

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO DAS MULHERES QUE SOFRERAM EPISIOTOMIA

DISCOURSE OF THE COLLECTIVE SUBJECT OF WOMEN SUBMITTED TO EPISIOTOMY

DISCURSO DEL SUJETO COLECTIVO DE LAS MUJERES SOMETIDAS A UNA EPISIOTOMÍA

Jaqueline de Oliveira Santos¹
Antonieta Keiko Kakuda Shimo²

RESUMO

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado com mulheres que sofreram episiotomia durante o parto vaginal ocorrido em um Hospital Escola, para investigar como elas lidaram com essa intervenção. Objetivou-se construir o Discurso do Sujeito Coletivo sobre os sentimentos relacionados ao procedimento vivenciados por essas mulheres. Utilizou-se a entrevista semi-estruturada como instrumento de coleta de dados, que foram analisados de acordo com as etapas propostas pelo método. Foi questionado se as mulheres conheciam a episiotomia e o motivo pela qual ela foi realizada, emergindo idéias centrais de que a intervenção é benéfica para o binômio mãe-filho. As concepções relatadas pelas puérperas foram defendidas há séculos pelos obstetras e expressam o pensamento compartilhado social e coletivamente por todas as mulheres, evidenciando que essas idéias continuam arraigadas na cultura da população, apesar de não estarem condizentes com as evidências científicas atuais.

Palavras-chave: Episiotomia; Consentimento Esclarecido; Saúde da Mulher; Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

This is a qualitative, descriptive study, carried out with women submitted to episiotomy during natural childbirth at a teaching hospital, in order to understand how they deal with this intervention. The objective of this study was to build the discourse of the collective subject on the feelings of women about this intervention. A semi-structured interview was used to collect data and the information was analyzed according to the stages proposed by the method. The women were asked if they knew episiotomy and the reason it was done. Central ideas arose that it was good for both mother and child. The concepts reported by the women have been stated by obstetricians for centuries and express the thoughts shared by all women, showing that these ideas are still present in the culture of the population, although they do not coincide with the current scientific evidence.

Key words: Episiotomy; Informed Consent; Women's Health; Qualitative Research

RESUMEN

Estudio cualitativo y descriptivo de mujeres sometidas a una episiotomía durante el parto natural en un hospital escuela para analizar cómo se sintieron con este procedimiento. El objetivo del estudio es construir el discurso del sujeto colectivo de los sentimientos de las mujeres sobre la episiotomía. Para recoger estos datos se realizó una entrevista semiestructurada siguiendo todas las etapas propuestas por el método. Se les preguntó si sabían qué era la episiotomía y para qué se hacía. A partir del análisis de las entrevistas surgió la idea de que este procedimiento beneficia tanto a la madre como al hijo. Hace siglos que los obstetras sostienen aquello que, social y colectivamente, comparten todas las mujeres. Este pensamiento es una evidencia de que las ideas, a pesar de no estar de acuerdo con las evidencias científicas actuales, están arraigadas en la cultura de la población.

Palabras clave: Episiotomía; Consentimiento Informado; Salud de la Mujer; Investigación Cualitativa.

¹ Enfermeira. Especialista em Obstetrícia. Mestre em Enfermagem pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. São Paulo, Brasil.

² Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. São Paulo, Brasil.

Endereço para correspondência: R. Dr. Antônio Sousa Campos, nº 188 apartamento 111, Bairro: Cambuí Campinas-SP, Brasil – CEP: 13024-220. Telefones: (19) 3294 0332 ou (19) 8122 7310 (celular).

E-mail: jack.oliver@uol.com.br ou jaqueoliveira1@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

A atenção ao parto ao longo da história da humanidade tem alterado sensivelmente. Mudanças ocorreram no local onde as mulheres davam à luz, como se portavam, quem assistia os partos e o que se fazia em nome deles. A literatura aponta que as interferências, porque não dizer intervenções, estão diretamente ligadas às pessoas que assistem a parturiente – se leigo (parteiras tradicionais), obstetrix ou médico obstetra.

Segundo dossiê de humanização de parto, organizado pela Rede Feminista de Saúde, em 2002¹, apesar da evidência científica sólida iniciada na década de 1980 sobre a abolição da prática rotineira de episiotomia e da disponibilidade de manuais e normas a respeito, no Brasil²⁻³ ainda há realização de episiotomia rotineiramente em muitas instituições hospitalares.

Nos últimos vinte anos, uma larga literatura científica vem sendo publicada defendendo fortemente o uso seletivo da intervenção, demonstrando que seu uso rotineiro não oferece a proteção materna e fetal defendida antigamente por grandes profissionais.²⁻⁴

Uma revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados e controlados desenvolvida pela biblioteca Cochrane sobre o uso liberal da episiotomia evidenciou que seu uso restrito confere mais benefícios, como o menor risco de traumas no períneo posterior, menos necessidade de sutura e menos complicações no processo de cicatrização, apresentando a única desvantagem de aumentar a chance de traumas perineais anteriores, geralmente, lacerações de primeiro e segundo graus.⁵

O uso rotineiro da episiotomia não protege contra o relaxamento pélvico e traumas maternos, como prolapso uterino, incontinência urinária e fecal e lacerações, tampouco traumatismos fetais, como hemorragia intracraniana, compressão cefálica, asfixia e retardo mental. Pelo contrário, está relacionada com o aumento da incidência de infecção perineal, do sangramento puerperal, da dor durante a cicatrização, do aumento na incidência de injúrias do esfíncter anal, com conseqüente aumento do risco de incontinência fecal, do aumento no índice de laceração de terceiro e quarto graus e dor durante a relação sexual, além de afetar negativamente na imagem corporal da mulher e na função sexual.⁴

Com base nessas evidências científicas, a Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde do Brasil recomendam o uso restrito da episiotomia e classificam seu uso rotineiro e liberal como uma prática prejudicial, sendo indicada em cerca de 10% a 15% dos casos.²⁻³

No entanto, no Brasil e na América Latina, essas recomendações estão sendo desconsideradas. A episiotomia é realizada em mais de 90% dos partos vaginais ocorridos na América Latina⁶ e é efetuada em 94,2% das primíparas que tiveram parto vaginal.⁷ Isso significa que muitas mulheres, ao serem atendidas em instituições de saúde para dar à luz, têm sua vulva e vagina “cortadas” e “costuradas”, muitas vezes, sem qualquer indicação obstétrica.

Esse panorama instigou-nos a indagar as mulheres que tiveram seus filhos de parto vaginal e receberam o corte o que elas pensam a respeito dessa intervenção. Considerando que a humanização da assistência ao parto é um objetivo mundial que tem como meta a valorização da mulher

durante esse período, é necessário que os profissionais da área busquem o conhecimento do significado da intervenção para essa população, para que ela se torne ativa durante seu próprio processo de parturição.

Optamos por utilizar o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)⁸ para organizar e analisar o pensamento das mulheres sobre a questão, pois é uma forma diferenciada de apresentar os resultados de uma pesquisa qualitativa a fim de expressar o pensamento do grupo, como se ele mesmo fosse autor do discurso. Por se tratar de uma análise temática inédita, houve limitação da discussão dos resultados obtidos com outros autores.

OBJETIVO

Construir o Discurso do Sujeito Coletivo sobre os sentimentos vivenciados pelas mulheres que receberam a episiotomia durante a internação para resolução da gravidez.

METODOLOGIA

Este estudo, do tipo descritivo com abordagem qualitativa, foi realizado na Enfermaria de Ginecologia e Obstetrícia de um Hospital Escola, localizado no interior do Estado de Minas Gerais, conveniado do Sistema Único de Saúde (SUS). Durante o ano de 2002, a instituição realizou 1.330 partos, dos quais, 879 (66,1%) foram partos normais e 451 (33,9%) cesarianas, não havendo registro de nenhum parto com fórceps.

Os profissionais responsáveis pela assistência ao parto são médicos obstetras e residentes em obstetrícia. A episiotomia é realizada rotineiramente na instituição, como prática da assistência ao parto e como parte do processo ensino-aprendizagem, entretanto não há registro de dados referentes à prevalência de episiotomia no local de estudo.

Os atores sociais foram mulheres submetidas à episiotomia durante a realização do parto vaginal na instituição, incluindo tanto as que sofreram a intervenção pela primeira vez quanto as que já tiveram episiotomia anterior, com a intenção de obter maior diversidade de informações. Foram incluídas no estudo as puérperas com idade igual ou superior a 18 anos, com capacidade de comunicação verbal, orientadas no tempo e no espaço, e com boas condições vitais. Foram excluídas aquelas que apresentaram qualquer complicação obstétrica.

A coleta de dados se deu no período de dezembro de 2003 a fevereiro de 2004, empregando duas técnicas consideradas relevantes e essenciais para a investigação: a observação participante e a entrevista. As informações foram coletadas por meio da entrevista semi-estruturada, utilizando um gravador como instrumento de auxílio no registro dos dados, e foram fielmente transcritas em um programa de computador para posterior análise.

Durante as entrevistas, foi solicitada uma resposta às seguintes perguntas: *Em muitos partos por baixo (vagina ou normal) é realizado o “pique” ou o corte na vagina. Você sabe o que é isso? Por que você acha que ele é feito? Como foi, para você, receber esse corte?*

O critério utilizado para determinar o tamanho da amostra do trabalho foi a saturação de dados, ou seja, aquele momento no qual a busca de novos sujeitos não acrescenta nova informação à investigação.⁹

Ressalte-se que, para o desenvolvimento do estudo, foram seguidas as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisas que envolvem seres humanos, aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde – Resolução nº 196/96.¹⁰

A técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, metodologia proposta no final da década de 1990 por Lefèvre e Lefèvre⁸, foi empregada para organizar os dados obtidos na entrevista. Trata-se de um procedimento metodológico próprio de pesquisas sociais empíricas com foco qualitativo, utilizando uma estratégia discursiva, visando tornar mais clara uma representação social presente no discurso, que é o modo como as pessoas pensam.¹¹

O DSC é um *jogo* entre *como* e *o que* as pessoas pensam coletivamente, pois se busca “reconstruir, com pedaços de discursos individuais, como em um quebra-cabeça, tantos discursos-síntese quantos se julgue necessários para expressar uma dada ‘figura’, ou seja, um dado pensar ou representação social sobre o fenômeno”.^(8:19)

O DSC utiliza quatro figuras metodológicas ou operadores do DSC chamadas Expressões-Chave (ECHs), Idéias Centrais (ICs), Ancoragem (AC) e o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

As ECHs são trechos do discurso que revelam a essência do depoimento e descrevem o conteúdo da argumentação. Com base nas ECHs são constituídas as ICs e as ACs. As ECHs revelam *como* o indivíduo pensa.¹¹⁻¹²

As ICs correspondem a uma síntese feita pelo pesquisador do discurso emitido pelo sujeito. Não se trata de uma interpretação, mas da descrição do sentido do depoimento. As ICs revelam *o que* as pessoas pensam.¹¹⁻¹²

A AC é um enunciado que contém um valor, uma teoria, uma ideologia, uma crença explicitada no discurso que é professada pelo sujeito.¹¹⁻¹²

Após a identificação das ICs e das ACs, as que tiverem o mesmo sentido, sentido equivalente ou mesmo complementar são agrupadas em categorias. Essas categorias devem ser nominadas de forma que expressem da melhor maneira possível todas as ICs e ACs com o mesmo sentido, para proceder a construção do DSC.

Assim, as entrevistas foram analisadas seguindo as etapas propostas pelo DSC, conforme os seguintes passos:

- Primeiro: copiamos integralmente o conteúdo da resposta de cada sujeito no Instrumento de Análise de Discurso I (IAD I) na coluna ECH.
- Segundo: identificamos em cada resposta as ECHs das ICs e as ECHs das ACs quando estas estiverem presentes. No processo de seleção das ECHs, foi retirado o discurso excludente, que não é relevante para a pesquisa.
- Terceiro: identificamos e descrevemos as ICs e as ACs com base em cada ECH colocando-as nas colunas correspondentes.
- Quarto: agrupamos as ICs com o mesmo sentido, com sentido equivalente ou complementar e “etiquetamos” com as letras A, B, C, etc.

- Quinto: criamos para cada agrupamento (A, B, C, etc) uma IC síntese que expressasse da melhor maneira possível todas as ICs e ACs com o mesmo sentido, com sentido equivalente ou complementar.
- Sexto passo: construímos o DSC, utilizando o Instrumento de Análise de Discurso 2.

Para construção do discurso foi necessário lançar mão de algumas regras: ter começo, meio e fim; ir do mais geral para o menos geral e mais particular; proceder à normalização a fim de desparticularizar o depoimento, evitar repetições de idéias, tornar o discurso conciso e coeso, utilizando todo o material das ECHs e buscando a semelhança com um discurso individual.

Importante ressaltar que no DSC a categoria não funciona como um signo ou representante do pensamento, mas como um nome ou denominação deste, com o objetivo de individualizar um discurso em relação a outro. As categorias continuam agrupando os discursos de sentido semelhante, mas o sentido desses discursos não fica restrito às categorias, incorporando, além delas, os respectivos conteúdos discursivos e argumentativos presentes nos discursos individuais.¹³

Assim, o DSC é um discurso-síntese, construído com base nas ECHs dos discursos individuais semelhantes ou complementares emitidos pelos sujeitos da pesquisa respondendo sobre determinado tema, no caso em questão, a prática da episiotomia. O discurso das mulheres foi grafado em itálico, sem aspas e redigido na primeira pessoa do singular, expressando o pensamento que é compartilhado social e coletivamente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 16 puérperas atendidas na Instituição de Saúde. Todas as mulheres participantes se encontravam em idade fértil, ou seja, com intervalo de idade de 18 a 33 anos. A média de idade encontrada foi de 22,6 anos, com mediana e moda de 24 e 18 anos, respectivamente, mantendo um desvio-padrão de 4,2 anos. Isso evidencia que as mulheres atendidas pelo hospital durante o período de coleta de dados deram à luz em idade jovem, momento ideal para o desencadeamento do processo de gestação com menor risco de agravos ou complicações à saúde.

Após a análise das entrevistas e identificação das ICs e das ACs, as que tiveram o mesmo sentido, sentido equivalente ou mesmo complementar foram agrupadas em categorias, assim nominadas:

- A) Facilita ao bebê sair mais rapidamente.
- B) Precisa fazer quando é o primeiro filho.
- C) Para não machucar e não fazer tanta força.
- D) Para não doer e sofrer.
- E) Para não rasgar.
- F) Para não ficar aberta.
- G) É para o bem.
- H) É melhor que corte na barriga.

A seguir, apresentamos cada um dos discursos formulados e suas respectivas discussões.

DSC 1 – Facilita ao bebê sair mais rapidamente

Pra mim é normal. Esse corte é pro neném sair mais fácil, facilita a passagem, a saída dele. Faz o corte pra criança ficar mais fácil dela sair, né? Porque você leva o pique e sente que o neném escorrega mais fácil né? Facilita o parto. Acho que é pro menino sair, ajuda a criança passar e sair mais rápido da gente. Foi bom que ajudou, foi bem mais rápido o parto, né?

O DSC construído com as falas das mulheres mostra que o objetivo da episiotomia para elas era facilitar o processo do nascimento, colaborando na expulsão do bebê. Isso demonstra que a crença médica disseminada há séculos pela obstetrícia de que a episiotomia ajuda na expulsão do feto permanece arraigada na cultura da população.

Para as mulheres, o grande facilitador do parto vaginal é a episiotomia, ou seja, é necessária a realização de uma abertura maior do intróito vaginal para que o bebê saia com maior facilidade. Denota, também, a representação de que seu corpo (vagina) não é adequado para o nascimento do bebê fisiologicamente.

Evidenciou-se, assim, que a maioria das mulheres acredita que a realização da episiotomia durante o parto vaginal tem como objetivo a facilitação da expulsão do feto, sendo benéfica para mãe e filho.

DSC 2 – Precisa fazer quando é o primeiro filho

Toda mulher, quando é o primeiro filho, tem que dar o pique. O meu era o primeiro que não tinha jeito de sair. É... se não o neném não saía, porque ele não passava. Não tem como o bebê passar sem o pique; crianças são grandes demais, por que como é que o neném vai sair? Porque o neném é grandinho, a cabecinha dele é maior e sem o pique não tem como, não tem jeito.

Chama a atenção o fato de que para as mulheres a intervenção deve ser realizada obrigatoriamente em todos os partos por via baixa, principalmente se for o primeiro filho, justificando que sem o corte que abre o espaço da passagem da criança pelo intróito vaginal não é possível o nascimento dela, ou seja, não acreditam na capacidade do corpo humano (feminino) estar apto para dar à luz fisiologicamente.

Esse discurso demonstra como o saber científico atuou no processo de construção da incapacidade do corpo feminino em dar à luz fisiologicamente. Isso representa o poder da obstetrícia sobre o corpo da mulher, que se baseia na premissa de que os bebês não podem sair sem que as mulheres sejam cortadas, ou seja, seu intróito vaginal deve ser “alargado” para dar passagem ao bebê.¹

DSC 3 – Para não machucar e não fazer tanta força

Pra não machucar a gente, né? na hora de fazer a força. Pra gente não fazer muita força, porque se não eu acho que eu faria mais força, né? Eu acho. Eu acho que se não tivesse o pique eu ia fazer muito mais força.

O período expulsivo do trabalho de parto é o que demanda maior desempenho materno, pois é nessa fase que acontecem os maiores esforços femininos para a saída do feto. Este, por sua vez, é precedido pelo período de dilatação, na qual a mulher sofre por horas com as dores ocasionadas pelas contrações uterinas que se intensificam de acordo com a proximidade da expulsão fetal. Com isso, as características comportamentais também se modificam: a mulher vai se tornando mais apreensiva, irritada, aflita e ansiosa para que essas dores cessem rapidamente.

Quando chega o período expulsivo, o maior desejo dela é que a criança nasça o mais rápido possível, para que ela sinta o alívio pela cessação das dores e pelo nascimento do bebê e para que possa, finalmente, descansar após tão grande esforço. A episiotomia ocorre justamente no momento em que a cabeça fetal imprime tensão no períneo, por isso é compreensível que pensem que a episiotomia diminui o sofrimento materno.

DSC 4 – Para não doer e sofrer

Pra não doer tanto. Que tá te aliviando ali aquela dor mais depressa possível. Pra diminuir o sofrimento um pouco e pra gente não sofrer tanto, né? Ajuda a não sofrer tanto e o neném também não; sem esse pique a mulher ia sofrer demais; eu mesmo ia ser uma. Com o pique sofre menos. Ajuda a gente e ajuda eles também, né? Ah! É bem melhor. Eu acho que é bem melhor. A gente sofre menos na hora do neném nascer, ajuda bastante, mesmo. Se a gente for pensar bem, é muito bom, apesar de sentir dor. Vai doer de qualquer forma, né? Eu acho que tem que ser feito.

Os argumentos de que a episiotomia rotineira minimiza o sofrimento e o trabalho físico no período expulsivo do processo de parturição foram incorporados pela população feminina, assim como a substituição da laceração por um corte limpo e de fácil reparo.

As informações recebidas por elas levam-nos a crer que a intervenção pode ser benéfica, no entanto percebe-se que essas informações estão incompletas ou mesmo errôneas, pois, de acordo com evidência científica atual, a intervenção, quando realizada rotineiramente, como no cenário em estudo, pode ser mais prejudicial do que benéfica para o binômio mãe-filho. Pode-se apreender que as mulheres não têm a noção dos riscos que a episiotomia pode acarretar, como hemorragia pós-parto, aumento da dor local, edema, infecção e hematoma, dentre outros.

DSC 5 – Para não rasgar

Foi pra abrir mais um pedaço pro menino sair. Abrir a 'tchana', pro menino sair. Pra ficar maior lá na vagina. Pra ficar com mais espaço e pra ajudar a gente. Porque senão pela força do neném que ele quer fazer nascer, ele vai esticando a mulher, rasga a mulher sem o pique, porque alguns falam que vai rasgar! Se não fosse rasgar, acho que não precisava dar o pique não, porque dói e incomoda depois demais. Muitas rasgam também, né? Mas a maioria faz o pique. Porque senão rasga a vagina. As que não fazem o pique é porque rasgam. Igual uma colega do quarto, lá. Ela não fez o pique e rasgou. O pique é porque precisa, se não cortar rasga sozinho, vai sair rasgando tudo, aí eu acho que é pior, eu penso assim. Fazer o pique é melhor que rasgar, o rasgar rasga por si né, eu acho, né?

Analisando este discurso, pode-se afirmar que as mulheres preferem o corte a laceração ou “rasgo”. Nota-se que para essa população essa troca é benéfica, visto que é melhor possuir um corte cirúrgico realizado pelo profissional para o seu benefício do que o bebê sair “rasgando” durante o nascimento.

A crença da população estudada de que a episiotomia é melhor do que a laceração se dá em razão das idéias difundidas pela obstetrícia de que a sutura do corte cirúrgico aperta a vagina, garantindo um bom desempenho sexual ou agradando melhor ao marido, além de ser esteticamente menos agressivo. Outro fator que contribui para esse pensamento é que a intervenção é realizada sob anestesia local e, portanto, a mulher não deve sentir dor, ao contrário da laceração.

É notória que a medicina e seus profissionais ainda exercem grande influência no modo de pensar de uma sociedade, pois as palavras e os ensinamentos oferecidos, mesmo que tenham sido disseminados há séculos, são primordiais para a definição de um evento pela população, principalmente no que tange ao processo de parturição.

Observou-se em nosso estudo que as mulheres entrevistadas acreditam na concepção de que a intervenção realmente facilita o nascimento e que também é melhor que uma laceração, demonstrando a influência do obstetra e suas crenças no pensamento feminino. Acreditamos que essa grande interferência da obstetrícia na maneira de pensar da população ocorra em razão do poder adquirido pelos profissionais da área perante as pessoas com menor conhecimento sobre o corpo humano, visto que quem detém o saber é considerado mais forte.

A discussão sobre os malefícios da episiotomia pode ser considerada recente, portanto não houve tempo suficiente para a população em geral absorver essa mudança, mesmo porque essa discussão não se iniciou no interior da academia, e, sim, nas organizações não-governamentais (ONGs) em prol das mulheres, portanto ainda inacessível para a maioria.

DSC 6 – Para não ficar aberta

Pra gente não ficar aberta, né? Pra ficar fechadinho e voltar ao normal, né? a vagina. Ah! Eu acho isso. O corte e a costura, pra não ter lesão e ficar mais fechadinho.

Esse dado apenas confirma as assertivas de outros autores de que ainda persiste no Brasil a crença entre as mulheres de que o parto vaginal não pode ser realizado sem o corte e a posterior sutura, que aperta a vagina, para garantir a condição anterior ao parto e com isso não perder o interesse sexual de seu parceiro.^{1, 14-15}

A representação da vagina como “usada”, “lacerada” ou “frouxa” é motivo de intensa desvalorização das mulheres sendo sustentada tanto pela cultura do profissional quanto pela cultura popular.¹⁴ A analogia de que depois do parto a mulher ficaria frouxa, aberta e que a episiorrafia devolveria a mulher a sua condição virginal é o apelo proposto e utilizado pelos profissionais da obstetrícia,^{1, 14} que, por sua vez, foi assimilado pela cultura brasileira.

A episiotomia no Brasil, assim como o seu “ponto do marido”, funciona no imaginário dos profissionais de saúde, parturientes e seus parceiros como promotores de uma vagina corrigida, simbolicamente condizente com a cultura sexual.¹ Desse modo, as mulheres tendem a querer a episiotomia, pois acreditam que sem intervenção vão ficar com problemas sexuais e com a vagina flácida após o parto vaginal.

A necessidade masculina de um orifício devidamente continente e estimulante para a penetração seria resolvida pelo procedimento médico¹⁴, visto que se a mulher não for submetida a intervenção ela poderá ficar com sua genitália “relaxada” e, conseqüentemente, seu parceiro ou companheiro se desinteressaria por ela. Caracteriza-se, assim, a relevante significância das relações de gênero, evidenciando mais uma vez que o masculino é mais valorizado e privilegiado, sendo mais importante para a mulher que o homem se sinta satisfeito sexualmente, enquanto sua satisfação sexual é renegada.

A crença de que o tônus vaginal é preservado pela intervenção retrata, mais uma vez, uma representação social. Trata-se de mais uma informação errônea sobre a questão, difundida pelos profissionais da obstetrícia¹⁵ como se evidencia na literatura científica de autoria de um dos mais renomados obstetras brasileiros¹⁶ de que a passagem do feto pelo anel vulvoperineal é raramente possível sem lesionar a integridade dos tecidos maternos, com lacerações e roturas, condicionando a frouxidão irreversível do assoalho pélvico.

No entanto, as evidências científicas demonstram o contrário: que a intervenção não confere sua proteção contra frouxidão como muitos obstetras fizeram crer. Uma das pioneiras do movimento pela humanização¹⁷ a define como uma forma de mutilação genital, convergindo com a opinião de outros autores.^{1, 14, 18} A Rede Feminista de Saúde ainda acrescenta que a episiotomia está associada não a uma vida sexual enriquecida, mas à substituição

do tecido muscular e erétil da vulva por fibrose e ao aumento da dor durante o coito, resultando, também, na maior demora da retomada a vida sexual pós-parto, além de deformidades vulvares.¹

Apesar da evidência científica de que a dor a durante a relação sexual é maior no pós-parto das mulheres que se submeteram à episiotomia, essa questão foi citada somente por uma puérpera.

DSC 7 – É para o bem

Se for necessário, se for pro bem, né? tem que fazer. Acho que o médico não faria uma coisa se fosse pro mau, né? Se tiver necessidade tem que fazer. Se doer um pouquinho, tem que suportar! Se é necessário, né? No meu eu acho que foi necessário, porque se não fosse a médica não teria feito, né? Se ela fez foi porque teve necessidade.

Analisando o discurso acima, observa-se que as mulheres acreditam fielmente nos dizeres e condutas estabelecidas pelos profissionais de saúde que as assistem durante o processo de parturição. Expõem, assim, o poder adquirido por eles diante das pessoas com menor conhecimento sobre o corpo humano e, desse modo, o profissional que atende ao parto se transforma no agente ativo desse processo e numa figura de apoio que se fortalece enquanto dono e protagonista da situação, representando a relação desigual de poder existente entre estes e seus pacientes.

Caracterizou-se também, neste estudo, que as mulheres preferem dar à luz por via baixa, mesmo quando é realizada a episiotomia, dado que corrobora com recentes publicações que trazem à luz a discussão sobre a preferência das mulheres brasileiras pela via de parto. Acresce-se, ainda, o fator da influência do profissional da obstetrícia na decisão pela via de parto.¹⁹⁻²⁰

DSC 8 – É melhor que corte na barriga

É feito pra evitar o corte na barriga, que é feio demais e depois... Ah, eu acho ruim o corte na barriga daquele tamanho, e depois não tem como você cuidar do seu filho, fica aquela cicatriz horrível na barriga. Eu escolhi o pique, que ia fazer força demais, mas eu preferi o pique.

Os saberes científicos influenciam fortemente na construção do pensamento feminino. Esses saberes, acrescidos pelo desconhecimento das mulheres sobre seus direitos sexuais e reprodutivos, conduzem à aceitação da assistência obstétrica impessoal e intervencionista fazendo parte da rotina “normal” do atendimento ao processo de nascimento e a conceituação da episiotomia como um procedimento essencial ao parto via vaginal.

Assim, observa-se que, para as mulheres, a condição de dominação exercida pela obstetrícia é tida como um processo benéfico e inerente ao nascimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar das evidências científicas atuais, que apresentam o uso rotineiro da episiotomia como prejudicial, percebe-se que as principais envolvidas no processo de parturição ainda desconhecem esse fato. A maioria das mulheres participantes da pesquisa acredita que a finalidade da intervenção é facilitar a saída do bebê, prevenir a ruptura do períneo e o suposto afrouxamento vaginal. Essas crenças se alicerçam em concepções que foram definidas empiricamente e defendidas há séculos pelos profissionais da obstetrícia sob a justificativa de que beneficiam o binômio mãe/filho, acrescentando o benefício indireto ao marido.

Observou-se nas falas das puérperas que a episiotomia também está impregnada na cultura feminina como “normal” e inerente ao parto por via vaginal, evidenciando a representação da normalidade com que a intervenção é vista pela população, pelos profissionais de saúde e pelas instituições hospitalares.

Desse modo, o profissional que assiste o parto se transforma no agente ativo do processo de parturição e numa figura de apoio que se fortalece enquanto donos e protagonistas da situação. A representação de que sem sua intervenção o parto evoluiria de maneira mais dolorosa para a parturiente é de senso comum tanto para os profissionais quanto para as mulheres.

É necessário que os profissionais da obstetrícia reavaliem suas práticas de atendimento à parturiente, considerando as evidências científicas e as condutas individualizadas. Nesse sentido, é primordial estimular o desenvolvimento de modelos de atendimento mais humanizados, almejando a sensibilização desses profissionais para que respeitem a singularidade de cada parturiente.

REFERÊNCIAS

1. Rede Feminista de Saúde. Direitos sexuais e direitos reprodutivos. Dossiê Humanização do Parto. São Paulo(SP): Rede Feminista de Saúde; 2002.
2. Organização Mundial de Saúde (OMS). Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: Saúde Materna e Neonatal, Unidade de Maternidade Segura Saúde Reprodutiva e da Família Organização Mundial de Saúde; 1996.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Parto, Aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
4. Goldberg J, Holtz D, Hyslop T, Tolosa JE. Has the use of routine episiotomy decreased? Examination of episiotomy rates from 1983 to 2000. *Obstet Gynecol.* 2002; 99 (3): 395-400.
5. Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 1, 2007.* Oxford: Update Software; 2007.
6. Tomasso G. Debemos seguir haciendo la episiotomia em forma rutinaria? *Rev Obstet Ginecol Venezuela.* 2002; 62 (2):155-61.
7. Althabe F, Belizan JM, Bergel E. Episiotomy rates in primiparous women in Latin American: hospital based descriptive estudy. *BMJ.* 2002; 324 (7343): 945-6.
8. Lefèvre F, Lefèvre AC. Pesquisa qualitativa levada a sério. São Paulo, 2003. [Citado em 26 jun. 2004]. Disponível em: http://hygeia.fsp.usp.br/quali-saude/Discurso_o_que_e.htm.
9. Victora CG, Knauth DR, Hassen MNA. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre (RS): Tomo Editorial; 2000.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996.

Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1997.

11. Lefèvre F, Lefèvre AC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: Educas, 2003. 256p.

12. Lefèvre F, Lefèvre AC. Operadores do discurso do sujeito coletivo. [Citado em: 01 mar. 2004]. Disponível em: <http://hygeia.fsp.usp.br/quali-saude>

13. Lefèvre F, Lefèvre AC. O pensamento coletivo como soma qualitativa. São Paulo, 2003. [Citado em: 01 mar. 2004]. Disponível em: <http://hygeia.fsp.usp.br/quali-saude/soma.htm>.

14. Diniz CSC. Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina - Universidade de São Paulo-USP; 2001.

15. Diniz CSC. Campanha pela Abolição da Episiotomia de Rotina. [Citado em Junho 2003]. Disponível em: [http://www.amigasdoparto.com.br \(text/html\)](http://www.amigasdoparto.com.br (text/html))

16. Rezende J, Montenegro CAB. Obstetrícia fundamental. 9ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2003.

17. Kitzinger S, Simkin P. Episiotomy and the second stage of labor. 2ª ed. Seattle: Pennypress; 1984.

18. Pereira VWR. O Processo de medicalização do corpo feminino. In: Sacavone L, Batista LE, Organizadores. Pesquisas de gênero: entre o público e o privado. Araraquara (SP): Saboratoni e Editorial Unesp / Cultura Acadêmica Editorial; 2000. p. 127-152.

19. Osis MJD, Pádua KS, Duarte GA, Souza TR, Faúndes A. The opinion of Brazilian women regarding vaginal labor and cesarean section. Int J Gynecol Obstet Suppl. 2001; 75: 59-66.

20. Faúndes A, Pádua KS, Osis MJD, Cecatti JG, Sousa MH. Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. Rev Saúde Pública. 2004; 38(4): 488-94.

Data de submissão: 7/8/2007

Data de aprovação: 1º/4/2008