

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS - PUC-GOIÁS  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU  
MÉSTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE

**Joanne de Paula Nascimento**

**REPERCUSSÕES E PERCEPÇÕES DE MULHERES SUBMETIDAS À  
EPISIOTOMIA**

Goiânia

2018

**Joanne de Paula Nascimento**

**REPERCUSSÕES E PERCEPÇÕES DE MULHERES SUBMETIDAS À  
EPISIOTOMIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Área de Concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Promoção à saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Eliane Liégio Matão

Goiânia  
2018

N244r Nascimento, Joanne de Paula

Repercussões e percepções de mulheres submetidas à  
episiotomia [manuscrito] / Joanne de Paula Nascimento. -- 2018.  
66 f.; 30 cm

Goíás,  
Texto em português com resumo em inglês  
Dissertação (mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de  
Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção à Saúde,  
Goiânia, 2018.

Inclui referências f.49-54

1. Episiotomia. 2. Sexualidade. 3. Saúde da mulher. I. Matão,  
Maria Eliane Liégio. II. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. III.  
Título.

CDU: 618.61 (043)

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Joanne de Paula Nascimento

### REPERCUSSÕES E PERCEPÇÕES DE MULHERES SUBMETIDAS À EPISIOTOMIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Aprovada em 06 de abril de 2018.

BANCA EXAMINADORA:

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Eliane Liegio Montalvão  
Presidente da banca - PUC Goiás

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rosane Ribeiro Figueiredo Alves  
Membro convidado interno - PUC Goiás

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cleusa Alves Martins  
Membro convidado externo - UFG

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Vanessa da Silva Carvalho Vila  
Membro Suplente – PUC Goiás

## DEDICATÓRIA

Aos meus pais João e Suelma, pela inspiração de trabalho, dedicação e amor e à minha irmã Naianne, pela confiança e suporte.

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço à Prof. Dra. Maria Eliane Liégio Matão pela confiança, apoio, conselhos e disponibilidade para este estudo.

À minha amiga Leiliane Sabino Oliveira, pelo companheirismo e incentivo que me fizeram chegar até aqui.

Ao meu namorado Heverson, que sempre me apoiou e ajudou no processo de finalização deste trabalho.

Às mulheres que participaram da pesquisa, pela compreensão e disponibilidade.

À todas as colegas de mestrado, pela amizade e descontração tão necessários neste processo.

A todos os professores do Mestrado em Atenção à Saúde da PUC-GO, pelos conselhos e paciência ao longo desses dois anos de aprendizagem.

À CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) pela concessão da bolsa durante a realização deste mestrado, tornando possível a realização deste sonho.

E, finalmente, agradeço a minha família e amigos, pelo encorajamento, apoio e torcida pela conclusão deste estudo.

## RESUMO

NASCIMENTO, J. P. **Repercussões e percepções de mulheres submetidas à episiotomia.** 2018. 68p. Dissertação de mestrado - Mestrado em Atenção à Saúde, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia.

O parto inicialmente visto como evento fisiológico na vida de uma mulher, com o avanço da tecnologia se torna procedimento técnico e institucionalizado. Com isso, muitas intervenções passaram a ser adotadas de forma rotineira e indiscriminada, sendo a episiotomia uma delas. Objetiva-se descrever a vivência de mulheres submetidas à episiotomia/episiorrafia após o puerpério tardio. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa, realizado a partir de pesquisa de campo. Os dados foram coletados em dois momentos, o primeiro com a aplicação de questionário do tipo evocação, estas solicitadas para emissão em primeira e terceira pessoa e, respectivamente, reunidas em banco de dados processado no *software* EVOC. Concluída essa etapa, um total de 10% de mulheres participaram de entrevista aberta em profundidade, cujo conteúdo após transcrito na íntegra e o texto formatado em um único *corpus* para leitura no *software* IRAMUTEQ, na opção Classificação Hierárquica Descendente, com emissão do resultado no formato de Dendograma. Participaram mulheres jovens com ensino médio completo. Das evocações emitidas, há coincidência dos signos que integram o quadrante superior esquerdo do quadro de quatro casas, independente se ditas em primeira ou terceira pessoa, quais sejam, Dor e Necessidade, estas supostamente os elementos do núcleo central da representação do objeto estudado, visto que no geral, as demais evocações sustentam as representações contidas no núcleo central. Entretanto, apontam para alguma mudança quanto a isso, a emissão em nome próprio do termo impotência, este como elemento de segunda periferia, e dito em terceira pessoa, a expressão falta informação, que aparece como elemento de contraste, e na segunda periferia, termos que apontam para a imagem genital negativa após o procedimento. A parte textual analisada, resultou no dendograma com dois eixos os quais classificaram os enfoques relativos ao aspectos da vivência como mulher e vivência materna. No primeiro eixo aparecem duas classes, uma com conteúdo relativo ao aspecto sexualidade, e a outra acerca dos sentimentos pessoais. O segundo eixo tem uma classe, a qual retrata os sentimentos maternos. A episiotomia aparece no discurso como procedimento pouco conhecido antes da experiência vivida, entretanto compreendido como necessário para o desfecho positivo do parto. Apesar disso, é percebido como uma experiência negativa, devido às dores, física e emocional, distorção da imagem genital, e consequente dificuldade para retorno à vida sexual ativa. É de fundamental importância que haja mudança na atenção obstétrica para tornar o parto mais seguro e melhorar a qualidade da experiência das mulheres no processo de parturição.

Palavras-chave: Episiotomia; Sexualidade; Enfermagem Obstétrica; Saúde da Mulher.

## ABSTRACT

NASCIMENTO, J. P. **Repercussions and perceptions of women undergoing episiotomy**. 2018. p. Master's Dissertation - Master's Degree in Health Care, Pontifical Catholic University of Goiás, Goiânia.

The birth initially seen as a physiological event in a woman's life, with the advancement of technology becomes technical and institutionalized procedure. With this, many interventions were adopted routinely and indiscriminately, with episiotomy being one of them. The objective of this study is to describe the experience of women submitted to episiotomy / episiorrhaphy after the late puerperium. This is an exploratory, descriptive study with a qualitative approach, based on field research. The data were collected in two moments, the first with the application of an evocation questionnaire, which were requested for first and third person transmission and, respectively, gathered in a database processed in the EVOC software. At the end of this stage, a total of 10% of women participated in an open-ended in-depth interview, whose contents were transcribed in full and the text formatted in a single corpus for reading in the IRAMUTEQ software, in the option Hierarchical Descending, with emission of the result in the format of Dendogram. Young women with full secondary education participated. From the evocations issued, there is a coincidence of the signs that make up the upper left quadrant of the four-house picture, regardless of whether they are said in the first or third person, namely Pain and Need, these supposedly the elements of the central nucleus of the representation of the object studied, seen that in general, the other evocations support the representations contained in the central nucleus. However, they point to some change in this, the issue in the name of the term impotence, this as an element of the second periphery, and said in the third person, the expression lack information, which appears as an element of contrast, and in the second periphery, terms which point to the negative genital image after the procedure. The textual part analyzed resulted in the dendogram with two axes which classified the approaches related to aspects of living as a woman and maternal experience. In the first axis appear two classes, one with content relative to the aspect sexuality, and the other about the personal feelings. The second axis has a class, which portrays the maternal feelings. The episiotomy appears in the speech as a procedure little known before the experience lived, however understood as necessary for the positive outcome of childbirth. Despite this, it is perceived as a negative experience, due to physical and emotional pain, distortion of the genital image, and consequent difficulty to return to active sexual life. It is of fundamental importance that there is a change in obstetric care to make childbirth safer and to improve the quality of women's experience in the process of parturition.

Keywords: Episiotomy; Sexuality; Obstetric Nursing; Women's Health.

## LISTA DE TABELA

Tabela 1 -	Distribuição de variáveis socioculturais de mulheres que foram submetidas a episiotomia/episiotomia durante o parto normal. Goiânia, 2017.	34
------------	--	----

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 - Modelo de quadro de quatro casas emitido pelo EVOC, quando da análise das evocações. 31
- Figura 2 - Dendograma resultante da classificação hierárquica descendente do material textual referente às respostas das mulheres submetidas a episiotomia. 38

## LISTA DE QUADROS

- |            |  |    |
|------------|--|----|
| Quadro 1 - | Quadro de quatro casas das evocações emitidas em primeira pessoa ao termo indutor episiotomia/episiorragia.  | 35 |
| Quadro 2 - | Justificativas para as evocações emitidas em terceira pessoa ao termo indutor episiotomia/episiorragia, que compõem o quadrante superior esquerdo do quadro de quatro casa.    | 36 |
| Quadro 3 - | Quadro de quatro casas das evocações emitidas em terceira pessoa ao termo indutor episiotomia/episiorragia, que compõem o quadrante superior esquerdo do quadro de quatro casa | 37 |

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CHD	Classificação Hierárquica Descendente
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CPV	Centro de Parto Vaginal
EVOC	<i>Ensemble de Programmes permettant l'analyse des Evocations</i>
FUNDAHC	Fundação de Apoio ao Hospital das Clínicas
IRAMUTEC	<i>Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de textes et de Questionnaire</i>
MES	Ministério da Educação e Saúde da Criança
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PRONAENF	Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstetrícia
PSMI	Programa de Saúde Materno Infantil
RS	Representações Sociais
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TNC	Teoria do Núcleo Central
TRS	Teoria das Representações Sociais
UCE	Unidade de Contexto Elementar
UCI	Unidade de Contexto Inicial

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>16</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo Geral</b>	<b>16</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>16</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>17</b>
<b>3.1</b>	<b>A trajetória da assistência ao parto</b>	<b>17</b>
<b>3.2</b>	<b>Histórico e situação atual da episiotomia</b>	<b>20</b>
<b>3.3</b>	<b>Políticas públicas na atenção à saúde da mulher</b>	<b>23</b>
<b>4</b>	<b>ASPECTOS METODOLÓGICOS</b>	<b>28</b>
<b>4.1</b>	<b>Referencial teórico metodológico</b>	<b>28</b>
<b>4.2</b>	<b>A pesquisa de campo</b>	<b>32</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>34</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	<b>41</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>46</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>48</b>
	<b>ANEXOS</b>	
	<b>ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP - PUCGO</b>	<b>55</b>
	<b>ANEXO B – DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE</b>	<b>59</b>
	<b>APÊNDICES</b>	
	<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – ETAPA 1</b>	<b>60</b>
	<b>APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE EVOCAÇÃO</b>	<b>62</b>
	<b>APÊNDICE C – FICHA SOCIOCULTURAL</b>	<b>63</b>
	<b>APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – ETAPA 2</b>	<b>64</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A gestação e o parto constituem uma das experiências mais significativas para a maioria das mulheres. O parto, inicialmente visto como processo natural na vida de uma mulher passa a ser, com o advento da tecnologia, um procedimento técnico e institucionalizado. Com isso, muitas intervenções passaram a ser adotadas de forma rotineira e indiscriminada, tornando-se naturalizados aos olhos da maioria da população.

Dentre os muitos procedimentos que se classificam como inadequados para utilização rotineira na atenção ao parto, o presente estudo destaca a episiotomia. Originalmente, é um procedimento indicado para utilização restrita aos casos necessários, como por exemplo, ampliar o canal vaginal em caso de distócia. Entretanto, passou a ser realizada em todos os partos, o que está em desacordo com as boas práticas obstétricas apontadas por evidências científicas (ZUGAIB, 2012; GARRET et al., 2016).

A episiotomia vem sendo utilizada de forma indiscriminada na assistência obstétrica. Os profissionais de saúde arraigados a conceitos e práticas que não contemplam os resultados de evidência científica atuais, insistem na realização deste procedimento, mantendo um enfoque intervencionista e, com isso, subtraem da mulher a possibilidade de vivenciar o parto como um processo fisiológico e fortalecedor de sua autonomia (LIMA et al., 2013).

Há alguns anos, importantes organismos internacionais e nacionais preconizam o procedimento como medida em desuso, de modo rotineiro. Ainda assim, ocorre em grande parte da assistência obstétrica no território nacional, ou seja, a apropriação desse conhecimento por parte dos profissionais de saúde não se efetivou. Sabe-se que a mudança de paradigmas adquiridos durante a formação é algo lento, laborioso e que precisa da adoção de frequentes estímulos até que se concretize. Nesse caso específico, pode-se considerar como fator permanente de incitação, as evidências científicas que apontam para os prejuízos que o procedimento causa quando adotado desnecessariamente. A repercussão na vida das mulheres vai além das dores físicas no local, acarreta, também, dores psicológicas e emocionais estas por períodos mais prolongados, decorrentes da estética local (PROGIANTI, 2008).

Meu interesse pela saúde da mulher, surgiu ainda durante o curso de graduação em enfermagem. Essa primeira ou inicial simpatia pela área me motivou a pleitear uma vaga e ingressar no Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica. Aprofundar os conhecimentos teóricos e vivenciar o cotidiano do atendimento oferecido às mulheres no período gravídico puerperal integral, de modo mais prolongado por ocasião do parto e puerpério de risco habitual, além de confirmar minha opção profissional, levou-me a inquietações, sendo uma delas a manutenção da prática indiscriminada da episiotomia por parte de muitos profissionais.

Questionou-se então, quais as repercussões da episiotomia durante o puerpério e a percepção das mulheres frente ao procedimento?

No sentido da produção de algum subsídio que possibilite apontar elementos para sensibilização de segmentos envolvidos na atenção é que se insere, e se justifica, o presente estudo. Em outras palavras, configura-se como ação proativa à implementação das boas práticas obstétricas, parte importante da atual política nacional de atenção integral à saúde das mulheres.

## **2. OBJETIVO**

### **2.1 Objetivo Geral**

Descrever a vivência de mulheres submetidas à episiotomia/episiiorrafia após o puerpério tardio.

### **2.2 Objetivos Específicos**

Conhecer as representações sociais acerca da episiotomia/episiiorrafia de mulheres submetidas ao procedimento;

Identificar o conhecimento de mulheres sobre o procedimento episiotomia/episiiorrafia antes de sua realização.

### **3. REVISÃO DE LITERATURA**

A área obstétrica será sempre matéria de relevância contemporânea para a humanidade. Busca promover o bem-estar da gestante e feto por meio de uma atenção perinatal de qualidade. A gravidez é um processo natural compreendido pela sequência de adaptações ocorridas no corpo da mulher, a partir da fertilização e durante toda a formação embrionária, crescimento e desenvolvimento do feto, até que ocorra o parto (CUNNINGHAM et al, 2016).

Previamente ao momento parturitivo, se dá a preparação do corpo da mulher. Trata-se de um fenômeno complexo, com importantes alterações físicas, hormonais e emocionais, que variam muito de acordo com cada mulher. Esse período é denominado trabalho de parto, no qual o conjunto de processos fisiológicos que ocorrem resultam na gradativa, mas crescente, contratilidade uterina, que promove, da mesma forma a dilatação e apagamento do colo uterino. Assim como a progressão do feto por meio do canal de parto, até a sua completa expulsão e dos demais produtos. É importante ressaltar que, academicamente, convencionou-se que fazer uma delimitação clínica das fases do trabalho de parto e parto, não se limitam a uma divisão simplista em diferentes estágios (MACHADO, 2010).

Finalizado o último período do parto, tem início o puerpério ou pós-parto. Durante o mesmo ocorre a involução das modificações que a gravidez e o parto provocaram no organismo da mulher. Em termos objetivos, o retorno do organismo às condições pré-gravídicas ocorre em aproximadamente seis semanas, com exceção das mamas, visto que estas manterão as modificações para a produção do leite materno. No aspecto teórico, é dividido em pós-parto imediato, do primeiro ao décimo dia, pós-parto tardio, do décimo ao quadragésimo quinto dia, e pós-parto remoto, após quarenta e cinco dias (REZENDE; MONTENEGRO, 2006; ZUGAIB, 2012).

#### **3.1 A trajetória da assistência ao parto**

Até o final do Século XIX, os partos eram conduzidos de forma natural e assistidos, em sua maioria, por parteiras leigas. O processo de nascimento era

dominado pelo sexo feminino, sendo visto por elas como um evento natural e fisiológico. A experiência do parto era compartilhada apenas entre as mulheres, cujos valores culturais reforçavam que somente elas poderiam falar sobre o assunto (BORGES et al., 2003; AMORIM, 2008). As mulheres que prestavam assistência ao parto eram, frequentemente, anciãs, cujos conhecimentos relativos ao parto foram adquiridos de modo cumulativo ao longo dos anos de atuação, e repassados através das gerações para as mais jovens, dando origem às parteiras tradicionais (TANAKA, 1995; AMORIM, 2008).

Dar à luz fora de casa era algo anormal e acontecia apenas em casos extremos. Em tais circunstâncias, qual seja os casos de complicações que as parteiras não conseguiam resolver, o médico (cirurgião barbeiro) era chamado. Obstáculos de ordem moral vigentes à época, impediam a entrada de homens no domicílio da parturiente, a presença dos mesmos estava associada a algo ruim que poderia acontecer (OSAVA, 1997; MOTT, 2002).

O ambiente hospitalar não era considerado um local seguro para o parto. Em Viena, no ano de 1840, o médico Semmelweis observou que muitas mulheres morriam no pós-parto apresentando febre no período puerperal. Essas mulheres eram atendidas pelos mesmos médicos que realizavam as autópsias, sem a higienização adequada de mãos entre cada procedimento. Apesar desse conhecimento existente há anos, na Inglaterra no ano 1878, a chance da mulher ou o bebê morrerem no parto era seis vezes maior no hospital em comparação com o domicílio (COSTA, 2002).

Até àquele momento não existiam maternidades no Brasil, e a ideia de construção desses estabelecimentos estava ligada aos cursos de parteiras, que foram iniciados em 1832 (JORGE, 1975). Apenas em 1884, foram instalados leitos obstétricos na Santa Casa do Rio de Janeiro, e apenas dez anos depois foi fundada a Maternidade São Paulo, onde os partos eram realizados por parteiras urbanas e quando apresentavam complicações, pelos médicos (MOTT, 2002).

Inicialmente, o conhecimento teórico sobre o parto foi dado na Escola Hipocrática, que se baseava nas observações dos partos realizados pelas parteiras. A partir daí o parto passou a ser objeto de pesquisa e treinamento, com olhar

técnico-científico (MELLO, 2003). O aparecimento da obstetrícia cirúrgica direcionou o saber para as técnicas, como a sutura e o uso do fórcepe, com isso, incorporando a ideia de que o parto era um acontecimento perigoso e que necessitava da presença do médico (OSAVA, 1997).

Com a mudança no local dos partos, do domicílio ao ambiente hospitalar, houve profunda alteração no próprio conceito do parto. O evento parturitivo deixou de configurar-se como processo natural e fisiológico, passou a requerer intervenções médicas para prevenir ou diminuir as eventuais complicações (BORGES et al., 2003; AMORIM, 2008; PINTASSILGO, 2014).

Nasceu a necessidade de estabelecer padrões e desenvolver técnicas para a assistência ao trabalho de parto e parto, o que, por sua vez, favoreceu a implantação da “cascata de intervenções”. Nessa perspectiva, realiza-se uma sequência de intervenções como tricotomia, indução com ocitócitos, jejum, anestesia, fórceps, pressão fúndica uterina (Manobra de Kristeller) e episiotomia, sempre com a mulher em posição litotômica. As intervenções que compõem essa cascata foram introduzidas na assistência sem evidências de sua efetividade (GRAHAM, 1997; GARRET et al., 2016).

As significativas mudanças na prática obstétrica, alteraram os costumes dos profissionais e das mulheres. De modo a exemplificar, durante a primeira metade do século XX, os partos realizados nos hospitais aumentaram de 5% para 50% do total de nascimentos no período (GRAHAM, 1997; SCOTT, 2005).

Segundo Martin (2006), a percepção do corpo humano como máquina e o produto gerado no útero considerado como o objeto principal, no parto propiciou a eliminação da mulher como protagonista do parto. A imagem fragmentada do corpo da mulher, associada à concepção do hospital como uma linha de produção, permitiu a instituição de uma assistência padronizada.

### 3.2 Histórico e situação atual da episiotomia

Episiotomia é uma palavra derivada do grego *epision* – que significa região púbica e *tomos* – cortar. Originalmente, episiotomia se referia ao corte realizado na região vulvar para prevenir as lacerações (TESTUT apud SIMÕES et al., 2017, p. 47).

A episiotomia consiste em procedimento de abertura do períneo, que se inicia introito vaginal e se estende por mais três a cinco centímetros nas direções mediana ou médio-lateral. Este procedimento atinge numerosas estruturas anatômicas como pele, mucosa e músculo. É realizada com bisturi ou tesoura cirúrgica e sutura posterior ao nascimento, procedimento denominado episiorrafia feita com fio cirúrgico absorvível pelo organismo utilizando técnica asséptica (ZUGAIB, 2012).

É procedimento a ser adotado na fase expulsiva do trabalho de parto quando há iminência de laceração grave, cuja prática tem recomendação limitada em razão da ausência de evidências de efeitos benéficos (OMS, 1996). Sua utilização tem por objetivo evitar alterações estruturais do assoalho pélvico, como lesões musculares decorrentes da compressão pelo polo cefálico e lacerações perineais por ocasião da passagem do feto. As lacerações podem ser classificadas em quatro graus sendo eles, o 1º grau quando atingem pele e mucosa, o 2º grau músculo e fáscia do períneo, 3º grau onde há lesão muscular e do esfíncter anal e o 4º grau com comprometimento da mucosa retal (ZUGAIB, 2012).

A escolha do momento certo para a realização da episiotomia deve ter por preceito evitar sangramento desnecessário, quando feita precocemente, e evitar que seja realizada quando os danos ao assoalho pélvico já se instalaram. Assim é preconizado que ela seja realizada quando o polo cefálico puder ser visualizado, durante as contrações (ZUGAIB, 2012).

Este procedimento foi citado pela primeira vez por Sir Fielding Ould, em seu livro *Treatise of midwifery*, publicado em 1742. No início do século XX, com Pomeroy em 1918 e Joseph DeLee em 1920, a episiotomia passou a ser compreendida como procedimento de rotina associada ao uso do fórceps de alívio. Entre 1915 e 1925, era usada de modo profilático, como justificativa para evitar traumas perineais

principalmente em nulíparas e prevenir a morbimortalidade infantil e problemas ginecológicos (GRAHAM, 1997; GARRET et al., 2016).

Entre as alegações de DeLee para a realização da episiotomia de rotina estavam a necessidade de salvar a mulher do esforço do parto e do período expulsivo longo, bem como, preservar a integridade da musculatura pélvica e a ruptura de quarto grau. Esses argumentos foram amplamente aceitos, e a episiotomia passou a ser feita de forma rotineira. Sua recomendação rotineira ocorreu no mesmo período em que se passou à institucionalização do parto (TRACKER; BANTA, 1983; EASON; FELDMAN, 2000; GARRET et al., 2016).

A maior justificação para a prática da episiotomia é a prevenção de roturas severas de períneo, são elas as lacerações de grau III e IV. A indicação mais objetiva é o sofrimento fetal no período expulsivo, neste caso a episiotomia abrevia o tempo para saída do bebê, trazendo benefícios para sua vitalidade. Sendo necessária a utilização do fórceps, a episiotomia deve ser acompanhada, pois este instrumento faz com que a cabeça do bebê saia muito rápida, além de seu tamanho se somar ao tamanho da cabeça do bebê, tornado este diâmetro muito grande, o que em muitos casos pode provocar lacerações vaginais importantes (LIMA, 2013).

Em meados da década de 1980, surgiram novas pesquisas que evidenciaram fatos contrários aos até então preconizados. Tais estudos questionaram a eficácia e a necessidade da episiotomia de rotina. Também mostraram que a realização do procedimento não previne a ocorrência de lacerações perineais, mais que isso, favorece a aparição de lesões de 3.º e 4.º graus (RUBIO, 2005).

Segundo Weiss et al, em um estudo que compara a taxa de episiotomia em Ontario entre 2009 e 2015, de 13 em cada 100 mulheres em 2009, observou-se uma redução das ocorrências de episiotomia em nulíparas de 0.08 mulheres em 100 por mês até 2015. Nos EUA, o percentual caiu significativamente de 17,3% em 2006 para 11,6% em 2012 (FRIEDMAN, 2015). Entretanto, ainda persistem elevadas taxas em diversos países, em estudo realizado na Espanha, a taxa foi de 33,5% em 2011 (VALERO, 2013) e em pesquisa de Redshaw (2010), realizada na Inglaterra, a taxa foi de 25%.

São vários os potenciais riscos inerentes ao procedimento, alguns imediatos outros futuros. Incluem o aumento da extensão da lesão, hemorragia significativa, dor pós-parto, edema, infecção e/ou abscesso no local da incisão, lesão do nervo podendo, incontinência intestinal, dispareunia e até mesmo disfunção sexual. Além do aumento dos riscos físicos relacionados a esta técnica, a episiotomia é percebida, pela parturiente, como um fator de estresse no parto, o fato leva a mulher a ter maior sensação de medo e insegurança, o que dificulta o processo de parturição (ALVARENGA et al., 2015; FRANSCISCO et al., 2011).

Após o parto, a incisão repercute também no sentido de adiar a retomada da vida sexual. Segundo Progianti (2008), a realização da episiotomia interfere negativamente na sexualidade da mulher, visto que a dor durante as relações sexuais e a preocupação com a deformidade na genitália são alguns fatores que acarretam algumas alterações da intimidade do casal, causando constrangimentos, medo e dificuldades na retomada das atividades sexuais após o resguardo. Outro aspecto relativo a dor no local da incisão, é a limitação no autocuidado e cuidado com o recém-nascido, muitas vezes pouco valorizada por profissionais e familiares.

Estudo que avaliou a dor perineal, concluiu que mulheres com episiotomia apresentaram níveis de dor, significativamente mais elevados, que mulheres com lacerações de segundo grau. Além do aspecto dor, verificou-se, ainda, que mulheres com episiotomia médio-lateral comparadas às com lacerações espontâneas de segundo grau, 42% tiveram o esfíncter anal afetado (ANDREWS et al., 2008).

Segundo estudos de Andrews em 2008 e Rathfisch em 2010, que avaliam os efeitos da episiotomia, mostram que as mulheres têm menores níveis de libido, mais dificuldade para atingir o orgasmo, menor satisfação sexual e maior grau de dor durante a relação sexual em comparação com as mulheres com períneo íntegro ou lacerações. Outros estudos, contraditoriamente, apontam não haver relação das condições perineais e da episiotomia com a função sexual no pós-parto (SHIRVANI, NESAMI, BAVAND, 2010; CHANG et al., 2011).

A dor durante a relação sexual compromete a função sexual da mulher, afetando a qualidade de vida e o relacionamento de casais estáveis, pois o parceiro, com receio de causar esse desconforto, pode acabar evitando o contato com a mulher,

podendo diminuir sua iniciativa para a atividade sexual ou até mesmo diminuir seu interesse (FLEURY, 2013).

A vida sexual no período pós-parto deve ser incluída na pauta das pesquisas acadêmicas, considerando as interações culturais, históricas e sociais desse período na vida da mulher. O nascimento de um filho é considerado evento de grande impacto para as mulheres, as modificações corporais e hormonais que ocorrem durante o pós-parto afetam as mulheres não só no plano físico, mas também na forma de ver e de se relacionar em sociedade (SALIM, 2010).

A vida sexual no pós-parto sofre grandes alterações que são influenciadas por mudanças anatômicas, hormonais, familiares e no relacionamento com o parceiro. Segundo Barrett et al (2000), a redução do desejo e o medo do retorno à atividade sexual são comuns no período pós-parto. Questões hormonais ligadas à amamentação também levam à redução da libido (ROWLAND et al., 2005). A imagem corporal também afeta a vida sexual. As alterações físicas durante a gestação e o parto podem levar a mulher a se sentir indesejada e aflita quanto à nova condição da vagina, muitas vezes interpretada pela sociedade como frouxa. As mulheres que tiveram episiotomia podem se sentir violadas e machucadas, para algumas pode ser apenas um pequeno corte com rápida cicatrização, mas para outras esse corte deixa marcas profundas, físicas e emocionais (SALIM, 2010).

A episiotomia pode representar para a mulher uma violação dos seus direitos sexuais e reprodutivos, acrescido da possibilidade de risco de complicações, tanto físicas quanto psicológicas, com consequências para a saúde da mulher e na vida do casal. As iniciativas para modificar tal quadro refletem lutas políticas e ideológicas no campo da saúde quanto às alternativas de modelo de atenção.

### **3.3 Políticas públicas na atenção à saúde da mulher**

Entre 1937 e 1945, no período denominado de Estado Novo sob governo de Getúlio Vargas, foi implantado o primeiro programa de defesa à saúde materno infantil do Brasil. Suas atividades eram realizadas pelo Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde da Criança (MES), que normatizava o atendimento

ao binômio mãe-filho e combatia a mortalidade infantil, sem preocupação com as questões relacionadas à reprodução (BRASIL, 2011a).

Nessa época, a maior preocupação do governo era a redução da mortalidade infantil como estratégia para aumentar a população, sem preocupações com a qualidade da reprodução humana e com as condições de saúde da mulher, que era vista apenas como fonte de reprodução, sem direitos pessoais, sociais e econômicos. Não havia um acompanhamento da sua saúde, nem mesmo durante a gravidez. O governo apenas incentivava a procriação em massa, sem fornecer as condições mínimas necessárias para um bom desenvolvimento gestacional (MENEZES et al., 2014).

Durante o militarismo, na década de 1975, no que se refere à atenção dada à saúde da mulher e da criança, houve a implantação do Programa de Saúde Materno Infantil (PSMI) (BRASIL, 1975). O PSMI tinha dois focos de atuação: o primeiro era a intervenção médica sobre o corpo feminino por meio do uso da cesariana e da esterilização como método contraceptivo preferencial, e o segundo era a redução da morbidade e mortalidade materna e infantil (SANTOS NETO et al., 2008).

Neste período os programas de saúde passaram a ser fortemente criticados pelo movimento feminista brasileiro, em função do aspecto reducionista que apresentavam. Esses movimentos feministas contribuíram para a introdução, na agenda da política nacional, questões como a desigualdade social entre homens e mulheres, sexualidade, dificuldades relacionadas à anticoncepção, doenças sexualmente transmissíveis e a sobrecarga de trabalho doméstico. As mulheres demonstraram, por meio de movimentos sociais organizados, sua insatisfação quanto à violência corporal sofrida em relação ao uso exagerado de cesarianas e esterilizações (ÁVILA; BLANDER, 1991; CASSIANO et al., 2014).

Diante dessas argumentações, em 1983, foi elaborado pelo Ministério da Saúde, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), seguido da publicação do documento “Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programáticas”, em 1984. Esse programa foi uma das maiores conquistas do movimento feminista, resultante da mobilização das mulheres brasileiras em busca da cidadania, dos direitos e do acesso ao espaço público. Anos mais tarde, em 2004, foi

ampliado para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) (BRASIL, 1983; MARTINS, 2001)

Esse programa foi bem estruturado, mas não foi efetivamente implantada em todo o território nacional, e, apesar de proporcionar avanço expressivo dos direitos reprodutivos das mulheres brasileiras, sua implantação sofreu dificuldades políticas, financeiras e operacionais, o que impediu que o programa se tornasse uma ferramenta transformadora no cenário da saúde das mulheres (SERRUYA et al., 2004).

Diante disso, foi lançado o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), em junho de 2000 pela Portaria/GM nº 569, que teve como elementos estruturais a humanização e o respeito aos direitos reprodutivos. O PHPN foi implantado com o objetivo principal de reduzir a morbimortalidade materna e neonatal, proporcionar atendimento humanizado e melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade do pré-natal, da assistência ao parto e puerpério das mulheres e do recém-nascido (BRASIL, 2000).

Com a implantação do PHPN, o atendimento destinado à saúde da mulher passa a ter um enfoque diferenciado. Inicia-se uma preocupação com a qualidade do atendimento, a gestante, que até esse momento não tinha conhecimento em relação ao lugar em que daria à luz, tem agora o direito de saber qual é a maternidade de referência. Ela passa a ter o direito de um acompanhante durante o pré-parto, parto e puerpério imediato. O programa estabelece que todo bebê que nascer com boas condições de saúde deve permanecer em contato com a mãe, durante todo o tempo e não somente durante a amamentação, sendo possível após o surgimento do alojamento conjunto (CASSIANO, 2014).

Com o reconhecimento de que a redução da mortalidade ainda era um desafio para o Brasil, em março de 2004 foi lançado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, que tem como meta reduzir essas mortes em 5% ao ano. Seus princípios estão voltados para o respeito aos direitos humanos de mulheres e crianças; a consideração das questões de gênero, dos aspectos étnicos e raciais e das desigualdades sociais e regionais; a decisão política de investimentos na melhoria da atenção obstétrica e neonatal; e a ampla mobilização e participação de gestores e organizações sociais (BRASIL, 2004).

Outra preocupação do pacto é a alta taxa de cesarianas, que representam 80% dos partos realizados na rede privada de saúde e 26% no sistema público, o que equivale a uma taxa média de 40%. Essa situação coloca o País entre os líderes mundiais em frequência de cesariana (BRASIL, 2006). Essa intervenção, realizada de forma desnecessária e rotineira, aumenta os riscos de complicações puerperais, como infecções, hemorragias e complicações anestésicas com consequente aumento das taxas de mortalidade materna, podendo gerar também complicações para o recém-nascido (CASSIANO, 2014).

A partir da perspectiva de promover melhoria na assistência à saúde materno-infantil, em 2011, o Ministério da Saúde lançou a Rede Cegonha, programa que foi normatizado pela Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Essa estratégia tem como objetivo aplicar um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, garantindo o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada durante a gravidez, parto, abortamento e puerpério, direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis e redução da taxa de mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2011b).

Com a criação da Rede Cegonha, foi lançado um Manual Prático para Implementação da Rede Cegonha, visando orientar os estabelecimentos de saúde e os profissionais quanto às finalidades e estratégias propostas por ela. Este manual apresenta as Boas práticas de atenção ao parto e nascimento, que divide as práticas realizadas durante o parto em categorias, sendo elas: categoria A práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; categoria B práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas e categoria C práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão (BRASIL, 2011c)

A qualificação profissional também faz parte da estratégia da Rede Cegonha, pois os Ministérios da Saúde e da Educação lançaram o Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstetrícia (PRONAENF). O programa planeja capacitar enfermeiros obstetras para serem inseridos no SUS, nas regiões que aderiram à estratégia Rede Cegonha. O programa PRONAENF é uma ação que qualifica os enfermeiros para prestar um serviço humanizado e de qualidade para a criança e para

mulher e capacita os profissionais a atuarem em diferentes momentos: pré-natal, parto, nascimento e pós-parto (BRASIL, 2012).

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), exercendo seu papel normatizador e regulador e com o intuito de melhorar a qualidade da assistência obstétrica, vê na enfermagem um forte aliado e determina que compete também ao Enfermeiro obstetra acompanhar e avaliar as gestantes de baixo risco no pré-natal, bem como prestar assistência ao parto normal sem distócia. A resolução COFEN número 0516/ 2016 normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos serviços de obstetrícia, CPN ou Casas de Parto e outros locais onde ocorra esta assistência (COFEN, 2016).

Cabe, ao enfermeiro obstetra assegurar uma relação respeitosa com cada paciente. Priorizar um acolhimento que garanta autonomia, privacidade, e envolvimento da mulher nas etapas da gestação e parto. Deve-se estimular a gestante à adesão ao parto natural fornecendo-lhe informações e fortalecendo a decisão da mesma ao abandono de tecnologias desnecessárias, usando com isso, as boas práticas obstétricas e neonatais baseadas em evidências científicas (MATTOS, 2016).

## 4. ASPECTOS METODOLÓGICOS

### 4.1 Referencial teórico metodológico

Este estudo tem como referencial teórico metodológico, a Teoria das Representações Sociais (TRS). Em 1961, proposta pelo psicólogo francês, *Serge Moscovici* (1978), com a apresentação da tese *La psychanalyse, son image et son public*, em português, Representação Social da Psicanálise. A TRS permite esclarecer como se dá o processo de assimilação dos fatos que ocorrem no meio, como os mesmos são compreendidos pelos indivíduos e grupos, e como o conhecimento construído em fatos são expressos por meio de sua comunicação e em seus comportamentos (JODELET apud SÁ, 2002, P. 45).

As representações sociais (RS) são uma forma de conhecimento socialmente organizado e compartilhado, que tem objetivo prático e colabora para a constituição de uma realidade comum a um grupo social, denominada como saber de senso comum, ou ainda, saber natural. As RS são reconhecidas como sistemas de interpretação que dirigem nossa relação com o mundo e com os outros. Elas norteiam e estabelecem as condutas e as comunicações sociais (JODELET apud SÁ, 2002, p. 45).

Nesse processo, estão envolvidos os processos de objetivação e ancoragem. Objetivação é “uma operação imaginante e estruturante por meio da qual se dá formato específico ao conhecimento acerca do objeto, tornando-o quase tangível, como que materializando a palavra” e ancoragem como sendo a “integração cognitiva do objeto representado a um sistema de pensamento social pré-existente e nas transformações implicadas em tal processo”. Assim, a representação de todo objeto é o resultado de um conjunto de informações, crenças, opiniões, vivências e atitudes que constituem o sistema sócio cognitivo de grupos específico (JODELET apud SÁ, 2002, p. 46).

A Teoria do Núcleo Central (TNC) foi formulada por Abric (1998) na década de 1970, a qual estabeleceu que toda representação é composta por um duplo sistema denominados de núcleo central e sistema periférico, os quais desempenham funções específicas, mas complementares um ao outro. No núcleo central estão os elementos da representação considerados os mais importantes, estáveis e resistentes a mudanças estes ligados aos valores do grupo, à sua história e à natureza do seu

envolvimento na situação social (SÁ, 2002). O sistema periférico estrutura-se em torno do núcleo central, e funciona como mecanismo de proteção do núcleo central, visto que garante a sustentabilidade do mesmo. Os elementos do sistema periférico são considerados os elementos mais flexíveis (FLAMENT, 2001; ABRIC, 2005).

Para Campos (1999), a TNC como instrumento importante para a comparação entre diferentes representações e dos movimentos de transformação que possam estar ocorrendo em uma dada representação. Ambas as teorias, TRS e TNC, possibilitam a valorização de expressões de subjetividade e do senso comum, presentes em toda realidade social. Entretanto, há casos em que as pessoas não expressam tudo, elas escondem alguns componentes de seus pensamentos. Tal ocorrência é devido ao fato de que haja alguma situação social na qual a representação é produzida. Assim, para determinados objetos, em determinadas situações, existe o que se denominou de zona muda das representações. aquela que a pessoa não quer expressar pública ou explicitamente. Pode-se dizer, então, que quando da existência de zona muda, a representação possui dois componentes, uma parte explícita e não verbalizada, está a chamada de zona muda (ABRIC, 2005).

A zona muda faz parte da consciência dos indivíduos, é conhecida por eles, contudo não pode ser expressa porque o indivíduo ou o grupo não quer expressá-la pública ou explicitamente. A zona muda não é a face inconsciente de uma representação, ela é sua face escondida. Se a parte inconsciente é amplamente determinada por processos psicológicos, a zona muda é fundamentalmente determinada pela situação social na qual a representação é produzida. Assim, para determinados objetos, em determinadas situações, existe uma zona muda das representações (ABRIC, 2005).

Dito de outro modo, em toda situação, existem as chamadas normas sociais. A zona muda é constituída por elementos com caráter contra normativo. Segundo Guimelli e Deschamps (2003), a zona muda se constitui num subconjunto de elementos da representação que, mesmo disponíveis, não são ditas em condições normais, porque se fossem, poderiam questionar valores morais ou normas sociais vigentes. Assim, nem sempre se diz tudo que se pensa. A questão é de saber o que está escondido.

Se o não revelado se enquadra como elemento periférico da representação, não se trata de nada grave, porém, se o escondido integra o núcleo central da representação, todo o significado da representação se encontra escondido, e desse modo, a interpretação do pesquisador se torna falsificada. Quando se estuda uma representação é, pois, essencial, se utilizar de metodologia que inclua verificar a existência ou não de uma zona muda (ABRIC, 2005).

Partindo da ideia que a zona muda é constituída de elementos contra-normativos, resulta de pressões normativas. Ocorre com vistas à adequação do discurso ao que é considerado politicamente correto e adequado ao seu grupo de pertença ou seu grupo de referência. Identificar sua existência é necessário para tornar possível dar certa legitimidade a posições ilegítimas, visto que podem induzir comportamentos no cotidiano frente ao objeto representado (ABRIC, 2005).

Para favorecer a expressão da zona muda, existem duas possibilidades, agir sobre o próprio sujeito ou agir sobre o grupo de referência. A primeira técnica consiste em diminuir a pressão normativa, reduzindo o nível de envolvimento do sujeito, denominada técnica da substituição, aquela cuja resposta é dada na terceira pessoa. A segunda, consiste em diminuir a pressão normativa afastando o sujeito de seu grupo de pertença e de referência pela descontextualização normativa (ABRIC, 2005).

O instrumento adequado para obtenção das representações na sua forma estrutural é pela aplicação do questionário de evocação. Sua análise é feita pelo software EVOC (*Ensemble de programmes permettant l'analyse des evocations*), que pondera a frequência e a localização de cada signo evocado, com posterior distribuição em quadro de quatro casas (SANT'ANNA, 2012). Inicialmente, as evocações devem ser inseridas em banco de dados para que o programa possa calcular e informar a frequência simples da ocorrência de cada palavra e a média das ordens médias ponderadas do conjunto dos termos evocados. A partir desse valor de corte se constrói o chamado quadro de quatro casas ou distribuição em quatro quadrantes (Figura 1), por meio do qual se discriminam os que possivelmente constituem o núcleo central e os elementos periféricos (OLIVEIRA, 2005).

<p>1º quadrante</p> <p>Elementos do Núcleo Central</p> <p>Prontamente evocados, com alta frequência</p>	<p>2º quadrante</p> <p>Elementos da 1ª periferia</p> <p>Tardiamente evocados, com alta frequência</p>
<p>3º quadrante</p> <p>Elementos de contraste</p> <p>Prontamente evocados, com baixa frequência</p>	<p>4º quadrante</p> <p>Elementos da 2ª periferia</p> <p>Tardiamente evocados, com baixa frequência</p>

**Figura 1** – Modelo do Quadro de Quatro Casas emitido pelo Programa EVOC, quando da análise de Evocações.

**Fonte:** Oliveira; Marques; Gomes et al., 2005.

Quando há realização de entrevista junto aos indivíduos, o material textual obtido pode ter análise feita por diferentes técnicas, algumas manualmente, conforme as teorias que as explicam, outras feitas por programas computadorizados. Um *software* denominado IRAMUTEQ, sigla para *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (CAMARGO; JUSTO, 2013), especificamente na opção Classificação Hierárquica Descendente (CHD), cujo resultado é apresentado no modelo de dendograma. Para tanto, deve-se preparar o conteúdo das entrevistas em um único *corpus*.

A figura dendograma é a organização que aparece após a delimitação de classes semânticas em função da ocorrência das palavras no texto, dentro de uma estrutura articulada para organizar e resumir informações consideradas relevantes. O programa segmenta o material a ser analisado em grandes Unidades de Contextos Iniciais (UCI), e depois segmentos menores denominados de Unidade de Contexto Elementar (UCE) que correspondem ao material discursivo relevante à formação das classes ou categorias (OLIVEIRA et al., 2007). O *software* IRAMUTEQ apresenta rigor estatístico e permite aos pesquisadores utilizarem diferentes recursos técnicos de análise lexical (CAMARGO, 2013).

## 4.2 A pesquisa de Campo

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa, realizado a partir de pesquisa de campo. Foram incluídas mulheres nulíparas, de risco habitual, com idade gestacional a termo, feto vivo e parto sem intercorrências, que foram submetidas aos procedimentos episiotomia/episiotomia. Foram excluídas mulheres com deficiência auditiva e dificuldade cognitiva. A pesquisa foi realizada em uma maternidade municipal, instituição pública com gestão municipal compartilhada com a Fundação de Apoio ao Hospital das Clínicas (FUNDAHC), no Município de Goiânia, capital de Goiás.

As participantes foram identificadas no livro de registro dos partos ocorridos no centro de parto vaginal (CPV) da unidade, no período de 01 de fevereiro a 31 de maio de 2017. Em seguida os dados de localização (telefone e endereço) foram buscados em prontuários, para preferencialmente, no primeiro contato por telefone, convidadas para participar da pesquisa. Após o aceite em participar voluntariamente do estudo, foram agendados data e local de preferência da participante para leitura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE (APENDICE A), esclarecimentos solicitados e posterior assinatura em duas vias, uma entregue à mulher, e a segunda via devolvida à pesquisadora.

Em seguida, aplicou-se o questionário de evocação (APENDICE B), para identificação das representações sociais na sua forma estrutural. Para saber da existência ou não de zona muda, foram feitas perguntas utilizando-se o termo indutor para resposta em primeira e terceira pessoa (ABRIC, 2005). Ao término foi respondido a ficha de dados socioculturais (APENDICE C) que continha também questionamento acerca de sua possível participação na segunda etapa da pesquisa. Em caso afirmativo, foi solicitado registro de dados para posterior contato.

Concluída essa etapa, realizou-se sorteio aleatório entre as participantes da primeira etapa que manifestaram concordância em registrar dados para contato das pesquisadoras, caso fossem sorteadas para integrar a segunda etapa da pesquisa. Foram sorteadas, para fins do presente estudo um total de 10% dessas mulheres, com as quais foi feito contato via telefone, imediatamente a seguir ao sorteio para confirmação, ou não, de sua disponibilidade para participar de entrevista aberta em

profundidade, com resposta favorável por parte da totalidade das mesmas. No mesmo contato, foi agendado local, data e horário para novo encontro.

No encontro, foram realizados novos esclarecimentos quanto ao estudo, com posterior entrega do TCLE específico acerca dessa etapa (APENDICE D), para leitura e assinatura em duas vias. A entrevista foi norteada a partir da questão: *Como foi vivenciar o puerpério tendo um corte (no períneo) feito no momento do parto?* Ressalta-se que a pergunta foi adaptada conforme o entendimento da mulher, usando palavras como pós-parto e pique. Para dar continuidade à entrevista, foram necessárias questões do tipo: Como assim? Pode explicar melhor? Fale mais sobre o assunto!

Todas as participantes autorizaram a gravação da entrevista, feita em aparelho MP3. Para encerramento dessa etapa foi observado o número de participantes corresponde ao percentual acima indicado. Para manter o anonimato e confidencialidade das participantes, as mesmas foram identificadas com a letra E, inicial da palavra entrevistada, seguida de número ordinal de acordo com a sequência de sua participação.

A análise do questionário de evocação, tanto das respostas dadas em primeira quanto em terceira pessoa, após preparação do banco de dados, este foi processado no software EVOG. Os dados da segunda etapa foram obtidos pela realização de entrevista aberta em profundidade. O conteúdo das mesmas foi transcrito na íntegra, com posterior formatação do texto em único *corpus* para leitura pelo software IRAMUTEQ (CAMARGO; JUSTO, 2013). Dentre as possibilidades de análises pelo programa, para fins da presente proposta, Classificação Hierárquica Descendente (CHD), cujo resultado é apresentado no modelo de dendograma.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica de Goiás sob parecer número 2.077.004 (ANEXO 1).

## 5. RESULTADOS

Integraram a primeira etapa do estudo um total de 50 participantes, cuja distribuição de variáveis encontra-se na Tabela 1.

**Tabela 1 – Distribuição de variáveis socioculturais de mulheres que foram submetidas à episiotomia/epiorrafia durante o parto normal. Goiânia, 2017.**

Caraterísticas	Freq (N)	FR (%)
<b>Idade</b>		
18 – 23	27	54
24 – 29	17	34
30 – 36	05	10
37 – 40	01	2
Total	50	100
<b>Raça/ Etnia</b>		
Branca	13	26
Negra	4	8
Parda	33	66
Total	50	100
<b>Escolaridade</b>		
Ensino Médio Incompleto	14	28
Ensino Médio Completo	24	48
Ensino Superior Incompleto	7	14
Ensino Superior Completo	5	10
Total	50	100
<b>Situação Conjugal</b>		
Solteira	25	50
Casada	23	46
União estável	2	4
Total	50	100
<b>Situação no Mercado de Trabalho</b>		
Empresária	1	2
Assalariada com carteira de trabalho assinada	16	32
Assalariada sem carteira de trabalho assinada	7	14
Autônoma	7	14
Desempregada	19	38
Total	50	100

**Legenda:** Freq: frequência absoluta; FR: frequência relativa

A maioria das puérperas participantes do estudo tem idade entre 18 e 23 anos (54%). Quanto à escolaridade, predominou ensino médio completo (48%), seguido do ensino fundamental incompleto (28%). A maioria das mulheres são de raça parda (66%). Em relação à situação conjugal, 50% das puérperas referiram ser solteiras e 46% casadas. Em relação à situação no mercado de trabalho 38% das mulheres estavam desempregadas e 32% possuem carteira de trabalho assinada.



elementos do núcleo central da representação do objeto em estudo, aparecem a seguir (Quadro 2).

**QUADRO 2 - Justificativas para as evocações que compõem o quadrante superior esquerdo do quadro de quatro casa.**

Evocação	Justificativa
Dor	<p>Dói para sentar e para levantar, as vezes até sentada dói;</p> <p>A dor está presente em todo o processo, mesmo depois de muito tempo ainda sinto dor;</p> <p>Dói de todas as formas, dor física e emocional, de se sentir vulnerável;</p> <p>Dor nos pontos e na cicatriz;</p> <p>Dor durante a relação sexual;</p> <p>Demorei para voltar a ter relação sexual, porque ficava com medo de doer e de abrir o corte.</p>
Necessidade	<p>Necessidade, porque meu filho demorou demais para nascer;</p> <p>Foi necessário, porque eu acho que não conseguiria sem essa ajuda;</p> <p>Eu não estava conseguindo fazer a força certa, então foi necessário cortar para me ajudar;</p> <p>Necessário para me ajudar.</p>

Para a palavra dor, as participantes mencionaram a dor física nos pontos e posteriormente na cicatriz, e também da dor emocional da vulnerabilidade. Para a evocação necessidade a maioria justificou como necessário para ajudar a conclusão do parto.

As respostas ao questionamento dadas em terceira pessoa estão apresentadas a seguir (Quadro 3).

**QUADRO 3 - Quadro de quatro casas das evocações emitidas em terceira pessoa ao termo indutor episiotomia/episiotomia.**

1º quadrante ELEMENTOS CENTRAIS			2º quadrante ELEMENTOS DA 1ª PERIFERIA		
Frequência ≥ 15		Rang < 2.3	Frequência ≥ 15		Rang ≥ 2.3
DOR	33	1.879	INCÔMODO	37	2.730
NECESSIDADE	17	2.294	ALÍVIO	16	2.750
3º quadrante ELEMENTOS DE CONTRASTE			4º quadrante ELEMENTOS DA 2ª PERIFERIA		
Frequência < 14		Rang < 2.3	Frequência < 14		Rang ≥ 2.3
MEDO	14	2.214	GRANDE	9	2.333
FALTA-INFORMAÇÃO	5	2.200	CICATRIZAÇÃO	9	2.778
			ANGÚSTIA	8	2.625
			SOFRIMENTO	8	2.625
			SENSÍVEL	6	3.167
			FEIO	5	3.000
			MELHOR-CESÁREA	5	3.200

Número total de palavras diferentes: 22

Número total de evocações: 200

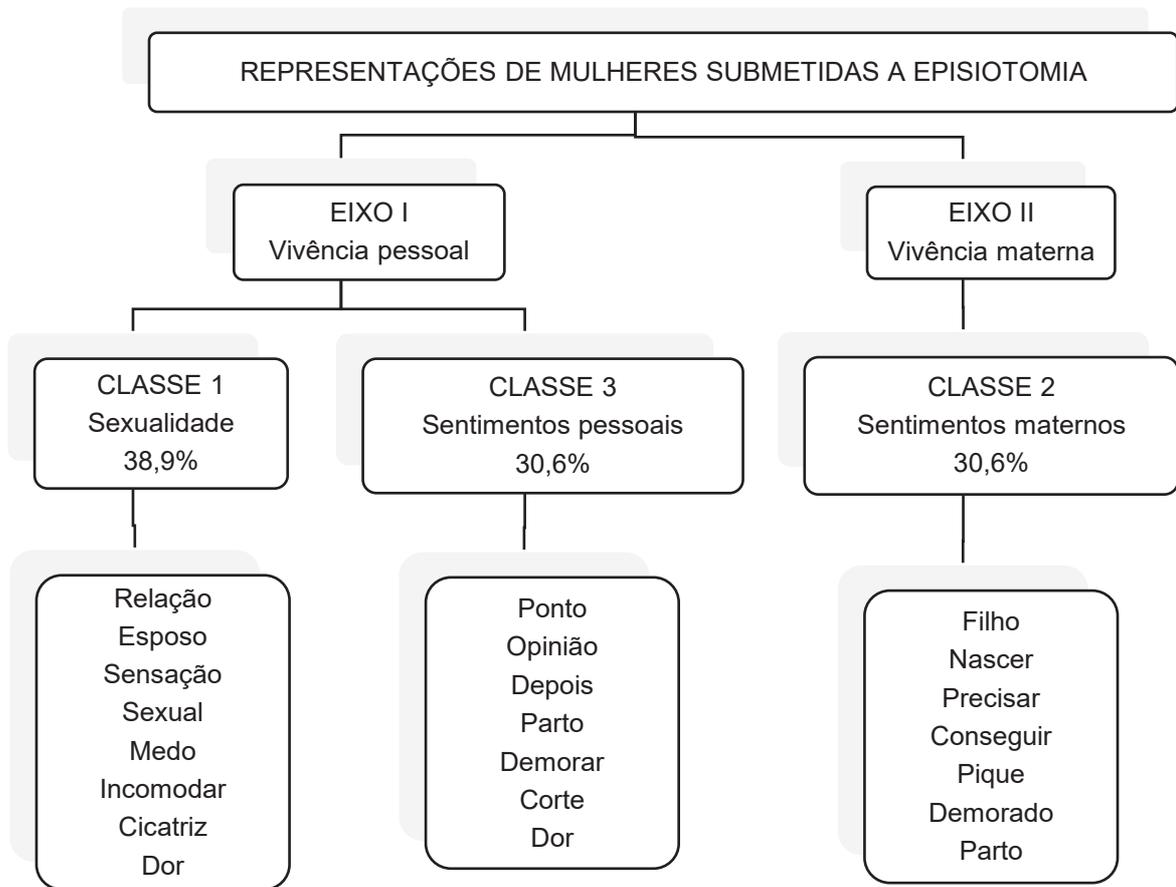
Média Geral dos *rangs*: 2,3

Média de resposta por sujeito: 4

Número total de sujeitos: 50

No quadro 3 aparece no quadrante superior esquerdo os elementos centrais “Dor” e “Necessidade”. Como elementos da primeira periferia estão presentes “Incômodo” e “Alívio”. Os elementos de contraste no quadrante inferior esquerdo são “Medo” e “Falta-informação”. No quadrante inferior direito, referidos os elementos de segunda periferia, quais sejam, “Grande”, “Cicatrização”, “Angústia”, “Sofrimento”, “Sensível”, “Feio” e “Melhor-cesárea”.

O conteúdo textual obtido nas entrevistas submetido ao *software* IRAMUTEC emitiu o dendograma a seguir apresentado (Figura 2).



**Figura 2.** Dendograma resultante da classificação hierárquica descendente do material textual referente às respostas das mulheres submetidas a episiotomia.

O dendograma tem dois eixos, o primeiro eixo nomeado “Vivência pessoal” e o segundo “Vivência materna”. O primeiro eixo é formado pelas classes 1 e 3, identificadas como “Sexualidade” (38,9%) e “Sentimentos pessoais” (30,6%), respectivamente. O segundo eixo apresenta apenas uma classe, sendo esta a classe 2 “Sentimentos maternos” (30,6). A identificação dada às classes ocorreu de acordo com o contexto em que as palavras destacadas estavam inseridas nas falas das participantes.

A classe 1 destaca o sentimento das mulheres quanto a sua sexualidade e sua relação com o esposo ou companheiro. Oito palavras compõem essa classe,

sendo elas: “Relação”, “Esposo”, “Sensação”, “Sexual”, “Medo”, “Incomodar”, “Cicatriz” e “Dor”. A seguir estão apresentadas falas das participantes que ilustram :

[...] sempre lembro daquilo tudo que passei e a sensação que eu guardo é de **medo, dor** e sofrimento. [...] até hoje ainda sinto sensibilidade no lugar que fez o corte, quando passo o dedo ainda sinto a **cicatriz** e uma sensação ruim (E8).

[...] demorei para voltar a ter **relação sexual**, porque ficava com **medo** de **doer** e de abrir o corte. [...] não consigo relaxar e ainda não sinto prazer durante a **relação sexual**, talvez porque fico muito preocupada e tensa; [...] ainda sinto **incômodo** e um pouco de **dor** (E9).

[...] nem gosto que ele veja ou fique colocando a mão porque sei que ele vai ver ou sentir a **cicatriz** e fico com vergonha, isso ainda me **incomoda** muito (E11).

[...] quando passo o dedo sinto um pouco de **dor** e sinto mais dor durante as **relações sexuais** com meu marido sabe, é constrangedor ficar falando isso para ele. [...] com o tempo foi melhorando, mas achei a **cicatriz** muito grande e feia e a **dor** não passou totalmente (E39).

Na classe 3, são sete palavras destacadas no dendograma, que se referem aos sentimentos pessoais das mulheres em relação ao próprio corpo e ao parto. As palavras são: “Ponto”, “Opinião”, “Depois”, “Parto”, “Demorar”, “Corte” e “Dor”.

[...] os **pontos** incomodavam muito, parece que ficava latejando o tempo todo (E8).

[...] eu já tinha ouvido falar, mas senti medo mesmo assim, porque corta agente né, e eu ficava com medo do **corte** ser grande e de **doer**. [...] sentia muita sensibilidade e **dor** quando passava a mão, parece que no lugar do **corte** ficou grosso e muito sensível (E9). [...] parece que não ficou como era antes, na minha opinião ficou meio torto e ainda está grosso no lugar do **corte** (E9).

[...] na hora que fez o **corte** eu não senti dor, mas uns dias depois começou a **doer** muito (E11).

[...] antes eu não sentia vergonha, mas **depois** eu senti e acho que estou feia (E39).

A classe 2 apresenta os sentimentos maternos que as mulheres vivenciam no momento do parto e durante o puerpério, a preocupação com o nascimento do filho e o sentimento de que o procedimento ajudou a antecipar a conclusão do parto. As palavras destacadas são: “Filho”, “Nascer”, “Precisar”, “Conseguir”, “Pique”, “Demorado” e “Parto”.

[...] pelo menos com isso minha **filha nasceu** (E9).

[...] eu não entendo dessas coisas, então se eles disseram que **precisava** eu acho que fizeram certo né. [...] o **parto** não foi muito demorado, mas **precisou** do **pique** para me ajudar, acho que sem ele, eu não teria **conseguido** (E11).

[...] não senti nada na hora do **pique** e foi um alívio quando ela **nasceu** (E31).

## 6. DISCUSSÃO

A caracterização das puérperas participantes do estudo foi compatível com o descrito por Sperling et al. (2016) e por Frigo et al. (2014), que encontraram o maior percentual de puérperas jovens com ensino médio completo. Tal situação retrata menores riscos obstétricos, visto que o momento é ideal para o desencadeamento do processo de gestação e parto com menores riscos de agravos e complicações (SPERLING, 2016). A gravidez na adolescência é referida como principal motivo para o abandono escolar, levando à dependência financeira destas mulheres com relação ao companheiro (MEINCKE et al., 2011).

Como núcleo central no quadro de evocações em primeira pessoa, a dor é mencionada com maior frequência. A dor é definida como uma experiência subjetiva desagradável, sensorial e emocional, associada com a lesão. A forma como a dor é enfrentada pode ser influenciada pela memória, por expectativas e emoções, além de fatores como a condição socioeconômica, contexto cultural, vivências negativas anteriores, dentre outros aspectos (ALMEIDA et al., 2011).

A dor sofrida durante o parto torna-se muitas vezes inesquecível para algumas mulheres, o que pode impedir que as mesmas voltem a ter o desejo de engravidar. No estudo de Garret (2016), a dor advinda da episiotomia, deixou sequelas não só físicas como emocionais. Dentre as sequelas físicas, a episotomia aumenta o risco de laceração perineal de terceiro e quarto graus, de infecção e de hemorragia, além da possibilidade de manutenção da dor a longo prazo, e da incontinência urinária e fecal.

Relacionando a dor com as justificativas dadas pelas participantes, esta é mencionada não apenas fisicamente, mas também indicada a dor emocional e psicológica. Segundo Sarmiento (2003), no parto, a mulher teme a dor; teme não suportar a dor e perder o controle. Também tem medo da morte. Existe medo de ser dilacerada pelo nascimento do bebê, porque na passagem pode rasgar o canal do parto e, com isso, destruir sua feminilidade. Por outro lado, destaca que a sensação de não ser capaz de fazer o bebê nascer, pode afetar a autoestima da mulher e suas relações pessoais.

A sensação dolorosa no local da episiotomia pode prejudicar o autocuidado materno e a prestação de cuidados ao recém-nascido. Além disso, pode atrasar a recuperação da mulher, interferir no sono e no repouso, na micção, bem como, abalar sua autoestima e dificultar o processo de adaptação da mulher ao novo contexto familiar (BELEZA et al., 2017; SALGE et al., 2012).

No estudo de Beleza et al (2012), todas as puérperas referiram dor ao movimento quando da existência da episiotomia/episiotomia. O procedimento impõe às mulheres submetidas limitações das atividades cotidianas, relacionadas ao sentar (98%), deitar (90%) e deambular (82%). Tal resultado aparece nas justificativas utilizadas pelas mulheres com relação à dor ao se levantar e ao se sentar, o que reforça que a dor pode limitar a puérpera em diversas funções.

Como segundo elemento do núcleo central, o signo “Necessidade”, revela que ainda resiste a representação de que no parto vaginal, a episiotomia seja procedimento imperativo. Tal perspectiva estabeleceu ao procedimento significado de ajuda, seja para o bebê nascer, encurtar o período expulsivo, e com isso garantir alívio da dor, ou mesmo para proteger contra possíveis problemas causados pela passagem do bebê pela genitália. As justificativas referidas pelas participantes à evocação, confirmam a configuração percebida pelo grupo estudado, que é a de ajuda no momento do parto. Esse resultado coincide com os muitos estudos realizados, por exemplo, o de Previatti (2007), assim como o de Carvalho et al (2015).

Na comparação dos quadros 1 e 3, verifica-se que no núcleo central a evocação dor é comum em ambos, entretanto aparece com mais robustez quando as mulheres respondem em terceira pessoa. É possível pensar que essa ocorrência seja devido à maior facilidade de se falar da dor do outro, como medida de autoproteção. As mulheres já possuem uma carga de informações sobre o parto normal antes de vivenciá-lo, trazem consigo impressões e sentimentos de outras mulheres, da própria família ou amigas, que passaram por experiências negativas durante o parto. Informações semelhantes foram encontradas no estudo de Previatti (2007).

Na aproximação da evocação dor com o contexto existente na classe I do dendograma, nomeada como sexualidade, o signo dor dá sentido à mesma. As falas ilustrativas da classe, apontam que a dificuldade do casal na retomada da vida sexual

está diretamente ligada à existência de dor. Vigente a condição álgica, está comprometida a qualidade de vida do casal, decorrente do desconforto causado pela dor no retorno da atividade sexual. Fleury (2013) alerta que o parceiro pode evitar o contato íntimo com receio de causar esse desconforto, pode inclusive diminuir sua iniciativa para a atividade sexual, com conseqüente diminuição do interesse.

Macedo et al. (2017), verificaram que a maioria das primíparas com episiotomia apresentou dor durante a relação sexual, segmento com os piores escores no domínio desejo. A resposta sexual envolve uma sequência de fases, que inicia com o desejo e vai além do orgasmo. Todos os componentes da resposta sexual são dependentes, o que explica a inibição de alguns dos componentes da resposta sexual. Esses achados coincidentes com os da literatura, reafirmam o conhecimento já existente sobre o retorno da atividade sexual do casal no puerpério. As mulheres que tiveram parto vaginal com episiotomia apresentam menores níveis de libido, menor satisfação sexual e maior grau de dor durante a relação sexual, comparadas com as mulheres com períneo íntegro ou lacerações espontâneas (SILVA, 2017).

O medo também está presente nas falas das participantes quando associam retorno à atividade sexual. O estudo de Salim (2010) encontrou que o medo apontado por puérperas estava associado com a incerteza da completa cicatrização da região interna que recebeu os pontos, em outras palavras, medo de que o encontro sexual ocorra antes da completa cura interna dos tecidos seccionados.

O incômodo é outra representação que aparece, motivado por razões distintas. Inicialmente, relacionado ao desconforto físico que a dor provoca no local da incisão. Em um segundo momento, concluída a cicatrização, aparece uma dimensão subjetiva, cujo desconforto é dado pelo constrangimento provocado pela cicatriz que fica na região. A maioria das mulheres submetidas aos procedimentos episiotomia/episiiorrafia, sofrem física e emocionalmente. No grupo, o fato de sentir a cicatriz e ver que a região está diferente de como era antes, foi apontado pelas participantes do estudo como causa de vergonha e desconforto. No pós-parto, as mulheres frequentemente apresentam preocupação em satisfazer o parceiro, o que as impulsiona saber se a relação sexual será como antes do nascimento do bebê e se a região perineal continua a ser como antes (SALIM, 2010). As primíparas submetidas à episiotomia apresentaram alterações na função sexual conseqüente à

percepção negativa da genitália, relacionada à cicatriz torta ou grosseria da episiorrafia (SILVA, 2017).

A classe 2 aponta em seu conteúdo, expressões emitidas com forte carga de sentimentos maternos. Aqui a episiotomia aparece no discurso como procedimento necessário para o nascimento saudável do filho, sendo nesse momento, nomeada por pique, indicação que parece ser percebida com mais suavidade. Sendo assim, está relacionado com ajuda, ação necessária para o nascimento do filho. Esta situação pode ser entendida como um ciclo, originado no desconhecimento das mulheres em relação ao procedimento, e fortalecido pelo sentimento de medo e culpa de ser incapaz de parir o filho sem ajuda, cujo final é marcado pela perda da autonomia da mulher no processo de parto e nascimento do bebê (PREVIATTI, 2007).

Na mesma direção, o estudo desenvolvido por Santos e Shimo (2008) identificou que as mulheres não conhecem sobre o procedimento e que foram submetidas ao mesmo sem informação e sem autorização delas. O uso rotineiro da episiotomia em conjunto com a falta de conhecimento das mulheres sobre o procedimento, seus riscos e consequências, contribuem para a manutenção da falta de autonomia e protagonismo da mulher durante o seu parto e hegemonia da equipe na tomada de decisões. A reversão dessa realidade, terá início no pré-natal, pelo desenvolvimento de ações de educação em saúde para adequadas orientações sobre a episiotomia. Frigo et al. (2014) identificaram que a maioria das participantes não foi informada sobre o procedimento que efetivamente ocorreu.

No presente estudo, acerca do conhecimento das puérperas sobre o motivo da realização do procedimento, estas revelaram condição semelhante ao acima exposto. Assim como no senso comum, se mantem submissas à decisão da equipe confiando que as condutas tomadas são as mais corretas. Elas estão convencidas de que a realização da episiotomia foi absolutamente necessária à redução de riscos para o bebê, o que também Amorim (2008) destaca em seu estudo. Diniz (2006) argumenta que isso se deve ao fato de que a decisão por fazer ou não a episiotomia é um ato do profissional que está na assistência, ou seja, por isso as mulheres presumem que este procedimento é correto e necessário (DINIZ, 2006).

Quanto a comunicação da realização do procedimento previamente ao ato, não há referência explícita. Entretanto, é possível inferir quanto a sua inexistência, o que coincide plenamente com outros estudos (CIELLO, 2012; FRIGO et al., 2014; GARRETT; OSELAME; NEVES, 2016). Assim, é possível dizer da falta de participação da mulher nas decisões do seu parto, revela também a subordinação da mulher ao profissional no momento do parto, condição que as tornam reféns das decisões da equipe (PREVIATTI, 2007).

A classe 3 do dendograma contém palavras relacionadas ao corpo propriamente dito e aos sentimentos pessoais experimentados. Relatam de modo um tanto resignado, o cotidiano vivido em razão da sutura no local da incisão. Nesta classe, a episiotomia é nomeada pelas participantes como corte, o que pode ser compreendido com significado negativo ao procedimento, significar percepção voltada para mutilação e deformidade da genitália, assim como acontece no discurso da classe 1, ambas constantes do mesmo eixo do dendograma. Tal perspectiva, parece se confirmar como elemento da representação futura de mulheres que são submetidas ao procedimento, visto a ocorrência de evocações que foram ditas em nome de terceiros e consideradas de segunda periferia.

No período gravídico puerperal, a mulher tem muita expectativa quanto às mudanças em seu corpo. A imagem que tem de seu corpo biológico é influenciada pelos aspectos subjetivos decorrentes do contexto presente no entorno do processo. Acerca disso, aparece nos enfoques, características do corte e da sutura que causam vergonha e constrangimento, esta uma nova imagem corporal que aparece de modo similar em outros estudos (ROGIANTI; ARAUJO; MOUTA, 2008; LOPES et al., 2012; PULHEZ, 2013; MACEDO, 2017).

As evidências científicas acerca das boas práticas obstétricas, mostram que a adoção indiscriminada da episiotomia é conduta tida como abusiva, ou seja, sem avaliação seletiva dos critérios quanto aos seus benefícios à díade, podem ser considerados violação dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher (ROGIANTI; ARAUJO; MOUTA, 2008; PULHEZ, 2013;). Há que se registrar que a episiotomia como procedimento de uso liberal e rotineiro, está incluído na Categoria D, denominada práticas frequentemente usadas de forma inapropriada, da classificação das práticas obstétricas, quanto ao que deve ou não ser adotado na condução do

parto vaginal (OMS, 1996), estabelecida considerando as evidências científicas, as quais favorecem os processos fisiológicos da parturição, com restrição à adoção de recursos tecnológicos para os casos comprovadamente necessários.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou conhecer a vivência de mulheres jovens, com ensino médio completo que foram submetidas aos procedimentos episiotomia e a posterior correção do local pela episiorrafia, após a Vicência do puerpério tardio. É possível afirmar que o período puerperal quando vigente essa condição clínica, é marcado por lembranças de episódios negativos. De modo explícito, os procedimentos são diretamente relacionados à existência de dor, responsável por dificultar simples cuidados cotidianos, como o auto-cuidado corporal e os cuidados com o filho.

A dor atribuída ao corte e à sutura, não é apenas física, mas também emocional, o que não é de todo percebido ou explicitado como tal. Assim, pode-se falar da condição de vulnerabilidade dessas mulheres, as quais explicam a adoção do procedimento como uma ajuda necessária ao nascimento do filho, em outras palavras, admitem a incapacidade de parir sem ajuda. A condição de vulnerabilidade também pode ser atribuída em decorrência da falta de conhecimento sobre o procedimento episiotomia, assim como a aparente passividade na aceitação de sua realização.

Acerca das representações sociais acerca da episiotomia/episiorrafia de mulheres submetidas ao procedimento, as evocações emitidas em primeira e terceira pessoa, na maioria, são equivalentes. Os signos dor e necessidade, os quais integram o núcleo central da representação do objeto nas condições solicitadas, em primeira e terceira pessoa. A maioria das demais evocações emitidas sustentam as representações contidas no núcleo central. Pode-se dizer da existência de algum movimento nessa identificação, devido à emissão em nome próprio do termo impotência como elemento de segunda periferia. Também a presença de signos na segunda periferia que apontam para a percepção da imagem genital negativa após o procedimento reforçam essa perspectiva.

No conteúdo textual apresentado, há enfoque quanto a três aspectos principais dessa vivência, alguns incluídos como vivência na condição de mulher e outros advindos da vivência materna. A episiotomia aparece no discurso como procedimento pouco conhecido antes da experiência vivida, entretanto compreendido como necessário para o desfecho positivo do parto. Apesar disso, pode-se dizer que é

percebida *a posteriori* como uma experiência negativa, devido às dores que provoca por algum tempo e também por alterar a região puerperal, o que provoca distorção da imagem genital, e conseqüente dificuldade para retorno à vida sexual ativa.

É de fundamental importância que haja mudança na atenção obstétrica dada pelos profissionais durante a parturição. Tornar o parto mais seguro é melhorar a qualidade da experiência do processo, do pré-natal ao parto, pensamento que contempla um crescente movimento pela humanização da assistência ao parto, garantindo que a mulheres tenham um parto fisiológico e seguro.

Aponta-se como limitação do presente estudo, o fato de ter sido realizado junto a mulheres atendidas em um único estabelecimento. Apesar disso, espera-se que contribua com a oferta de subsídios para a sensibilização de profissionais que atuam na atenção ao parto e nascimento, visando a adoção seletiva no uso do procedimento.

## REFERÊNCIAS

- ABRIC, J. C. A zona muda das representações sociais. In: Oliveira, D. C. et al. (Orgs.). **Representações sociais: uma teoria sem fronteiras**. Rio de Janeiro: Museu da República, 2005. p. 23-34.
- ALMEIDA, C. B.; SÉ, C. C. S.; PEREIRA, E. G., PEREIRA, A. L. F. Avaliação da dor decorrente da perineorrafia no parto normal. **R. pesq.: cuid. Fundam**, Rio de Janeiro, v.3, n.3, p. 2126-2136, jul.- set. 2011. Disponível em <<http://www.redalyc.org/html/5057/505750889005/index.html>> Acesso em: 18 jan. 2018.
- ALVARENGA, M. B.; FRANCISCO, A. A.; OLIVEIRA, S. M. J. V.; SILVA, F. M. B.; SHIMODA, G. T.; DAMIANI, L. P. Avaliação da cicatrização da episiotomia: confiabilidade da escala REEDA (*Redness, Oedema, Ecchymosis, Discharges*). **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.23, n.1, p. 162-168, jan.- fev. 2015.
- AMORIM, M. M. R.; KATZ, L. O papel da episiotomia na obstetrícia moderna. **Femina**, Campina Grande, v.36, n.1, p. 47-54, jul. 2008.
- ANDREWS, V.; THAKAR, R.; SULTAN, S.H.; JONES, P.W. *Evaluation of postpartum perineal pain and dyspareunia – a prospective study*. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol**, London, v.137, n.2, p.152-156, apr. 2008.
- ÁVILA, M. B. E.; BANDLER, R. A Contracepção no Brasil 1980-1990. **SOS Corpo**, Recife, 1991.
- BARRET, G.; PENDRY, E.; PEACOCK, J.; VICTOR, C.; THAKAR, R.; MANYONDA, I. *Women's sexual health after childbirth*. **BJOG**, London, v.107, n.2, p. 186-195, feb. 2000.
- BELEZA, A. C. S.; FERREIRA, C. H. J.; SOUSA, L.; NAKANO, A. M. S. Mensuração e caracterização da dor após episiotomia e sua relação com a limitação de atividades. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.65, n.2, p. 264-268, mar.- abr. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Saúde. Coordenação de Proteção Materno infantil. Programa nacional de saúde materno infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 1975.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de assistência integral à saúde da mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 1983
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria da Saúde. Portaria no 569, de 1 de julho de 2000. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento, no âmbito do sistema único de saúde**. Diário Oficial da União; Poder Executivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistências humanizadas à mulher**. Brasília; 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto para a redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria da Saúde. Portaria nº 1.1459, de 24 de junho de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha**. Diário Oficial da União; Poder Executivo, 2011b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Enfermeiros obstetras serão capacitados para assistência às mães e bebês**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012.

BORGES, B. B.; SERRANO, F.; PEREIRA, F. Episiotomia: Uso Generalizado *Versus* Seletivo. **Acta Médica Portuguesa**, Lisboa, v.16, p. 447-454, fev. 2003.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: Um Software Gratuito para Análise de Dados Textuais. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v.21, n.2, p. 513-518, dez. 2013. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n2/v21n2a16.pdf>> Acesso em 03 dez. 2017.

CAMPOS, P. H. F. Parâmetros para uma concepção psicossocial da exclusão. **Fragmentos de Cultura**, v.9, n.6, p. 1238-1298, 1999.

CARVALHO, P. D.; BONFIM, M. L. C.; COSTA, A. A.; SILVA, P. L. N. Percepção de puérperas quanto ao procedimento da episiotomia. **J Health Sci Inst**, Montes Claros, v. 33, n. 3, p. 228-234, 2015.

CASSIANO, A. C. M.; CARLUCCI, E. M. S.; GOMES, C. F.; BENNEMANN, R. M. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v.65, n.2, p. 227-244, abr.- jun. 2014.

CHANG, S.; CHEN, K.; LIN, H.; CHAO, Y. Y.; LAI, Y. *Comparison of the episiotomy and no episiotomy on pain, urinary incontinence, and sexual function 3 months postpartum: a prospective follow-up study*. **Int J Nurs Stud**, Taiwan, v. 48, n. 4, p.409-418, apr. 2011.

CIELLO, C.; CARVALHO, C.; KONDO, C.; DELAGE, D.; NIY, D.; WERNER, L.; SANTOS, S. K. Violência Obstétrica: Parirás com Dor. **Rede Parto do Princípio**, Brasil, 2012. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf> Acesso em: 23 mar 2018

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 0516/2016, de junho de 2016. Brasília, 2016. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016\\_41989.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html) Acesso em: 16 fev. 2018

COSTA, C. M. *The contagiousness of childbed fever: a short history of puerperal sepsis and its treatment.* **Med J Aust**, v.177, n.11-12, p. 668-671, 2002.

CUNNINGHAM, F. G. et al. **Obstetrícia de Williams**. 24. ed. Porto Alegre: AMGH, 2016.

DINIZ, C. S. G.; CHANCHAM, A. S. O “corte em cima” e o “corte em baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de Saúde Reprodutiva**, v. 1, n. 1, p. 89-91, jan. 2006.

EASON, E.; FELDMAN, P. *Much about a little cut: Is episiotomy worthwhile?* **Obstetrics & Gynecology**, New York, v. 95, n. 4, p. 616-618, apr. 2000.

FLAMENT, C. Estrutura e dinâmica das Representações sociais. In: JODELET, D. (org.) **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EDUERJ, p.173-186, 2001.

FLEURY, H. J.; ABDO, C. H. N. Dor genital feminina. **Diag e Tratamento**, São Paulo, v. 18, sep. 2013.

FRANCISCO, A. A.; OLIVEIRA, S. M. J. V.; SANTOS, J. O.; SILVA, F. M. B. Avaliação e tratamento da dor perineal no pós-parto vaginal. **Acta paul. Enferm**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 94-100, oct. 2011.

FRIEDMAN, A. M.; ANANTH, C. V.; PRENDERGAST, E.; D'ALTON, M. E.; WRIGHT, J. D. *Variation in and factors associated with use of episiotomy.* **Jama**, Columbia, v. 313, n. 2, p. 197-199, 2015.

FRIGO, J.; CAGOL, G.; ZOCHE, D. A.; ZANOTELLI, S. S.; RODRIGUES, R. M.; ASCARI, R. A. Episiotomia: (des)conhecimento sobre o procedimento sob a ótica da mulher. **BJSCR**, v. 6, n. 2, p. 05-10, mar.- mai. 2014.

GARRET, C. A.; OSELAME, G. B.; NEVES, E. B. O uso da episiotomia no sistema único de saúde brasileiro: a percepção das parturientes. **Rev saúde e pesquisa**. v. 9, n. 3, p. 453-459, set.- dez. 2016.

GUIMELI, C.; DESCHAMPS, J. C. *L'organisation interne des représentations sociales d'ela sécurité/insécurité et l'hypothèse de la zone muette.* **Perspectives Cognitives et Conduites Sociales**, Montreal, p.105-130, 2003.

GRAHAM, I. D. *Episiotomy: challenging obstetric interventions. The American crusade for prophylactic episiotomy.* **Blackwell Science**, London, v. 3, p. 33-41. jan. 1997.

JORGE, D. R. **Evolução da legislação federal do ensino e do exercício profissional da obstetriz (parteira) no Brasil**. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1975.

LIMA, M. G.; SILVA, M. B. A.; SOUZA, T. A.; SOUZA, L. P. A episiotomia e o retorno à vida sexual pós-parto. **Rev UNINGÁ review**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 33-37, set. 2013.

LOPES, D. M.; BONFIM, A. S.; SOUSA, A. G.; REIS, L.S.O.; SANTOS, L. M. Episiotomia: sentimentos e repercussões vivenciadas pelas puérperas. **Rev pesq cuid fundam**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 2623-2635, jan. 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/5057/505750892007/>> Acesso: 16 mar. 2018.

MACEDO, L. C.; CARVALHO, H. B.; MEDEIROS, S. W. M.; SANTOS, A. M. B.; KATZ, L.; AMORIM, M. M. R. Avaliação da função sexual em primíparas após parto vaginal e nuligestas. **Rev Pesq Fisio**, Paraíba, v. 7, n.1, p. 24-29, fev. 2017.

MACHADO, M. H. Trabalho de parto: fisiologia, divisão clínica e mecanismo geral. In: GRAÇA, L. M. *et al.* **Medicina materno-fetal**. 4ª ed. Lidel, Lisboa, p. 320-328, 2010.

MATTOS, D. V.; VANDENBERGHE, L.; MARTINS, C. A. O enfermeiro obstetra no parto domiciliar planejado. **Rev Enferm UFPE**, Goiânia, v. 10, n. 2, p. 568-575, feb. 2016. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/8587>>. Acesso em: 06 jun. 2016.

MARTIN, E. **A Mulher no Corpo: uma análise cultural da reprodução**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

MARTINS, C. A. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em Goiânia: a (des)institucionalização da consulta de enfermagem no pré-natal. **Rev Elet de enferm**. Goiânia, v. 4, n. 2, p. 51, 2001.

MELLO, C. R. M. Mitos construídos, mitos em construção. Bauru, **EDUSC**, 2003.

MEINCKE, S. M. K.; OLIVEIRA, M. R. P.; TRIGUEIRO, D. R. S. G.; CARRARO, E. C.; GONDIM, E. T. C.; COLLET, N. Perfil socioeconômico e demográfico de puérperas adolescentes. **Cogitare enferm**, Paraíba, v. 16, n. 3, p. 486-491, jul.- set. 2011.

MOTT, M. L. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital. **Projeto história**, v. 25, SN, p. 197-219, 2002.

OLIVEIRA, D. C.; MARQUES, S. C.; GOMES, A. M. T.; TEIXEIRA, M. C. T. V. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; CAMARGO, B. V.; JESUÍNO, J. C.; NÓBREGA, S. M. (Orgs). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. Editora Universitária, João Pessoa, p. 573-603, 2005.

OLIVEIRA, V. L. B.; LANDIM, F. L. P.; COLLARES, P. M.; MESQUITA, R. B.; SANTOS, Z. M. S. A. Modelo explicativo popular e profissional das mensagens de cartazes utilizados nas campanhas de saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 287-293, abr.- jun. 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. Assistência ao parto normal: um guia prático. Saúde materna e neonatal. Unidade de maternidade segura. Saúde reprodutiva e da família. Genebra, 1996.

OSAVA, R. H. **Assistência ao parto no Brasil: o lugar dos não-médicos**. Tese (Doutorado). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1997.

PINTASSILGO, S. C. **O Risco e as Condições Sociais e Assistenciais da Maternidade em Portugal**. Tese (Doutorado) ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa., 2014.

PULHEZ, M, M. A “violência obstétrica” e as disputas em torno dos direitos sexuais e reprodutivos. **Seminário Internacional Fazendo Gênero 10** (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2013. Disponível em [http://www.fg2013.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/20/1372972128\\_ARQUIVO\\_PULHEZ\\_MarianaMarques\\_fazendogenero10\\_ST69.pdf](http://www.fg2013.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/20/1372972128_ARQUIVO_PULHEZ_MarianaMarques_fazendogenero10_ST69.pdf) Acesso em 20 Mar 2018.

PREVIATTI, J. F.; SOUZA, K. V. Episiotomia: em foco a visão das mulheres. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 60, n. 2, p. 197-201, mar/abr. 2007.

PROGIANTI, J. M.; ARAÚJO, L. M.; MOUTA, R. J. O. Repercussões da episiotomia sobre a sexualidade. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 45-49, mar. 2008.

REDSHAW, M.; HEIKKILA, K. **Delivered with care: a national survey of women's experience of maternity care 2010**. Oxford: National Perinatology Epidemiology Unity, 2010.

RIESCO, M. L. G. et al. Centros de Parto no Brasil: revisão da produção científica. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 1297-1302, nov. 2009.

ROWLAND, M.; FOXCROFT, L.; HOPMAN, W.N.; PATEL, R. *Breastfeeding and sexuality immediately postpartum*. **Can Fam Physician**, Ontario, v. 51, n. 10, p. 1366-1367, oct. 2005.

RUBIO, J. A. *Política selectiva de episiotomia y riesgo de desgarro perineal em um hospital universitário*. **Rev Colombiana de Obstetrícia y Ginecologia**, Bogotá, v. 56, n. 2, p. 116-126, feb. 2005.

SÁ, C. P. de. **Núcleo Central das Representações Sociais**. Petrópolis: Vozes, p. 43-47, 2002.

SALGE, A. K. M.; LÔBO, S. F.; SIQUEIRA, K. M.; SILVA, R. C. R.; GUIMARÃES, J. V. Prática da episiotomia e fatores maternos e neonatais relacionados. **Rev Eletr Enf**, v. 14, n. 2, p. 779-785, oct. - dec. 2012.

SALIM, R.S.; ARAUJO. N.M.; GUALDA, D.M.R. Corpo e sexualidade: a experiência de um grupo de puérperas. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 4, 08 telas, jul.- ago. 2010.

SANT'ANNA, H. C. OpenEvoc: Um programa de apoio à pesquisa em Representações Sociais. In: AVELLAR, L. Z.; CISCON, M. R. E.; BERTOLLONARDI, M. (Org.). VII Encontro Regional da ABRAPSO - ES: psicologia social: desafios contemporâneos: anais de trabalhos completos. 1ed. Vitória: GM Editora, 2012, p. 94-103.

SANTOS, J. O.; SHIMO, A. K. K. Rotina de episiotomia refletindo a desigualdade de poder. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Campinas, v. 12, n. 4, p. 645-650, dez. 2008.

SANTOS N. E. T. et al. Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno infantil. *Saúde Sociedade*, São Paulo, v.17, n. 2, p.107-119, 2008.

SARMENTO, R.; SETUBAL, M. S. V. Abordagem psicológica em obstetrícia: aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. **Rev Ciênc Med**, Campinas, v. 12, n. 3, p. 261-268, ago. 2003.

SCOTT, J. R. *Episiotomy and vaginal trauma*. **Obstet Gynecol Clin North Am**, Spartanburg, v. 32, n. 2, p. 307-321, jun. 2005.

SERAFIM, F. P. Teoria feminista do direito aplicada: discussão sobre a prática indiscriminada da episiotomia no Brasil. **Rev Gênero e Direito**, Paraíba, v. 1, n. 2, p. 201-210, jan. 2010.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. D. G. O programa de Humanização do Parto e Nascimento do Ministério da Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 20, p.1281- 1289, mai. 2004

SHIRVANI, M. A.; NESAMI, M. B.; BAVARD, M. *Maternal sexuality aftes child birth among Iranian Women*. **Pak J Biol**, Sari, v. 13, n. 8, p. 385-389, 2010.

SILVA, B. C. A.; AMORIM, D.; NUNES, E. F. C.; LATORRE, G. F. S. Disfunção sexual feminina e parto normal: uma revisão integrativa da literatura. **Rev Bras ci Saúde**, Cuiabá, v. 21, n. 4, p. 363-368, jun. 2017.

SILVA, T. B.; BULHÕES, T. R. B.; CIRQUEIRA, R. P.; FERREIRA, J. B. Análise da função sexual e imagem genital em primíparas e múltiparas pós-parto vaginal. *Rev Mult psic, Vitória da Conquista*, v. 11, n. 39, p. 97- 111, 2017.

SIMÕES, R. S.; GIRÃO, J. H. R. C.; VASCONCELOS, K.; SASSO, G. R. S.; SILVA, R. F.; MATTOS, L. S. Dicionário etimológico de termos ginecológicos e obstétricos. *Medsimoes*, 2017.

SPERLING, S. G.; ROMAN, A. R.; GOMES, J. S.; PORTELLA, M. P.; KIRCHNER, R. M.; STUMM, E. M. F. Dor e estresse percebido em mulheres no pós-parto vaginal. **Rev Dor**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 289-293, out.- dez. 2016.

TANAKA, A. C. A. *Maternidade: dilema entre nascimento e morte*. Rio de Janeiro, editora Hucitec, abasco, 1995.

THACKER, S. B.; BANTA, H. D. *Benefits and risks of episiotomy: an interpretative review of the English language literatura, 1860-1980*. **Obstetric & Gynecology**, San Francisco, v. 38, p. 322-338, jun. 1983.

THIRY-CHERQUES, H. R. Pierre Bordieu: a teoria na prática. **Rev de Adm Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 1, p. 27-56, jan. 2006.

VASCONCELOS, K. L. PARTOGRAMA: aplicação de instrumento no processo parturitivo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 4, p. 485-92, 2002.

VALERO, S. P. *Episiotomía en partos vaginales eutócicos en el Hospital Universitario “La Ribera”*. **Nure Investig.** SN, mar. 2013

WEISS, D.; DUNN, S. I.; SPRAGUE, A. E.; FELL, D. B.; GRIMSHAW, J. M.; DARLING, E.; GRAHAM, I. D.; HARROLD, J.; SMITH, G. N.; PETERSON, W. E.; RESZEL, J.; LANES, A. *Effect of a population-level performance dashboard intervention on maternal-newborn outcomes: an interrupted time series study*. **MJ Qual Saf Published First**, Ontario, SN, nov. 2017.

ZUGAIB. **Obstetrícia**. 2ª ed. Barueri, SP: Manole, p. 388, 2012.

**ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** REPERCUSSÕES E PERCEPÇÕES DE MULHERES SUBMETIDAS À EPISIOTOMIA

**Pesquisador:** JOANNE DE PAULA NASCIMENTO

Área Temática:

**Versão:** 2

**CAAE:** 64799917.5.0000.0037

**Instituição Proponente:** Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/Goiás

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.077.004

## Apresentação do projeto:

Trata-se de um projeto de dissertação do Mestrado em Atenção à Saúde, da aluna Joanne de Paula Nascimento, orientado pela Profa. Dra. Maria Eliane Liégio Matão. A episiotomia é uma incisão feita no períneo por ocasião do parto normal com o objetivo de aumentar o canal vaginal. Assim, é procedimento a ser adotado na fase expulsiva do trabalho de parto com iminência de laceração, cuja prática tem recomendação limitada em razão da ausência de evidências de efeitos benéficos. Objetivo: Descrever a vivência de mulheres submetidas à episiotomia/episiorragia após o puerpério tardio. Desenho Metodológico: trata-se de estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa, a ser realizado no Hospital e Maternidade Dona Íris. Serão realizadas duas técnicas para coleta de dados junto a mulheres que vivenciam o puerpério e que tenham sido submetidas à episiotomia/episiorragia no momento do parto. Inicialmente será aplicado questionário de evocação e depois realizada entrevista aberta em

profundidade. A análise será feita pelos programas EVOC e IRAMUTEC. Previamente, as potenciais participantes serão identificadas no livro de registro dos partos ocorridos no centro de parto vaginal (CPV) da unidade no período de 01 de fevereiro a 31 de maio de 2017. Em seguida os dados de localização (telefone e endereço) serão buscados nos prontuários, para preferencialmente, primeiro contato por telefone, quando serão explicados detalhes sobre a pesquisa. Caso a mulher aceite participar voluntariamente do estudo, deverá ser feito um agendamento com data e local de preferência da participante quando serão realizados os devidos esclarecimentos e assinatura do TCLE. Em seguida, o questionário de evocação será imediatamente aplicado. Concluída essa etapa, 10% de mulheres serão convidadas para participar de entrevista aberta em profundidade. Será feito sorteio aleatório para a indicação de quem deverá ser incluída para contato e agendamento de data e hora para novo encontro. A entrevista será iniciada a partir da questão norteadora: Como foi vivenciar o puerpério tendo um corte (no períneo) feito no momento do parto? A pergunta será adaptada conforme o entendimento da mulher. Para dar continuidade a entrevista, poderá ser necessárias questões do tipo: Como assim? Pode explicar melhor? Fale mais sobre o assunto! Preferencialmente o registro da entrevista será feito com a gravação da mesma com uso de aparelho MP3, caso seja autorizado pela participante; caso contrário será feito manualmente em bloco de papel com o uso de caneta esferográfica. Para encerramento dessa etapa se adotará critério de saturação dos dados, entretanto, se realizará outras duas entrevistas com critério de segurança.

Objetivo da pesquisa:

Objetivo Primário:

Descrever a vivência de mulheres submetidas à episiotomia/episiiorrafia após o puerpério tardio.

Objetivo Secundário:

- Conhecer as representações sociais acerca da episiotomia/episiiorrafia para mulheres submetidas ao procedimento no parto normal;
- Descrever a percepção da imagem genital após a experiência de puerpério com episiiorrafia;
- Relatar os principais aspectos, positivos ou negativos, da episiotomia/episiiorrafia na vida cotidiana de mulheres no puerpério remoto;
- Identificar o conhecimento de mulheres sobre o procedimento episiotomia/episiiorrafia antes de sua realização.

Avaliação dos riscos e benefícios:

Os riscos não estão adequados. A pesquisadora precisa explicitar os tipos de risco que as participantes estarão sujeitas com a realização da pesquisa. Os benefícios estão adequados.

Comentários e considerações sobre a pesquisa:

A pesquisa tem relevância científica, porém necessita de adequações para ser aprovada.

Considerações sobre os termos de apresentação obrigatória:

Termos de apresentação obrigatória não estão de acordo com o recomendado pelo CEP.

Currículos:

(1) Joanne de Paula Nascimento (Ok)

(2) Maria Eliane Liégio Matão (Ok)

Cartas de ciência/autorização:

(1) Folha de rosto (Ok)

(2) Declaração de Instituição Coparticipante (Ok)

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências ou lista de Inadequações.

Considerações Finais a Critério do CEP:

INFORMAÇÕES AO PESQUISADOR REFERENTE À APROVAÇÃO DO REFERIDO PROTOCOLO:

1. A aprovação deste, conferida pelo CEP PUC Goiás, não isenta o Pesquisador de prestar satisfação sobre sua pesquisa em casos de alterações metodológicas, principalmente no que se refere à população de estudo ou centros participantes/coparticipantes.
2. O pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP PUC Goiás, via Plataforma Brasil, relatórios semestrais do andamento do protocolo aprovado, quando do encerramento, as conclusões e publicações. O não cumprimento deste poderá acarretar em suspensão do estudo.
3. O CEP PUC Goiás poderá realizar escolha aleatória de protocolo de pesquisa aprovado para verificação do cumprimento das resoluções pertinentes.
4. Cabe ao pesquisador cumprir com o preconizado pelas Resoluções pertinentes à proposta de pesquisa aprovada, garantindo seguimento fiel ao protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos baixo relacionado:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Auto r	Situaçã o
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_842856.pdf	03/02/2017 14:11:45		Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	03/02/2017 14:10:38	JOANNE DE PAULA NASCIMENTO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	03/02/2017 14:04:32	JOANNE DE PAULA NASCIMENTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ENTREVISTA.pdf	03/02/2017 14:04:11	JOANNE DE PAULA NASCIMENTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_QUESTIONARIO.pdf	03/02/2017 14:03:59	JOANNE DE PAULA NASCIMENTO	Aceito

Justificativa de Ausência	TCLE_QUESTIONARIO.pdf	03/02/2017 14:03:59	JOANNE DE PAULA NASCIMENTO	Aceito
Outros	curriculoJoanne.pdf	03/02/2017 13:29:47	JOANNE DE PAULA NASCIMENTO	Aceito
Outros	curriculoELIANE.pdf	03/02/2017 13:29:12	JOANNE DE PAULA NASCIMENTO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	alizacao_HMDI.pdf	14/01/2017 03:23:30	JOANNE DE PAULA NASCIMENTO	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	13/01/2017 21:08:03	JOANNE DE PAULA NASCIMENTO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	13/01/2017 21:06:48	JOANNE DE PAULA NASCIMENTO	Aceito

Situação do Parecer: Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP: Não

GOIANIA, 23 de maio de 2017

Cejane Oliveira Martins Prudente

(Coordenador)

**ANEXO B – DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE****PREFEITURA DE GOIÂNIA****SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE****HMDI – HOSPITAL E MATERNIDADE DONA ÍRIS****DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE**

Declaro ter lido e concordar com o projeto de pesquisa REPERCUSSÕES E PERCEPÇÕES DE MULHERES SUBMETIDAS À EPISIOTOMIA de responsabilidade do pesquisador Joanne de Paula Nascimento e declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como Instituição Coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar. Estou ciente que a execução deste projeto dependerá da aprovação do mesmo pelo CEP da instituição proponente, mediante parecer ético consubstanciado e declaração de aprovação.

A handwritten signature in black ink, which appears to read 'Waldemar Naves do Amaral', is written over a horizontal line.

Prof. Dr. Waldemar Naves do Amaral  
Diretor Acadêmico do Hospital e Maternidade Dona Íris

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar, como voluntária, do Projeto de Pesquisa sob o título: REPERCUSSÃO E PERCEPÇÕES DE MULHERES SUBMETIDAS À EPISIOTOMIA. Meu nome é Joanne de Paula Nascimento, estou cursando o mestrado em Atenção à Saúde da PUC Goiás. Participo dessa pesquisa sob a orientação da Professora Maria Eliane Liégio Matão. O objetivo do estudo é descrever a experiência das mulheres durante o pós-parto, que tiveram o pique na hora do parto.

Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, este documento deverá ser assinado em duas vias, sendo uma cópia sua e a outra ficará em minha posse. Em caso de recusa, você não será penalizada de forma alguma. Em caso de dúvida sobre a pesquisa, poderá entrar em contato numa das seguintes opções:

- Joanne de Paula Nascimento, fone (62) 9249-1353, e-mail joannedepaula.nascimento@gmail.com

- Maria Eliane Liégio Matão, fone (62) 39461094;

- Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, telefone: (62) 3946-1512, localizado na Avenida Universitária, Nº 1069, Setor Universitário, Goiânia- Goiás, para esclarecer as questões éticas.

É garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que você queira saber antes, durante e depois dessa participação. Declara ter recebido este Termo antes da realização da pesquisa, em local tranquilo para esclarecimento de possíveis dúvidas. A sua colaboração no referido estudo será participar de uma entrevista na qual responderá questão sobre a sua experiência vivida durante o pós-parto em relação ao pique ou corte feito no momento do nascimento do seu filho.

Receberá também os esclarecimentos necessários sobre os possíveis desconfortos e riscos decorrentes do estudo, considerando-se que é uma pesquisa, e os resultados positivos ou negativos somente serão obtidos após a sua realização. Assim, caso você desenvolva qualquer desequilíbrio emocional durante a entrevista em razão de reviver o momento do parto, estará ciente que poderá ser encaminhada pela pesquisadora para apoio psicológico.

Quanto aos benefícios, acredita-se que o resultado obtido tenha potencial para produzir processo reflexivo junto aos profissionais quanto às implicações do procedimento realizado desnecessariamente. Nessa perspectiva, o estudo pode ser percebido como incentivo às boas práticas obstétricas no parto e nascimento e também possibilitar aprendizado aos médicos e enfermeiros que atendem nesse cenário. É possível pensar ainda na melhoria futura da assistência à saúde de mulheres em geral. Neste sentido, você estará contribuindo para a obtenção de

melhores resultados e ampliação na qualidade da assistência prestada às mulheres.

Fica esclarecido que sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, te identificar, será mantido em sigilo. Poderá se recusar a participar do estudo, ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e se desejar sair da pesquisa, não sofrera qualquer prejuízo.

Toda informação concedida ao estudo será utilizada apenas e exclusivamente no mesmo, e não será repassado ou disseminado por outros meios, tais informações estarão sob a responsabilidade da pesquisadora. Além disso, nenhum dado particular e de identificação serão publicados ou revelados, mantendo total sigilo e anonimato. Enfim, manifesta seu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por sua participação. No entanto, caso tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, haverá ressarcimento por parte da pesquisadora. De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da participação no estudo, será devidamente indenizada, conforme determina a lei.

Agradecemos a sua atenção!

\_\_\_\_\_  
Joanne de Paula Nascimento  
Pesquisadora Responsável

\_\_\_\_\_  
Profa Dra Maria Eliane Liégio Matão  
Orientadora

Goiânia, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2017.

Nome da participante: \_\_\_\_\_

Assinatura da participante: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE EVOCAÇÃO**

1) Quais são as palavras ou expressões que vêm à sua cabeça **QUANDO VOÇÊ** escuta as palavras **EPISIOTOMIA E EPISIORRAFIA?** (MÍNIMO DE 4 RESPOSTAS)

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_

4 \_\_\_\_\_

2) Justificar as 2 primeiras respostas dadas por você.

1 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3) Como acredita que **OUTRAS MULHERES SUBMETIDAS AO PROCEDIMENTO** responderiam quando pensam ou escutam as palavras **EPISIOTOMIA E EPISIORRAFIA?** (MÍNIMO DE 4 RESPOSTAS)

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_

4 \_\_\_\_\_

5 \_\_\_\_\_

\* As questões serão perguntadas às mulheres conforme seu entendimento, assim a palavra episiotomia será substituída por pique ou corte, e epissiorrafia substituída por ponto.

### APÊNDICE C - FICHA SOCIOCULTURAL

Idade: \_\_\_\_\_ ano                      Nacionalidade: \_\_\_\_\_

Raça/ cor: ( ) Branca ( ) Preta ( ) Parda ( ) Amarela ( ) Indígena

Telefone de contato: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Escolaridade:

( ) Ensino Fundamental Incompleto                      ( ) Ensino Fundamental Completo

( ) Ensino Médio Incompleto                              ( ) Ensino Médio Completo

( ) Ensino Superior Incompleto                          ( ) Ensino Superior Completo

Situação Conjugal: ( ) Solteira ( ) Casada ( ) Divorciada ( ) Viúva ( ) Outro

Total de Gestações: \_\_\_\_ Número de Filhos Vivos: \_\_\_\_ Número de Abortos: \_\_\_\_

Situação no mercado de trabalho: ( ) Empregador ( ) Assalariado com Carteira de Trabalho ( ) Assalariado sem Carteira de Trabalho ( ) Autônoma com previdência social ( ) Autônoma sem previdência social ( ) Aposentado/Pensionista ( ) Desempregado ( ) Outro

## APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### 2ª Etapa da Pesquisa

Você está sendo convidada a participar, como voluntária, do Projeto de Pesquisa sob o título: REPERCUSSÃO E PERCEPÇÕES DE MULHERES SUBMETIDAS À EPISIOTOMIA. Meu nome é Joanne de Paula Nascimento, estou cursando o mestrado em Atenção à Saúde da PUC Goiás. Participo dessa pesquisa sob a orientação da Professora Doutora Maria Eliane Liégio Matão. O objetivo do estudo é descrever a experiência das mulheres durante o pós-parto, que tiveram o pique na hora do parto.

Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, este documento deverá ser assinado em duas vias, sendo uma cópia sua e a outra ficará em minha posse. Em caso de recusa, você não será penalizada de forma alguma. Em caso de dúvida sobre a pesquisa, poderá entrar em contato numa das seguintes opções:

- Joanne de Paula Nascimento, fone (62) 9249-1353, e-mail joannedepaula.nascimento@gmail.com

- Maria Eliane Liégio Matão, fone (62) 39461094;

- Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, telefone: (62) 3946-1512, localizado na Avenida Universitária, Nº 1069, Setor Universitário, Goiânia- Goiás, para esclarecer as questões éticas.

É garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que você queira saber antes, durante e depois dessa participação. Declara ter recebido este Termo antes da realização da pesquisa, em local tranquilo para esclarecimento de possíveis dúvidas. A sua colaboração no referido estudo será participar de uma entrevista na qual responderá questão sobre a sua experiência vivida durante o pós-parto em relação ao pique ou corte feito no momento do nascimento do seu filho.

Caso autorize, a entrevista será gravada com aparelho MP3, caso contrário será feito pela pesquisadora anotações manualmente em bloco de papel com uso de caneta.

Receberá também os esclarecimentos necessários sobre os possíveis desconfortos e riscos decorrentes do estudo, considerando-se que é uma pesquisa, e os resultados positivos ou negativos somente serão obtidos após a sua realização. Assim, caso você desenvolva qualquer desequilíbrio emocional durante a entrevista em razão de reviver o momento do parto, estará ciente que poderá ser encaminhada pela pesquisadora para apoio psicológico.

Quanto aos benefícios, acredita-se que o resultado obtido tenha potencial

para produzir processo reflexivo junto aos profissionais quanto às implicações do procedimento realizado desnecessariamente. Nessa perspectiva, o estudo pode ser percebido como incentivo às boas práticas obstétricas no parto e nascimento e também possibilitar aprendizado aos médicos e enfermeiros que atendem nesse cenário. É possível pensar ainda na melhoria futura da assistência à saúde de mulheres em geral. Neste sentido, você estará contribuindo para a obtenção de melhores resultados e ampliação na qualidade da assistência prestada às mulheres.

Fica esclarecido que sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, te identificar, será mantido em sigilo. Poderá se recusar a participar do estudo, ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e se desejar sair da pesquisa, não sofrerá qualquer prejuízo.

Toda informação concedida ao estudo será utilizada apenas e exclusivamente no mesmo, e não será repassado ou disseminado por outros meios, tais informações estarão sob a responsabilidade da pesquisadora. Além disso, nenhum dado particular e de identificação serão publicados ou revelados, mantendo total sigilo e anonimato.

Enfim, manifesta seu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por sua participação. No entanto, caso tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, haverá ressarcimento por parte da pesquisadora. De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da participação no estudo, será devidamente indenizada, conforme determina a lei.

Agradecemos a sua atenção!

---

Joanne de Paula Nascimento  
Pesquisadora Responsável

---

Profa Dra Maria Eliane Liégio Matão  
Orientadora

Goiânia, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2017.

Nome da Participante: \_\_\_\_\_

Assinatura da participante: \_\_\_\_\_