

OBSTETRÍCIA: ONTEM, HOJE E AMANHÃ

Bussâmara Neme*

Em 1882, Siebold, prestigiado obstetra alemão, em publicação sobre a evolução histórica da tocurgia, declarou: “Quem só conhece o presente não pode apreciar a originalidade dos fatos novos”.

Na verdade, as considerações históricas relativas àquela época, comparadas com a atual situação da prática tocológica, nacional e alienígena, demonstram que a obstetrícia talvez seja uma das especialidades que mais evoluíram nos últimos 67 anos, a qual, diuturnamente, exerceo.

Entre as diversas razões que justificaram as profundas alterações na atual assistência à parturição, salientam-se as seguintes:

1) o advento dos bancos de sangue, 2) o advento da terapêutica antiinfeciosa, 3) os progressos da analgotocia, 4) a valorização do conceito, 5) a imposição feminina, 6) a assistência pública e a conveniada, 7) a precária formação dos tocoginecologistas, 8) o risco de processos jurídicos.

Advento dos Bancos de Sangue: até 1940, a ocorrência de hemorragia durante a gestação e o parto não contava com sangue estocado. A reparação volêmica era praticada em transfusões repetidas, com seringas de 100 ml e 200 ml, que alongavam, por deficientes, a falência vasomotora.

O tipo sanguíneo Rh era desconhecido e o sangue coletado de doadores não era examinado. Em 1941, fui designado responsável pelo primeiro banco de sangue da Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina de São Paulo. Salvamos algumas vidas maternas, mas, seguramente, transferei às receptoras vários casos de malária e de lues.

Advento da Terapêutica Antiinfeciosa: o primeiro quimioterápico utilizado a partir de 1940 foi a sulfamida, “anaseptil”. Nessa época, a prática de cesárea, em caso potencialmente infectado (bolsa rota há mais de 12 horas em vários toques vaginais), seguia-se de morte materna (peritonite) em torno de 10 - 15%. Daí, a solução optava pela via transvaginal e, conseqüente, elevadas morbidade materna (traumas da genitália) e morbiletalidade perinatal.

Na atualidade, a mortalidade materna conseqüente à cesárea é desprezível, inclusive em regiões carentes de assistência.

Progressos na Analgotocia: a partir de 1945, a substituição progressiva da narcose (clorofórmio, balcofórmio, éter, ciclopropano) pela analgotocia de condução (raqui e peridural) atendeu à justa reivindicação materna (redução e abolição da dor) e reduziu, evidentemente, os inconvenientes fetais (hipoxemia).

Na atualidade, o preceito bíblico “parirás com dor” já não vigora. O obstetra que ignora a dor da parturiente perde o respeito dela.

A Valorização do Conceito: o conceito de perinatologia, a partir de 1960, nivelou o respeito prognóstico materno e perinatal. Em 1940-1945, ao atender, pessoalmente em domicílio, parturiente infectada com feto vivo, eu era obrigado a resolver o caso pela via vaginal, apesar de totalmente contra-indicada (desproporção céfalo-pélvica). Diziam os

familiares: “Primeiro salve a mãe; quanto à criança, depois arranja-se outra”.

No caso citado, hoje, graças à antiinfecção e à analgotocia, a solução pela cesárea seria a correta.

A Imposição Feminina: inclusive, eticamente, a “cesárea a pedido” da paciente tem sido aceita. O risco de eventual trauma da genitália inferior tem justificado sua prática.

Pessoalmente, embora esmagado pela atual realidade, tenho propugnado em todos os eventos que assisto, pela contra-indicação da cesárea eletiva, cuja prática eleva os índices de placenta prévia e conseqüente placentário. Entretanto, na atualidade, a maioria das cesáreas tem sido praticada, eletivamente, em hora combinada.

A Assistência Pública e Conveniada: os proventos que o SUS e a maioria dos convênios oferecem são tão irrisórios que os obstetras, embora injustificadamente, optam, com assentimento da parturiente, pela cesárea. Sua prática demanda 30 - 60 minutos, enquanto a solução pela via vaginal gira em torno de 6 - 12 horas.

A Precária Formação dos Atuais Obstetras: deve-se ao grande parteiro alemão, Bumm, a assertiva “a formação ideal do obstetra exige pelo menos cinco anos de Residência (internato)”.

O atual regime federal de Residência em Tocoginecologia refere duração de três anos para as duas especialidades: ginecologia e obstetrícia. Daí, a lamentável realidade: “O obstetra recém-saído da Residência não tem capacidade para resolver, satisfatoriamente, pela via vaginal, os casos clínicos que apresentam alguma dificuldade para a sua solução: daí, apela para a cesárea”. Fácil de ser praticada, aceita prazerosamente pela parturiente e protegida pelo advento da terapêutica antiinfeciosa, pela analgódia segura e pela presença dos bancos de sangue.

O Risco de Processos Jurídicos: a prática obstétrica é, de todas as especialidades, aquela em que mais freqüentemente ocorrem os processos de má prática. O obstetra atual trabalha em permanente preocupação.

Se da assistência ao parto vaginal resultar algum inconveniente perinatal, surge sempre a indagação: “Por que não foi feita a cesárea?”. De outro lado, se os inconvenientes surgirem após a cesárea, afirma-se: se ocorreram após a cesárea, imagina-se o que teria ocorrido no parto vaginal.

Essas elucubrações justificam porque, hoje no Brasil, cerca de 35% dos partos assistidos pelo SUS são cesáreas. E porque na clientela privada, em maternidades de escola, a incidência de cesárea atinge 90-95% dos partos. Em contrapartida, face à inexperiência dos atuais tocólogos, a incidência, no SUS, de partos vaginais tocúrgicos foi de apenas 0,6% em 1994. Assim, agora, o parto é normal ou espontâneo, ou é cesárea. A prática cirúrgica vaginal é excepcional.

O ciclo gravídico-puerperal consta de três fases: gestação, parto e puerpério. A importância assistencial dessas fases tem oscilado. Ontem era o parto. Hoje é a gestação. O amanhã, a meu ver, poderá ser a fecundação artificial, a barriga de aluguel e, talvez, apenas o parto abdominal.