na 5ª etapa, denominada de “gestão estratégica do projeto aplicativo”.

8. Desenho de monitoramento

A proposta do Guia do projeto de aplicação para o apoio do SUS, e está desenvolvido na 6ª etapa denominada de “Desenho do monitoramento do projeto aplicativo”. Recomenda-se a construção de um termo de referencia e de instrumentos de para monitoramento e gestão do plano de ação. Para isto os elementos relacionados aos efeitos e os resultados são a base de construção do M&A com a indicação dos indicadores sejam quantitativos e qualitativos.

9. Análise de viabilidade

Um projeto de intervenção constitui-se de peça fundamental a condução satisfatória para sua viabilidade. Considera-se que este aspecto visa obter a descrição de atores a serem mobilizados, com a organização da proposta de negociação político-financeiro–estratégica. Para isto é necessário descrever os cálculos dos recursos (materiais e simbólicos) a serem mobilizados; e dos obstáculos prováveis; e a descrição dos elementos políticos, financeiros e institucionais favoráveis a implantação e implementação da intervenção. Conhecer os elementos de resistências pessoais, modos de organização do processo de trabalho. As mudanças de regras e/ou legislações e interesses são fundamentais na análise de viabilidade de uma intervenção. Neste roteiro propomos os seguintes elementos: aceitabilidade, participação, exequibilidade, sustentabilidade, efetividade e estimativa do custo da intervenção.

9.1 Aceitabilidade

A análise da aceitabilidade representa o ingrediente de sucesso de uma intervenção. A descrição do potencial de aceitação dos atores envolvidos no processo direta ou indiretamente é fundamental. Nestes aspectos temos que descrever os atores a serem mobilizados. A proposta de negociação com a definição clara de cada etapa e tarefa da intervenção. Às vezes existem dúvidas entre a aceitabilidade e participação.

9.2 Participação

Aceitar algo nem sempre é um compromisso de participação que implica no reconhecimento do problema e a tomada de decisões. Participar tem a aceitação do que se comprometer. Neste caso analisar a capacidade de uma intervenção. Analisar o potencial de participação dos atores permitirá compreender qual o nível de envolvimento com a tomada de decisões pretende-se atingir.

9.3 Exequibilidade

A exequibilidade de uma intervenção tem dois aspectos relevantes a se observar: (a) a dimensão técnica; e (b) a dimensão operacional. A análise destes dois fatores permitirá o conhecimento do cenário operativo relacionado as atividades técnicas que devem ser desempenhadas como as operacionais para atender os produtos previstos para os sujeitos e atores da intervenção. É importante analisar os recursos (materiais e simbólicos) a serem mobilizados, como os recursos materiais (diretos e indiretos).

9.4 Sustentabilidade

A sustentabilidade compõe a análise de viabilidade sobre as condições e elementos necessários para assegurar a continuidade da intervenção. Neste tópico a análise se a intervenção tem dependência de ajuda externa é importante.

9.5 Efetividade

A efetividade tem relação com a análise dos objetivos (resultados e efeitos) da intervenção, em curto e longo prazo. Refere à análise do custo benefício tanto os favoráveis como os desfavoráveis.

9.6 Custo

Neste bloco a análise da estimativa de custo da intervenção é muito importante. Os cálculos dos custos diretos e indiretos da intervenção baseados devem permitir estimar o valor global e percapita da intervenção.

10. Aspectos Éticos

A intervenção é uma ação que pode estar baseada em pesquisa em sua implementação, como utilizar produtos de pesquisa envolvendo seres humanos. Em função disto, destacamos como importante constar no roteiro de elaboração do projeto, a reflexão sobre a Resolução 196 de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Nesta resolução são assinalados quatro princípios referenciais básicos para a pesquisa em seres humanos:

“a bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

Neste sentido, recomenda-se a reflexão se a intervenção proposta contempla estes referenciais previstos em sua concepção teórico-metodológica. Sabe-se que um conjunto de questões que constam nesta resolução estão relacionados a projetos de pesquisa. A recomendação para o aluno é observar se a proposição está inadequada aos princípios propostos nesta resolução.

11. Cronograma

Todo projeto em qualquer dimensão estratégica e conceitual tem que apresentar um cronograma. Neste tópico é necessário que sejam descritas cada atividade a ser realizada para a implantação do projeto de intervenção numa linha de tempo (mensal, trimestral, semestral, anual, etc). Em função deste referencial é possível considerar atrasos e imprevistos comuns a qualquer ação.

A forma de escrever é livre, mas se recomenda que não se use datas e sim numerações que delimitem o número de meses/trimestres empregados.

12. Referências bibliográficas e documentais

Um projeto deve ter a descrição de todas as referências (textos publicados em meios eletrônicos, em meios impressos – artigos, teses, dissertações, livros, documentos oficiais, comunicações pessoais, etc.) usadas em sua elaboração. Neste curso estaremos utilizando com parâmetro as normas da ABNT para referências bibliográficas.

13. Anexos

Constitui-se da parte do projeto onde são anexados todos os documentos, dados, instrumentos considerados essenciais ao projeto de intervenção apresentado.